



**HAL**  
open science

**Évaluer et renforcer l'estime de soi des patients accompagnés pour un changement de comportement lié à la santé : pertinence et modalités en médecine générale : une étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'arc alpin**

Maud Le Guillouzic, Olivier Beaud

► **To cite this version:**

Maud Le Guillouzic, Olivier Beaud. Évaluer et renforcer l'estime de soi des patients accompagnés pour un changement de comportement lié à la santé : pertinence et modalités en médecine générale : une étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'arc alpin. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01496567

**HAL Id: dumas-01496567**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01496567>**

Submitted on 27 Mar 2017

**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 SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.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/juridique/droit-auteur>

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

**Évaluer et renforcer l'estime de soi des patients accompagnés pour un  
changement de comportement lié à la santé.  
Pertinence et modalités en médecine générale.  
Une étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'arc alpin.**

Thèse présentée pour l'obtention du

**DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat

**Maud LE GUILLOUZIC**

*[Données à caractère personnel]*

**Olivier BEAUD**

*[Données à caractère personnel]*

Thèse soutenue publiquement le 21 mars 2017 à la Faculté de Médecine de Grenoble

Devant le jury composé de :

Président du Jury

M. le Pr. IMBERT Patrick

Membres du jury

M. le Pr. BOUGEROL Thierry

Mme. Le Pr. BOREL Anne-Laure

Mme le Dr. DEBATY Isabelle

M. le Dr. GALES Briec, directeur de thèse

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2016-2017

**ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE**

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE GOUËLLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie

PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers  
**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers  
**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale  
**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## REMERCIEMENTS COMMUNS

Au Professeur Patrick Imbert. Merci d'avoir accepté de lire et de critiquer notre travail, et de présider encore un jury de thèse. Votre présence a beaucoup de sens pour nous. Merci aussi et surtout pour votre engagement à la faculté dans la formation des internes de médecine générale.

Aux membres du jury, Mme la Professeure Anne-Laure Borel, M. le Professeur Thierry Bougerol et Mme le Docteur Isabelle Debaty. Merci d'avoir accepté de lire et de critiquer notre travail. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Au Docteur Briec Galès. Merci de nous avoir accompagnés pendant ce travail. Ta joie de vivre et tes conseils ont été de précieux soutiens. Merci aussi pour les moments partagés pendant notre stage à tes côtés.

A toutes les personnes qui ont accepté de participer à nos entretiens. Merci de nous avoir accordé un peu de votre temps et de vos idées.

A toute l'équipe de la PASS de Chambéry, et des prisons de Savoie. Merci pour ces mois passés avec vous, pour votre accueil, votre dynamisme, et pour votre engagement auprès des internes et des personnes que vous soignez.

## REMERCIEMENTS MAUD

A Olive, fidèle compagnon de thèse, nouvel ami aussi. Nos discussions m'ont enrichies et nos moments de craquages m'ont aidé à surmonter ce travail.

à Pillou. Tu es un papa fantastique. Merci d'avoir fait preuve d'une si grande patience...j'ai hâte qu'on puisse se retrouver.

à Nora. Merci d'être mon petit rayon de soleil, tout simplement. Bientôt, ta maman sera présente à 100% pour toi.

à mes parents. Merci d'avoir toujours cru en moi, de continuer de me soutenir encore et toujours.

à mon frère, ma sœur et à leurs conjoints. Je sais la chance que j'ai d'avoir cette si belle famille. Et j'ai hâte qu'elle s'agrandisse encore...

à tous ceux qui ont consacré du temps à la relecture de ce travail. Une spécial cacedi à ma jumelle cosmique et à la demoiselle qui grandit en elle.

à tous mes amis. Merci de m'accompagner avec vos rires, vos blagues, votre énergie et votre tendresse. J'ai hâte d'avoir plus de temps à vous consacrer.

aux maitres de stages qui ont su me transmettre de belles valeurs humaines.

aux collègues du Pélican. Une belle équipe de travail comme ça, ça ne s'invente pas !

à mes chères voisines pour leur parole de soutien, leurs petits présents et leurs petits plats.

Et aussi merci à tous les patients qui ont croisé mon chemin...Je ferai de mon mieux pour grandir à vos cotés.

## REMERCIEMENTS OLIVIER

à toutes celles et tous ceux sans qui je ne serais pas allé jusqu'au bout de ce long chemin,  
à toutes celles et tous ceux qui font ce que je suis aujourd'hui,  
à toutes celles et tous ceux à qui je vais être heureux de pouvoir donner plus de temps,

à toi Maud, pour les hauts, les bas, les rires, les discussions, qui ont éclairé cette année de thèse  
passée ensemble. Hâte qu'on se retrouve pour un tour de vélo ou de ski de rando plutôt qu'un  
focus group,

à toi Marie, pour ton amour, ta présence et ta patience. Pour à peu près tout, et peut-être même  
encore plus, 4/4&V.

à toi mon Samsam, tu verras ton papa sait faire aussi plein d'autres choses que travailler,

à toute ma famille,

à vous, Papa et Maman, pour votre force et votre joie, pour votre soutien et votre amour sans  
limites. Je suis fier de pouvoir vous donner ça,

à vous Blandine et Benj, pour la pêche que vous me donnez, pour tous les moments de bonheur  
passés et ceux à venir,

à vous qui êtes déjà parti-e-s, mais qui êtes encore bien là,

à vous les Michel, ma belle-famille préférée, pour votre présence et votre écoute, depuis tout ce  
temps,

à vous toutes et tous, mes ami-e-s, de Grenoble et d'ailleurs, d'enfance, de lycée, de fac, et d'après.  
Merci pour ce que vous êtes. Hâte de vous retrouver.

à vous, collègues et ami-e-s du Village 2 santé, pour toutes vos pépites qui effacent mes râtaux,

à vous toutes et tous, médecins, soignant-e-s, et patient-e-s, que j'ai eu la chance de rencontrer,  
qui m'avez montré, appris et donné goût à la médecine que j'aime aujourd'hui,

à vous, études de médecine, que je suis heureux d'enfin quitter et à qui je ne peux pas dire « restez  
comme vous êtes »,

et encore un immense merci aux relecteurs/trices de ce charmant pavé, en particulier Gégé,  
traductrice nocturne officielle !

## Table des matières :

ABREVIATIONS .....	12
RESUME .....	13
ABSTRACT .....	14
INTRODUCTION .....	15
I. LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT LIE A LA SANTE .....	15
II. L'ESTIME DE SOI ET LES CONCEPTS ASSOCIES .....	16
III. QUELS OUTILS ? .....	17
IV. L'ESTIME DE SOI ET LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DANS LA LITTERATURE .....	18
V. ÉNONCIATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE .....	19
MATERIELS ET METHODE.....	20
I. EQUIPE DE RECHERCHE .....	20
II. CHOIX DE LA METHODE.....	20
III. SELECTION DES PARTICIPANTS.....	21
IV. RECUEIL DE DONNEES.....	22
1. Guides d'entretien .....	22
2. Réalisation des <i>focus groups</i> .....	22
V. ANALYSE DES DONNEES .....	23
1. Généralités .....	23
2. Codification.....	23
3. Catégorisation .....	23
4. Redondance des données.....	23
5. Mise en relation, modélisation et théorisation .....	24
VI. ETHIQUE .....	24

RESULTATS .....	25
I. CONTEXTE ET PERTINENCE DE L'INTEGRATION DE L'ESTIME DE SOI DANS L'ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN MEDECINE GENERALE .....	26
1. L'estime de soi, un concept étranger aux médecins généralistes ? .....	26
2. Une pratique pertinente devant une forte demande sociétale .....	27
3. Des difficultés multiples .....	28
II. L'EVALUATION DE L'ESTIME DE SOI EN PRATIQUE .....	29
1. Un interrogatoire rare .....	29
2. De multiples éléments informatifs .....	30
3. La place du comportement à risque .....	31
III. LE RENFORCEMENT DE L'ESTIME DE SOI EN PRATIQUE .....	32
1. Valoriser le patient dans sa globalité .....	32
2. Valoriser l'autonomie du patient .....	33
3. Valoriser la démarche de changement et les compétences du patient .....	34
4. Une posture adaptée .....	36
5. Des orientations externes .....	37
IV. UNE PRATIQUE INTUITIVE .....	39
1. Représentations des liens entre l'estime de soi, les comportements à risque et le changement de comportement .....	40
2. Apprentissages mobilisés dans le processus intuitif .....	41
3. L'intuition dans l'évaluation de l'estime de soi .....	42
4. L'intuition dans le renforcement de l'estime de soi .....	44
V. MODELISATION .....	45
DISCUSSION .....	46
I. ORIGINALITE ET PERTINENCE DE LA QUESTION DE RECHERCHE .....	46
II. DISCUSSION DE LA METHODE .....	46
1. Choix de la méthode qualitative .....	46

2. Choix des entretiens collectifs ou <i>focus groups</i> .....	47
3. Echantillonnage .....	48
4. Réalisation du guide d'entretien et recueil des données .....	48
5. Analyses des données .....	49
III. ESTIME DE SOI ET PSYCHOLOGIE EN MEDECINE GENERALE.....	49
IV. ESTIME DE SOI ET ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	
51	
V. MANQUE DE FORMATION.....	53
VI. INTUITION .....	55
VII. ESTIME DE SOI ET SOCIETE .....	56
CONCLUSION.....	58
I. BIBLIOGRAPHIE .....	62
ANNEXE A : ECHELLE D'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG .....	68
ANNEXE B : EXEMPLE DE COURRIER D'INVITATION.....	69
ANNEXE C : CAUSES DE NON PARTICIPATION.....	70
ANNEXE D : GUIDES D'ENTRETIENS .....	71
ANNEXE E : CODIFICATION.....	81
ANNEXE F : ARBRE CATEGORIEL .....	111
ANNEXE G : REDONDANCE DES DONNEES .....	115
ANNEXE H : CARACTERISTIQUES DES <i>FOCUS GROUPS</i> .....	116
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DE RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DES	
PARTICIPANTS .....	117
ANNEXE J : CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS.....	118
VERBATIMS.....	120

# ABREVIATIONS

**ACC** : Accompagnement au Changement de Comportement

**APA** : Activité Physique Adaptée

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**DPC** : Développement Professionnel Continu

**DRESS** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et  
des Statistiques

**DU** : Diplôme Universitaire

**EM** : Entretien Motivationnel

**ES** : Estime de Soi

**ETP** : Éducation Thérapeutique du Patient

**MG** : Médecins Généralistes

**RéPPOP** : Réseau de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité Pédiatrique.

**SAVS** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

**TCC** : Thérapie cognitive et comportementale

# RESUME

Introduction : L'accompagnement au changement de comportement en médecine générale est une pratique fréquente et complexe pour laquelle il n'existe pas d'outil spécifique à la prise en charge de l'estime de soi. Son lien avec le changement de comportement n'est pourtant plus à démontrer. L'objectif principal de cette étude était donc de faire un état des lieux de la prise en charge de l'estime de soi des patients par les médecins généralistes, lors d'un accompagnement à un changement de comportement lié à la santé.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête qualitative auprès de 30 médecins généralistes de Savoie et d'Isère entre juillet 2016 et janvier 2017 par le biais de 5 focus groups.

Résultats : L'analyse des données montre que la prise en charge de l'estime de soi des patients est intégrée à l'accompagnement au changement de comportement via un mécanisme d'intuition. L'objectif de la pratique reste le changement de comportement, le renforcement de l'estime de soi est un corollaire. Il englobe la valorisation du patient dans sa globalité, son autonomie, ses compétences et sa démarche de changement. Il nécessite des éléments de posture et de communication spécifiques. L'évaluation de l'estime de soi passe par la réception passive et inconsciente d'informations issues du discours du patient et de sa posture. Elle est influencée par le comportement à risque et sa nature. Cette pratique répond à une demande sociétale qui met à mal les médecins généralistes du fait d'un manque de compétence.

Discussion : C'est pourquoi il serait pertinent de les sensibiliser à la notion d'intuition et de laisser plus de place dans la formation médicale aux sciences humaines comme la psychologie.

# ABSTRACT

Introduction : Accompanying health behavior change in general practice is common and complex. In this approach, there is no specific tool to manage a person's self-esteem despite its established link with behavior change. The main goal of this study was to make an assessment of care of the patients' self-esteem by general practitioners during a behavior change support, related to health.

Methods : We surveyed over 30 general practitioners from the French Alps through 5 focus groups between July 2016 and January 2017.

Results : The data analysis shows that self-esteem care is integrated in health behavior change support through an intuition mechanism. The aim of the practice remains the behavior change, while reinforcing self-esteem is a corollary; It includes a patient's assessment of his entirety, his autonomy, his skills and his process of change. It requires specific elements of posture and communication. Self-esteem is evaluated through passive and unconscious reception of information coming from the patient's speech and posture. It is influenced by the risk behavior and its nature. This practice answers a societal request, which general practitioners are hesitant to accept, due of a lack of experience.

Discussion : That is why it would be relevant to encourage the notion of intuition, but also increase efforts on human sciences, such as psychology in medical training.

# INTRODUCTION

## I. LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT LIE A LA SANTE

De nombreux déterminants influencent la santé. C'est le cas des comportements. Un comportement est une manière d'être, d'agir ou de réagir. Il peut être pensé de façon individuelle ou collective (1). Certains de nos comportements sont considérés comme à risque pour la santé car corrélés à une majoration de la morbi-mortalité (2). En France, le taux de « mortalité évitable » liée aux comportements est particulièrement élevé. En 2010, pour le sexe masculin, il était de 119,8 pour 100 000, 3<sup>ème</sup> taux le plus élevé en Europe (3). L'accompagnement au changement de comportement lié à la santé (ACC) est donc un enjeu de santé publique majeur.

Différentes théories permettent d'identifier les déterminants psychosociaux du comportement et donc les leviers d'action possibles sur le changement de comportement. Parmi elles, la Théorie Sociale Cognitive, élaborée par Bandura, affirme que c'est la croyance en l'efficacité du comportement couplée à la croyance en l'efficacité personnelle qui serait prédictive du comportement (4). Elle fait émerger le concept de sentiment d'efficacité personnelle, qui correspond en la croyance d'un individu en ses capacités d'adopter tel ou tel comportement. Il détermine la somme des efforts que la personne est décidée à fournir y arriver.

## II. L'ESTIME DE SOI ET LES CONCEPTS ASSOCIES

L'estime de soi (ES), en tant que concept psychologique, souffre d'une multiplicité de définitions, selon les auteurs et les approches théoriques. Elle est souvent définie comme « l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur, c'est à dire son degré de satisfaction de lui-même » (5). Du fait de ses dimensions évaluative et affective, elle se distingue de l'image de soi (6). Son caractère multidimensionnel sous-entend qu'il n'existe pas d'image généraliste de soi mais autant de sentiments spécifiques de satisfaction de soi que de domaines dans lesquels le sujet se constitue une image de soi (7).

Selon les auteurs, le sentiment d'efficacité personnelle est soit l'une des deux composantes de l'ES avec la valeur personnelle, soit un effet de l'ES (6,8). Quoi qu'il en soit lorsque l'on s'intéresse à l'ES spécifique à une action donnée, on peut considérer qu'elle correspond au sentiment d'efficacité personnelle par rapport à cette action, et les deux concepts fusionnent. Nous nous intéressons à l'action qu'est le changement de comportement, c'est pourquoi nous ne distinguerons pas ces concepts ici. D'après Prohon et Lescarret, plus un sujet se sent compétent et plus il s'engage dans des actions (9). Le sentiment d'efficacité personnelle est donc étroitement lié à la motivation. Quant à la notion de confiance en soi, elle renvoie au sentiment d'efficacité personnelle et à la capacité à résister au conformisme (10).

### III. QUELS OUTILS ?

Le médecin généraliste, en tant que professionnel de santé de premier recours, est un acteur essentiel de l'accompagnement des changements de comportement liés à la santé. Des outils cliniques ont été créés afin de le guider dans cette pratique. Deux d'entre eux semblent particulièrement pertinents et peuvent concerner tout type de changement de comportement. Ce sont les interventions associées aux étapes du changement de Prochaska et DiClemente, et l'entretien motivationnel, élaboré par Miller et Rollnick. L'ES y est intégrée de manière implicite.

D'après Prochaska et DiClemente, le sentiment d'efficacité personnelle peut s'évaluer par la mesure des situations à haut risque susceptibles d'aboutir au recours du comportement « indésirable » ou par le degré de confiance en la capacité d'adopter un comportement « désirable » lors d'une situation à haut risque. Il émerge lors du stade de *Contemplation* et devient suffisant au stade de *Maintien* (11).

En pratique, les interventions se basant sur le modèle transthéorique du changement n'ont pas forcément d'effet positif durable sur le sentiment d'efficacité personnelle, comme l'a montré Naylor en 1997 (12) et Pinto en 2001 (13).

La valorisation est pour l'entretien motivationnel, à la fois un outil de communication permettant de faire émerger le « discours-changement » et un aspect du non-jugement qui accompagne la philosophie de ce style conversationnel. La valorisation de soi est synonyme de renforcement de l'ES.

Il n'existe pas d'outils cliniques spécifiques à l'évaluation et au renforcement de l'ES dans ce contexte. L'échelle d'ES de Rosenberg, un outil de recherche permettant une évaluation numérique de l'ES globale, n'a jamais été validée en pratique clinique

(ANNEXE A). Concernant le sentiment d'efficacité personnelle, il existe aujourd'hui des dizaines d'échelles d'évaluation (dont peu sont validées en français) dans le domaine médical mais aucune ne concerne le changement de comportement lié à la santé (14).

#### IV. L'ESTIME DE SOI ET LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DANS LA LITTERATURE

Des études analytiques se sont intéressées au regard des patients sur leur changement de comportement en prenant en compte soit leur sentiment d'efficacité personnelle, soit leur confiance en eux. L'étude de Meland, de 1999, a établi un lien entre le sentiment d'efficacité personnelle et le changement en termes d'activité physique et de réussite de sevrage tabagique en population de médecine générale (15). Gao a montré en 2013 que l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle de patients diabétiques de type 2 était positivement corrélée à la mise en place de comportements de santé protecteurs et à l'amélioration de variables biologiques (16).

Elise Lépinay et Murielle Daudin, dans une thèse grenobloise de médecine générale de 2015, ont mis en évidence une corrélation entre le gradient socio-économique et l'ES dans une population de patients reçus en médecine générale (17). L'étude de Bertholet en 2009 faisait le lien entre l'ACC en médecine générale et le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle. Ce dernier augmentait après une consultation chez un généraliste et se maintenait six mois après, dans un contexte d'accompagnement au sevrage alcoolique (18). A notre connaissance, aucune autre étude de ce type ne prend en compte le renforcement de l'ES. Les concepts de sentiment d'efficacité personnelle et d'ES étant cependant extrêmement proches, on

peut supposer que l'ACC en médecine générale permet de renforcer l'ES.

L'étude qualitative de Patel, en 2012, s'est intéressée aux regards des MG sur la confiance en soi des patients. Elle a mis en évidence que les MG identifiaient le manque de confiance comme étant un frein au changement de comportement, en l'occurrence le fait d'être plus actif (19). De même, nous n'avons retrouvé aucune autre étude s'intéressant aux regards des MG sur l'ES de leurs patients et leur action de renforcement de celle-ci, de surcroît lors d'un ACC, bien qu'il semble que cette action existe. Nous supposons que les MG identifient également le lien entre l'ES et le changement de comportement mais cette hypothèse reste à valider.

## V. ÉNONCIATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Les MG identifient-ils l'ES comme un élément de prise en charge dans le contexte de l'ACC ? Si oui, quelle place lui donnent-ils ? L'évaluent-ils et si oui comment ? Par quels moyens cherchent-ils concrètement à la renforcer ?

L'objectif principal de cette étude était donc de faire un état des lieux de la prise en charge de l'ES des patients lors d'un ACC lié à la santé en médecine générale, en explorant le regard des MG de l'arc alpin sur cette question.

# MATERIELS ET METHODE

## I. EQUIPE DE RECHERCHE

Lors de l'étude, Maud Le Guillouzic était initialement interne en médecine générale puis exerçait dans un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) à Albertville. Olivier Beaud était médecin généraliste remplaçant dans un centre de santé associatif de l'agglomération grenobloise

Nous n'avons pas de formation ou d'expérience spécifique, dans le domaine de la psychologie et de la recherche qualitative.

Lors du recueil de données, nous avons été à tour de rôle, soit modérateur soit observateur, selon les liens que nous avons avec les participants, ou selon notre disponibilité intellectuelle et notre rôle lors des entretiens précédents.

Notre étude n'a bénéficié d'aucun financement public ou privé, en dehors de nos apports personnels. Nous n'avons ni l'un ni l'autre de conflit d'intérêt à déclarer en lien avec le sujet de l'étude. Il en va de même pour notre directeur de thèse.

## II. CHOIX DE LA METHODE

Face à une bibliographie très pauvre, notre étude comportait une dimension exploratoire importante. Le choix d'une méthode de recherche qualitative s'est donc imposé. Nous avons opté pour un recueil de données par entretiens semi-dirigés collectifs ou *focus groups* pour mettre à profit la pratique réflexive induite par la

dynamique de groupe afin de recueillir un maximum d'idées différentes.

La méthodologie de la théorisation ancrée (Grounded Theory), développée par Paillé et Mucchielli en 2003 (20), nous a guidés pour l'analyse des données. Pour l'écriture de notre travail, nous avons suivi la version francophone des lignes directrices COREQ (21), et les Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (22).

### III. SELECTION DES PARTICIPANTS

Pour être inclus, les médecins devaient exercer la médecine générale en ambulatoire, en étant salarié ou libéral, installé ou remplaçant, « thésé » ou non, dans les départements d'Isère, de Haute-Savoie ou de Savoie. Afin d'appréhender un maximum de pratiques différentes, nous avons déterminé des critères sur lesquels il nous fallait favoriser la variabilité intra- ou intergroupes. Les critères de variabilité étaient le genre, le milieu d'exercice (urbain, semi-urbain et rural), l'ancienneté de la pratique, et la pratique d'exercices particuliers.

Pour des raisons de faisabilité, nous avons décidé de réaliser les *focus groups* lors de réunions de groupe d'échange de pratiques à l'exception du 4<sup>ème</sup> *focus group*. Etant également un groupe « naturel », puisque préexistant à l'étude, son dynamisme en était proche.

Nous avons décidé d'utiliser la méthode de proche en proche et de faire appel à nos connaissances directes. Ce mode de recrutement nous a permis de toucher des médecins d'horizons variés, rencontrés dans des contextes variés. Le courrier électronique d'invitation et les causes de non participation sont disponibles en annexes (ANNEXES B et C).

## IV. RECUEIL DE DONNEES

### 1. Guides d'entretien

Pour la réalisation des guides d'entretien et la préparation des *focus groups*, nous nous sommes inspirés de l'ouvrage « L'entretien collectif : l'enquête et ses méthodes » de Sophie Duchesne et Florence Haegel (23).

Nous les avons révisés et modifiés avant chaque *focus group* (ANNEXE D).

### 2. Réalisation des *focus groups*

Les *focus groups* ont eu lieu en soirée, en semaine, dans le lieu habituel des groupes d'échange de pratiques. L'enregistrement était réalisé grâce à l'enregistreur vocal téléphonique, placé au centre de la table. Les *focus groups* ont duré de 1 heure et 6 minutes à 1 heure et 24 minutes (ANNEXE H).

Nous étions systématiquement assis autour d'une table. Le modérateur se plaçait au centre et l'observateur en retrait. Les séances étaient répétées par le modérateur afin de mémoriser au maximum les questions et suivre la discussion sans lire le guide d'entretien (24). L'observateur notait les prises de paroles, les interactions, les éléments non verbaux et les principales idées émergentes. Pendant la séance il présentait un diaporama informatique reprenant les principales questions du guide d'entretien. En fin de séance, il résumait les échanges afin de les faire valider, reformuler ou compléter par les participants.

## V. ANALYSE DES DONNEES

### 1. Généralités

La retranscription des *focus groups* et l'analyse des données ont été faites sur un logiciel de traitement de texte.

### 2. Codification

La codification de chaque verbatim a été réalisée de façon individuelle, après chaque *focus group* (ANNEXE E).

### 3. Catégorisation

La catégorisation des données a été faite de manière individuelle et continue, dès le premier *focus group*.

Nous avons mis en commun le travail conceptuel une première fois à la suite des trois premiers *focus groups* puis une seconde fois suite à la réalisation des deux derniers (ANNEXE F).

### 4. Redondance des données

Le 5<sup>ème</sup> entretien nous a permis de mieux caractériser certaines catégories mais n'en a pas apporté de nouvelles. Ainsi, nous avons conclu à une redondance des données et donc à un échantillon de taille suffisante (ANNEXE G).

## 5. Mise en relation, modélisation et théorisation

La mise en relation des catégories a été faite de manière individuelle dans un premier temps. Les deux analyses ont ensuite été confrontées. Ensuite, les étapes de modélisation et de théorisation des données ont été faites de manière conjointe.

## VI. ETHIQUE

Compte tenu du sujet et des caractéristiques de notre étude, nous n'avons pas sollicité de comité d'étude indépendant.

Chaque médecin participant à l'étude a donné son accord au préalable.

En début de séance, nous nous assurons que chacun approuve nos modalités d'enregistrement et d'anonymisation des données.

Lors de la retranscription de l'enregistrement, nous avons anonymisé les données en attribuant un nom de code à chaque participant (une lettre correspondant au *focus group* et un chiffre identifiant le médecin au sein de celui-ci) et en remplaçant les lieux ou les personnes cités par la lettre X.

Les fichiers audio étaient transférés le soir même sur nos ordinateurs et supprimés ensuite.

Nous avons adressé à chaque groupe la retranscription de leurs échanges afin qu'ils en valident le contenu. Nous n'avons eu aucun retour négatif.

## RESULTATS

Nous avons réalisé 5 *focus groups* entre le 20 juillet 2016 et le 17 janvier 2017. Ils nous ont permis d'interroger 30 médecins. Chaque groupe était composé de 5 à 9 participants (ANNEXE H).

Il y avait 70% de femmes et 30% d'hommes. La moitié des médecins avaient entre 30 et 40ans. Ils exerçaient pour les 2/3 d'entre-eux en milieu urbain. Les 2/3 nous ont affirmé avoir, à titre personnel, effectué un changement de comportement lié à la santé. Nous leur avons demandé de remplir l'échelle d'ES de Rosenberg. 86% des médecins interrogés avaient une ES caractérisé de très faible, faible ou moyenne. Seul 13% d'entre-eux présentaient une ES forte et aucun une ES très forte (ANNEXE I et J).

L'objectif principal de notre étude était d'identifier la pertinence et les modalités de la prise en charge de l'estime de soi (ES) dans l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé (ACC) en médecine générale à travers les éléments d'évaluation et de renforcement utilisés dans la pratique.

Nous retranscrivons tout d'abord les représentations que les MG ont du concept d'ES. Puis, nous aborderons l'aspect contextuel de la prise en charge de l'ES, rendant compte de sa pertinence et des difficultés qui y sont associées en médecine générale. Ensuite, nous décrirons les éléments pratiques d'évaluation et de renforcement de l'ES de soi au cabinet. Puis, le mécanisme intuitif permettant la prise en charge de l'ES par les MG sera plus précisément décrit. Pour finir, l'ensemble sera résumé par une modélisation.

# I. CONTEXTE ET PERTINENCE DE L'INTEGRATION DE L'ESTIME DE SOI DANS L'ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN MEDECINE GENERALE

## 1. L'estime de soi, un concept étranger aux médecins généralistes ?

L'ES était un concept étranger à la plupart des MG interrogés : « *ça ne m'a jamais traversé l'esprit.* » (D4).

Elle était une notion plus tangible pour d'autres, qui considéraient que leur propre ES influait sur leur posture et la qualité de leur travail : « *Peut-être parce que je fais hyper attention à l'image que je renvoie et à l'estime que j'ai [...] parce que quand il est trop bas je travaille mal et quand il est trop haut je travaille mal* » (D1).

Les *focus groups* amenaient les MG à s'interroger sur la caractérisation de l'ES. Elle leur semblait dynamique et intrinsèquement individuelle : « *l'ES, c'est pas un état* » (B5) ; « *j pense pas qu'il y ait des caractères de patients qui correspondent à une certaine estime* » (E3).

Ils lui attribuaient une dimension affective et évaluative ainsi qu'une dimension de perception de soi : « *je le ressens comme [...] une émotion, un sentiment* » (B4) ; « *un jugement de chacun des instants de sa vie* » (B5) ; « *une vision de soi-même [...] un effet de miroir sur soi-même* » (B5).

Pour eux, l'ES et la confiance en soi étaient indistinctes : « *le manque d'ES c'est un manque de confiance en soi.* » (C5).

L'ES globale était distinguée de l'ES spécifique à un domaine particulier, comme le comportement à risque : « *c'est pas l'ES générale quoi, sur toute la vie, [...] sur son*

*rôle au travail, dans le couple, et dans sa famille [...] c'est face à un comportement. »*

*(E5)*

Pour les MG, l'ES se construisait au cours de la vie et variait selon l'environnement. L'enfance était cruciale. Une éducation valorisante et encourageante permettait à l'enfant de se construire une bonne ES : *« L'ES, ça semble être plus lié à ce que les gens véhiculent dans leur vie, comment ils se construisent » (E3) ; « c'est très lié à l'histoire personnelle, depuis la toute petite enfance » (A5) ; « ça varie tout le temps ! [...] c'est jamais la même ES d'une consultation sur l'autre » (B4) ; « elle change, selon les événements de vie » (E3), « l'ES elle dépend vachement des autres » (C5).*

Ils s'interrogeaient sur le juste niveau d'ES. De cette réflexion, ressortait la notion d'une fausse haute ES de façade : *« c'est rare de trouver des gens qui ont vraiment une estime d'eux-mêmes juste, [...] juste vraiment bien s'estimer, ni trop ni trop peu quoi » (C2) ; « les personnes qui sont [...] un peu caïds [...] c'est souvent aussi des gens qui un problème d'estime. » (C2) ; « c'est comme une façade. » (C5).*

## 2. Une pratique pertinente devant une forte demande sociétale

Les MG percevaient une forte demande de suivis psychologiques et d'ACC et une ES basse chez une grande partie de leur patientèle : *« Je ne sais pas si je vois beaucoup de gens qui ont une super estime d'eux-mêmes (D3).*

L'ACC et l'accompagnement psychologique en médecine générale étaient perçus positivement par la majorité des MG, car ils participaient à la construction d'une relation plus humaine entre le MG et ses patients : *« c'est une bonne chose [...] on dit de plus*

*en plus qu'il faut accompagner les gens. Que tout ne repose pas sur les médicaments* » (E1) ; *« très vite j'ai été intéressée par la médecine relationnelle »* (A1).

### 3. Des difficultés multiples

La prise en charge psychologique et l'ACC exposaient les MG à certaines difficultés semblables. En premier lieu, presque unanimement, ils évoquaient le manque de temps : *« (à propos de l'ACC) à force [...] j'y pense un peu plus, mais des fois, on est pris dans le fil des consultations, on le fait pas toujours. Ça demande du temps ! »* (E3).

Le caractère intrusif de ces pratiques a été aussi évoqué. Il exigeait que le patient soit disposé à débiter le travail : *« c'est intrusif. »* (A7) ; *« une question vraiment intime »* (A9) ; *« t'as des gens qui ont juste pas envie »* (C2) ; *« si le patient n'est pas prêt il ne se passera jamais rien »* (D4).

Pour le diminuer, il fallait une relation médecin-patient établie et une « accroche » (C2), un point d'appel lors de la consultation : *« quand je sens qu'il y a des trucs qui gravitent autour [...] je vais [...] aller le chercher [...] mais j'aurais du mal à le faire sortir de nulle part »* (D5) ; *« T'aurais peut-être pas osé le brancher là-dessus si c'était la première fois qu'il venait te voir »* (A5).

Cela les a amenés à s'interroger sur la légitimité d'un accompagnement individuel face au grand déterminisme social des comportements et de l'ES : *« initier un changement de comportement c'est ramener à une responsabilité individuelle de ses comportements et [...] j'ai un peu de mal je trouve que c'est ultra culpabilisant pour ces gens là, et la société leur fait bien comprendre que si ils sont gros c'est leur faute,*

*que si ils fument c'est leur faute, [...] alors qu'il y a des problèmes sociétaux qui sont à l'origine de ça» (D5).*

C'est aussi le sentiment d'un manque de formation qui gênait les MG dans la mise en place pratique de ces accompagnements. Pour l'ACC, la formation initiale semblait inadaptée ou incomplète. La plupart des médecins interrogés avaient peu de formation spécifique à la psychologie médicale. De ce fait, ils exprimaient un sentiment de manque de compétence associé au risque d'une prise en charge non maîtrisée : « *c'est la boîte de Pandore tu sais pas ce que tu vas trouver dedans* » (B5).

## II. L'ÉVALUATION DE L'ESTIME DE SOI EN PRATIQUE

L'évaluation de l'ES des patients en consultation semblait modulée par un phénomène de résonance. Selon les sentiments que le patient faisait vivre au médecin, il avait plus ou moins envie d'investir la question : « *Y en a certain j'irai jamais [...] évaluer leur ES [...] Parce que la relation [...] fait que j'ai pas forcément envie* » (B3).

### 1. Un interrogatoire rare

Aucun médecin n'interrogeait explicitement l'ES car selon eux cette question n'amènerait pas de réponse pertinente : « *si on me demandait « quelle est ton estime de toi même ? »* » (C2) ; « *eh bah j'pense que je répondrais feuille blanche quoi* » (C5). Pourtant, certains l'interrogeaient directement via la question : « *qu'est-ce que vous pensez de vous ?* » (E3) et d'autres indirectement via la question de l'idéal de soi-même : « *moi les ados, je demande beaucoup ce qu'ils pensent d'eux, l'idéal qu'ils ont d'eux-mêmes,* » (E3).

Quelques médecins abordaient le sentiment de compétence ou l'image de soi : « *Moi je leur dis « vous avez pas confiance en vous » « vous vous sentez incapable de faire quoi que ce soit » » (B4) ; « on peut lui demander [...] comment il se voit. » (B1).*

## 2. De multiples éléments informatifs

Les MG notaient différents éléments informatifs quant à l'ES de leurs patients, qui découlaient logiquement des représentations de l'ES. Connaître le milieu social du patient, savoir s'il a un entourage bienveillant, s'il a construit des liens de confiance avec certaines personnes, connaître ses événements de vie en particulier traumatiques étaient des indicateurs : « *j'ai l'impression que les personnes en précarité économique auront en plus souvent tendance à avoir une estime de soi assez basse » (D5) ; « elle a une ES qui est dans ses chaussettes, [...] parce qu'elle a eu une enfance horrible » (C4).*

L'appréciation de la façon de prendre soin de soi, notamment l'habillement, le temps consacré aux activités personnelles et la façon de s'affirmer verbale et non verbale des patients étaient aussi cités : « *elle parle doucement » (C4) ; « Le regard fuyant » (C2) ; « elle est toute tordue [...] elle ose pas trop » (C4).*

La culpabilité, les phrases de dévalorisation et le fait de centrer son discours sur autrui, de beaucoup se comparer seront associées à une ES basse : « *on peut bien voir de la manière dont vivent les personnes, de leur discours, si elles se considèrent bien ou [...] ou que tout ce qui arrive c'est de leur faute, donc ça revient aussi à la culpabilité. » (A6) ; « C'est des patients qui s'auto-comparent. Moi j'ai le cas d'un patient [...] il était toujours en train de parler de ses frères » (A4) .*

L'ES des patients leur semblait aussi transparaitre à travers la relation médecin-patient. Un certain nombre d'éléments orientaient vers une ES basse, comme l'absence de suivi médical, de fortes demande de réassurance « *l'ES c'est ça aussi je pense, de sentir pas bien d'être comme ça (en surpoids et diabétique) et mais surtout de pas s'en occuper comme ça on le sait pas* » (C4) ; « *Et à chaque consult c'est « est-ce que j'ai maigri ? Est-ce que vous me trouvez jolie ? » »* » (C1).

Une comparaison implicite de l'ES de son patient au cours du temps intervenait dans le processus évaluatif : « *un mois avant ils étaient pas mal, enfin on le sentait bien et là ... Ça va se faire vraiment spontanément* » (A1).

### 3. La place du comportement à risque

L'une des spécificités de l'évaluation de l'ES dans un contexte d'ACC était l'influence du comportement à risque. Ainsi, dans une addiction, en particulier à l'alcool, et dans le diabète, probablement via le comportement alimentaire, les médecins affirmaient considérer d'emblée que l'ES de leur patient était basse : « *j'ai l'impression que [...] la plupart des gens que j'ai vu qui avait des problèmes d'addiction [...] ils ont une image hyper négative d'eux-mêmes et de leur comportement* » (D2) ; « *les découvertes de diabète quoi, c'est souvent des gens qui se laissent vivre complètement et ont pas forcément une hyper bonne estime d'eux.* » (C4).

La demande même d'ACC était associée à une ES plus basse : « *souvent le fait d'être dans la demande d'aide ça a comme effet secondaire de se rabaisser un petit peu, [...] le corollaire c'est une sous-estime de soi.* » (E1).

D'autres biais inhérents à l'évaluation de l'ES des patients ont été notés comme la posture sociale haute du médecin et le fait que le cabinet incarne un lieu possible et rare d'expression d'une ES basse : « *ils se placeront toujours, je crois, dans une relation verticale. En rentrant, donc...avec une ES un peu moins importante.* » (D1) ; « *sans doute que c'est un des seuls espaces dans la société où t'as le droit de chialer* » (D3).

### III. LE RENFORCEMENT DE L'ESTIME DE SOI EN PRATIQUE

Diverses pratiques permettaient de renforcer l'ES des patients au cours des ACC mais aucun MG n'a affirmé se fixer des objectifs de renforcement de l'ES. Au contraire, renforcer l'ES n'était « *pas un but en soi.* » (D2), plutôt un « *corollaire* » (D2), permettant de « *voir ce qu'il y a derrière au niveau psychologique d'un comportement* » (D3), sous-entendant que l'objectif final restait celui du changement de comportement : « *j'ai pas l'impression que je propose des trucs pour que les gens ils renforcent leur estime d'eux-mêmes* » (D2).

Renforcer l'ES d'un patient, était logiquement le « *valoriser* » (E1) dans sa « *globalité* » (E3) mais aussi dans son « *autonomie* » (D5), ses compétences et sa démarche de changement.

#### 1. Valoriser le patient dans sa globalité

La valorisation globale d'un individu n'était possible qu'en s'intéressant à lui, en tant qu'individu dans son environnement, en considérant la faisabilité du changement et ses répercussions et : « *Si toi, en tant que médecin, si tu t'intéresses à eux [...] ça les*

*valorise dans leur vie quotidienne » (A4) ; « poser des questions de comment ils vont faire pour faire ce que tu as demandé, des fois tu te rends compte que c'est mission impossible » (E3) ; « que peut-être leur changement va faire plaisir à l'environnement » (A1).*

Les MG opéraient un « *renforcement positif* » (A1) en s'intéressant aux domaines de réussites du patient, associés à une haute ES spécifique, et en les valorisant.

Ces domaines étaient rarement d'ordre médical. Cela pouvait être « *leurs passions* » (A1), notamment sportives, leur famille. Il n'y avait pas de domaine à privilégier.: L'important était qu'il soit rattaché positivement au patient, par le biais d'une réussite ou d'une compétence « *Il faut chercher le positif là où il est* » (B5) ; « *Enfin « vous êtes une très bonne maman ! Regardez comme vous vous occupez bien de cet enfant » (B3) ; « là où il bon, où il est fort, [...] pour qu'il se sente valorisé [...] des choses où il est doué » (C3).*

La valorisation globale passait aussi par une valorisation du patient par rapport à autrui : « *Moi j'leur dis : « Vous allez donner l'exemple à d'autres » » (A1).*

## 2. Valoriser l'autonomie du patient

L'une des médecins soulignait tout de même la difficulté appréhender toute sa réalité du patient : « *globalement je trouve que bon les gens font des choix [...] hyper déterminés par plein de trucs [...] Toi tu captes pas le dixième de ce qui se passe [...] dans leur vie* » (D3).

« *Autonomiser le patient* » (B3) semblait donc essentiel pour renforcer son ES afin de lui permettre d'accéder à une sensation de maîtrise et de s'extraire du jugement d'autrui : « *c'est pas à nous de trouver des solutions pour les gens, parce que [...] c'est pas les leurs donc ils y arriveront pas* » (C5) ; « *faut que ça vienne du patient en fait* »

(E2) ; « donner de l'autonomie aux gens pour qu'ils puissent être libres et maîtres de ce changement » (D5) ; « on peut aussi lui suggérer que c'est pas vraiment sa valeur à lui mais la valeur que lui donne son chef. » (B1).

L'autonomie du patient était rattachée à une prise de conscience globale, de son comportement, de sa situation et de ses peurs mais aussi et surtout de son savoir : « leur faire prendre conscience de qu'est-ce que ça leur apporte de bien en le faisant et qu'est-ce que la rapporte de mal » (C5) : « L'objectif inconsciemment c'est finalement [...] analyser où est le problème pour pouvoir trouver la solution. Faire mettre ça en reconnaissance. » (B4) ; « Une prise de conscience de ses propres peurs » (B6) ; « Leur dire, en fait, qu'ils sont experts [...] d'eux-mêmes. Juste prendre conscience de ça, [...] ça a un très bon impact sur leur estime de soi » (D5).

La démarche autonomisante était une démarche « attentiste » (D5) et « démedicalisante » (D5) valorisant l'expertise du patient : « je vais très souvent attendre que les gens l'évoquent. » (D3) ; « Sur cette question-là vous en savez autant que moi » (D5)

Amener le patient à dire lui-même ce qu'il se passe, ce qu'il ressent : « Faire que les gens redisent par eux-mêmes. » (B4) ; « Les faire exprimer des choses qu'ils auront réussies. » (A1) en utilisant des techniques de communication comme la reformulation, les questions ouvertes, et l'écoute active était l'un des moyens cités.

### 3. Valoriser la démarche de changement et les compétences du patient

Renforcer l'ES dans le domaine du le changement de comportement c'était aussi renforcer le sentiment de compétence dans ce domaine : « faites-vous confiance » (A6, B2) en faisant notamment le parallèle entre des compétences communes au changement de comportement et à des réussites personnelles.

La valorisation de la démarche était un élément spécifique du renforcement de l'ES dans le contexte d'ACC. Différents moyens étaient cités : Initialement, valoriser l'intention de changement et relativiser les difficultés liées au changement puis évidemment valoriser le changement en soi : « *Même quand il y a une volonté. J'aimerais bien arrêter de fumer. « Ouaa mais c'est super !! » » (D3) ; « Lui dire que le changement qu'il induit et ba c'est bien » (B3).*

Dans cet accompagnement, les MG disaient fixer des objectifs intermédiaires, faciles et réalisables et ne pas chercher à les atteindre simultanément mais plutôt les répartir au cours du temps, au cours du changement : « *faire des étapes, faciles et abordables » (E9) ; « se donner des petits objectifs, ça permet de construire le cheminement autour de cette question-là. » (D2).*

Ainsi la valorisation du changement même partiel existait : « *Il faut valoriser le patient, tous les petits acquis » (A8).*

La recontextualisation était utilisée afin de normaliser, neutraliser les affects du patient et limiter l'auto-dévalorisation. Les MG dédramatisaient une absence de maintien de changement et valorisaient un changement temporaire : « *normaliser les choses. [...] « c'est normal de ressentir ça dans votre situation » [...] c'est une des façons de renforcer son ES. » (B6) ; « le plus difficile c'est d'enlever le côté négatif de la perception de la rechute pour le rendre neutre...pas positif » (B5) ; « J'utilise beaucoup ce genre de formulation aussi « Ah j'avais arrêté mais j'ai arrêté que 2mois... » « Mais c'est génial !! » » (B2).*

Les MG déstigmatisaient les comportements en leur donnant du sens, afin de déculpabiliser le patient : « *une des manières c'est de dire [...] vous buvez mais c'est normal avec ce que vous avez vécu [...] dédramatiser » (D3) ; « Et de pas les*

*culpabiliser. [...]se dire oui effectivement c'est pas le moment, [...] ça leur enlève pas mal d'angoisse » (E1).*

#### 4. Une posture adaptée

Un soutien et une confiance inconditionnels envers patient, quels que soient ses comportements, sans jugement, étaient des postures essentielles. L'une des médecins affirmait ainsi « *aller toujours dans le sens des gens » (D3) : « j'estime que mon rôle c'est de le soutenir, quels que soient ses choix, parce que je suis pas là pour juger si ses choix sont bien ou pas » (D3) ; « Qu'on a confiance en lui, on lui restitue une confiance en lui, en ses capacités [...] d'avoir confiance en le patient le valorise. » (A8).*

Créer une atmosphère agréable en étant de « *bonne humeur » (D1) en utilisant des superlatifs, de l'humour et parfois une certaine familiarité, pour rendre la relation plus égalitaire, semblait propice au renforcement de l'ES : « c'est vrai que j'en fais trop mais [...] les patients aiment bien. Parce que c'est « pump it up » quoi ! Du coup, ils en ressortent [...] plus confiants » (D1) ; « l'humour [...] pour relativiser » (E5)*

La question de l'humilité paraissait centrale dans ces pratiques, à travers le savoir médical, comme nous l'avons déjà abordé. Mais aussi par le fait de pouvoir comparer ou non les comportements du patient à ceux du médecin.

Certains utilisaient ces comparaisons : « *C'est pas rare que je me base sur ce que j'ai vécu moi [...] pour essayer de montrer je suis pas mieux qu'eux. » (B6).*

D'autres au contraire y voyaient une valorisation du médecin : « *J'ai beaucoup plus de mal moi à prendre des exemples personnels...[...] parce que je veux pas qu'ils pensent que je crois que je suis mieux qu'eux* » (B2).

La posture « *empathique* » (C2) semblait être indispensable au renforcement de l'estime de soi. Elle était associée à une certaine bienveillance et une vigilance du discours : « *ce sentiment de se sentir compris [...] je pense que ça renforce aussi l'estime de soi.* » (E1) ; « *faire peut-être attention un peu plus à ce qu'on dit.* » (D4).

Les MG ont souligné qu'ils ne pouvaient adopter toutes ces postures que s'ils avaient du temps et qu'ils se sentaient en forme : « *Ce qui est important c'est d'être capable de répondre à ce signal même quand t'es à la dernière consult de la journée et que t'en a marre, t'es crevé* » (B5).

## 5. Des orientations externes

L'aspect global de la valorisation renvoie également à l'ensemble de l'entourage professionnel ou personnel du patient qui peut aussi adopter une posture de soutien. Les MG se considéraient comme des acteurs, parmi d'autres dans le renforcement de l'ES : « *il faut prendre tous les acteurs de la vie des patients [...] dès qu'il y a quelqu'un qui intervient, ça peut être un soutien* » (E3) ; « *leur rappeler qu'ils ont un entourage sur lequel ils peuvent compter* » (C2) ; « *c'est le travail[...]de n'importe quel intervenant avec qui il y a une relation de confiance qui se crée, une relation d'une personne à une personne* » (C2).

Ainsi, le renforcement de l'ES dans l'ACC pouvait se faire par le biais d'orientations externes permettant de pallier le manque de temps au cabinet et le manque de formations des MG : « Bah on prendrait une heure avec chaque patient, on aurait le temps d'estimer leur estime d'eux-mêmes » (C5) ; « il ne faut pas s'y aventurer si on a pas l'habitude de s'y aventurer » (B5).

Elles comprennent des prises en charge collectives, favorisant l'émergence du savoir populaire et peuvent se matérialiser sous la forme de « prendre du temps pour soi » (D3) dans des d'autres espaces que celui du cabinet du MG : « on a cet outil qui [...] sont les ateliers de groupe justement. Et dans la revalorisation du savoir populaire [...] je trouve que ça ça joue énormément sur l'estime de soi » (D5) ; « Moi ça m'est déjà arrivé mais ça se matérialise plutôt par...prendre du temps pour soi [...] des fois la seule manière que ça se passe c'est par exemple tu fais une ordo de kiné » (D3).

Cependant, ces orientations comportaient des contraintes, notamment financières : « je trouve qu'il y a le facteur financier qui est assez limitant vers les orientations vers des professionnels et des activités parce que les trucs [...] auxquels je pense spontanément c'est : psychologues, nutritionnistes, coachs sportifs, sophrologues [...] que des trucs qui ne sont pas remboursés » (D5).

D'autres freins ont été abordés : le manque de motivation et de « temps » (A3) dans le quotidien du patient et le manque de connaissance par les MG des partenaires : « La motivation et le côté financier. Souvent c'est les deux ... » (A9) ; « Y en a pas tant que ça des éducateurs ? » (B1) ; « éducateurs on y pense pas tout le temps » (B1).

Les MG ont aussi souligné que les activités de groupe, n'étaient pas forcément adaptées à tous : « Puis parfois les gens ils ont pas envie de se côtoyer à d'autres » (A6) ; « tout le monde ne peut pas forcément faire partie d'un groupe [...] ou ne veut pas » (E5).

Le professionnel le plus cité était, sans surprise, le « *psychologue* » (B2), mais les MG orientaient également vers des programmes d'« *éducation thérapeutique* » (C5) ou le réseau associatif, des kinésithérapeutes ou des professionnels en APA, et si besoin, des travailleurs sociaux.

L'orientation vers des soins alternatifs a été abordée, ainsi que vers la diététicienne et l'esthéticienne.

Ils pouvaient aussi mobiliser les pairs ou l'entourage : « *sinon, les pairs ! par exemple. Les associations de patients...Nous on a les médiateurs en santé aussi, qui sont souvent des anciens patients, qui sont dans ce truc-là [...] c'est la paire aideance.* » (E3).

Les MG proposaient aussi au patient de se tourner vers des activités adaptées, qui lui plaisent et qu'il réussit, l'objectif étant là aussi de prendre du temps pour soi « *De réaliser des choses [...] trouver un truc qui leur plaît* » (A4) ; « *qui leur ramène du bien-être, [...] « Je suis arrivé à faire à faire ça » [...] c'est hyper important.* » (C2) ; « *à longue distance ça revient à se qu'ils aient peut-être un peu plus d'estime d'eux-mêmes parce que voilà ils ont un truc pour eux et ça sort de tout ce qui peut faire baisser leur ES le reste du temps* » (D4).

Les activités sportives et les activités associatives culturelles ont été citées à plusieurs reprises.

#### IV. UNE PRATIQUE INTUITIVE

Pour les MG interrogés, le concept d'ES était difficile à appréhender. Les *focus groups*

semblaient être la première occasion de le penser : « *je n'y ai pas pensé [...] ça ne m'a jamais traversé l'esprit.* » (D4).

Leur connaissance de ce concept et l'usage qu'ils en font dans leur pratique n'étaient médiés ni par des formations spécifiques ni par un raisonnement conscient : « *je n'ai jamais été formé à la psychologie* » (A2) ; « *Tu le fais sans savoir que tu le fais en fait* » (C4).

Leur pratique semblait plutôt être influencée par l'expérience qui leur apporte une meilleure connaissance des patients et une sensibilité accrue à la psychologie : « *l'intuition [...] s'appuie sur l'expérience et la mémoire après qu'on analyse* » (B5) ; « *il y a pas forcément besoin d'avoir des questions pour le voir aussi. Si c'est des patients que tu connais bien* » (E5).

La réflexion a posteriori, au cours des *focus groups*, mettait en évidence que les MG mobilisaient de réelles connaissances leur permettant la prise en charge de l'ES de leurs patients. De fait, chaque groupe parvenait à décrire de manière précise comment il concevait l'ES et comment il la prenait en compte lors des ACC. Il s'agit là précisément de la définition de l'intuition (25).

#### 1. Représentations des liens entre l'estime de soi, les comportements à risque et le changement de comportement

Les représentations des liens entre l'ES, les comportements à risque et le changement de comportement ont expliqué l'intégration intuitive d'un renforcement de l'ES dans l'ACC.

Le lien entre l'ES et le comportement à risque est apparu à travers la prise en considération du comportement à risque dans l'évaluation de l'ES. Deux lectures de

ce lien ont émergé au cours des entretiens. Elles décrivaient un cercle vicieux.

Le comportement à risque était décrit à la fois comme l'origine d'une ES basse et comme une sa conséquence défensive : « *Mais j'ai l'impression que [...] la plupart des gens que j'ai vu qui avait des problèmes d'addiction [...] ils ont une image hyper négative d'eux-mêmes et de leur comportement* » (D2) ; « *tu construis des espèces de défenses qui font que t'es pas trop mal dans ta vie malgré le fait que tu te sois construit avec une estime de toi qui est pas optimale* » (C2).

Le renforcement de l'ES semblait favorable au changement de comportement pour les médecins interrogés. Alors que le changement de comportement était perçu négativement, comme un « *effort* » (B4) qui demande « *de l'énergie* », une ES suffisante apparaissait être un « *moteur* » (B5), une force, pour se lancer dans l'action : « *quelque-chose [...] qui permet de faire ce qu'il y a à faire.* » ; « *il faut avoir un peu d'estime de soi pour se remettre en mouvement* » (B5).

Inversement, les réussites au cours du changement de comportement, permettaient de renforcer l'ES des patients : « *Quand on a des réussites personnelles ça aide à prendre confiance en soi.* » (A6).

Les MG se représentaient ainsi un cercle vertueux entre renforcement de l'ES et changement de comportement.

## 2. Apprentissages mobilisés dans le processus intuitif

Certaines formations théoriques non spécifiques semblaient améliorer la prise en charge intuitive de l'ES. Parmi elles, « *l'entretien motivationnel* » (B4) et « *l'écoute*

*active* » (A1) ont été les plus citées. Il y avait aussi « *l'approche systémique* » (B1), la « *thérapie comportementale et cognitive* » (A6) et « *l'hypnose* » (A7).

Les apprentissages mobilisés par les MG dans ces pratiques étaient « *multiformes* » (B5). Les plus âgés soulignaient l'importance de leur expérience professionnelle pour s'extraire du « *technique* » et aboutir à une prise en charge plus globale. L'apprentissage empirique était facilité par une collaboration interprofessionnelle, les échanges avec les pairs ou le maître de stage : « *quand on acquiert [...] des années d'expériences, [...] le côté technique [...] est plus facile à appliquer parce qu'on l'a déjà fait [...] du coup on se libère du temps pour le côté psychologique* » (A9) ; « *Je me suis lancée [...] dans des suivis psychos [...] en concertation avec le psychologue de notre maison de santé, [...] on a pris en charge des patients conjointement.* » (B2)

Les expériences personnelles semblaient aussi avoir leur place : « *dans nos vies personnelles aussi on avance. Donc les deux se rencontrent* » (A7).

Elles pouvaient correspondre à des « *lectures* » (A5), des « *prises en charge personnelles* » (A5) de proches ou des « *psychothérapies* » (B2) personnelles.

L'un d'eux avait acquis des connaissances par le biais d'entraînements sportifs, « *je suis golfeur et j'ai fait une formation [...] il y a quelques temps sur le mental positif* » (B5).

### 3. L'intuition dans l'évaluation de l'estime de soi

La question de l'évaluation de l'ES des patients interpellait les MG.

Spontanément, certains pensaient ne pas le faire. Ils soulignaient l'absence d'outils quantitatifs à leur disposition : « *l'ES j'ai pas l'impression qu'on l'évalue* » (A3) ; « *on*

*met pas une note comme [...] avec la douleur » (A7) ; « j'ai pas d'outils pour la mesurer » (B5).*

Pourtant une évaluation intuitive de l'ES semblait exister, essentiellement liée à la réception passive et inconsciente d'informations issues de la consultation : *« la personne rentre dans le cabinet, en quelques secondes, tu as déjà intégré un million d'informations sur son comportement, sa tenue, sa façon d'être etc. [...] sans être focalisé sur la personne [...] et ça c'est l'intuition » (B5).*

L'un des médecins interrogés précisait que ce mécanisme était naturel, humain, pas spécifiquement professionnel : *« de l'humain qui rentre en interaction avec un autre humain [...] comme quand tu croises quelqu'un dans la rue, tu peux dire tiens cette personne elle a l'air sûre d'elle [...], telle autre moins bien » (D5)*

Dans le cadre professionnel, un processus secondaire de conscientisation et d'analyse de ces informations était possible : *« je suis médecin, j'enclenche un mécanisme d'analyse secondaire qui [...] me positionne [...] dans des dispositions, des tentatives de compréhension de [...] ce qu'il y a derrière qui fait que cette personne manifeste comme ça son ES[...] Mais ça c'est vraiment l'analyse de cette intuition alors que l'intuition initiale [...] je n'arrive pas à la contrôler » (D5) ; « T'es obligé de faire une recherche consciente de ce que ton inconscient il a trouvé avant. » (B5).*

Mais il était difficile et rare : *« C'est pas facile parce que je pense qu'on fait les choses de façon intuitive et c'est dur d'avoir [...] du recul sur ce qu'on fait et de se dire alors comment je réagis à ce moment là » (E2),* et le plus souvent, ce fut les *focus groups* qui ont permis aux médecins d'en prendre conscience.

Une recherche active et consciente, du niveau d'ES ou d'éléments indicatifs de ce dernier semblait possible mais plus rare : *« forcément qu'on va évaluer à un moment*

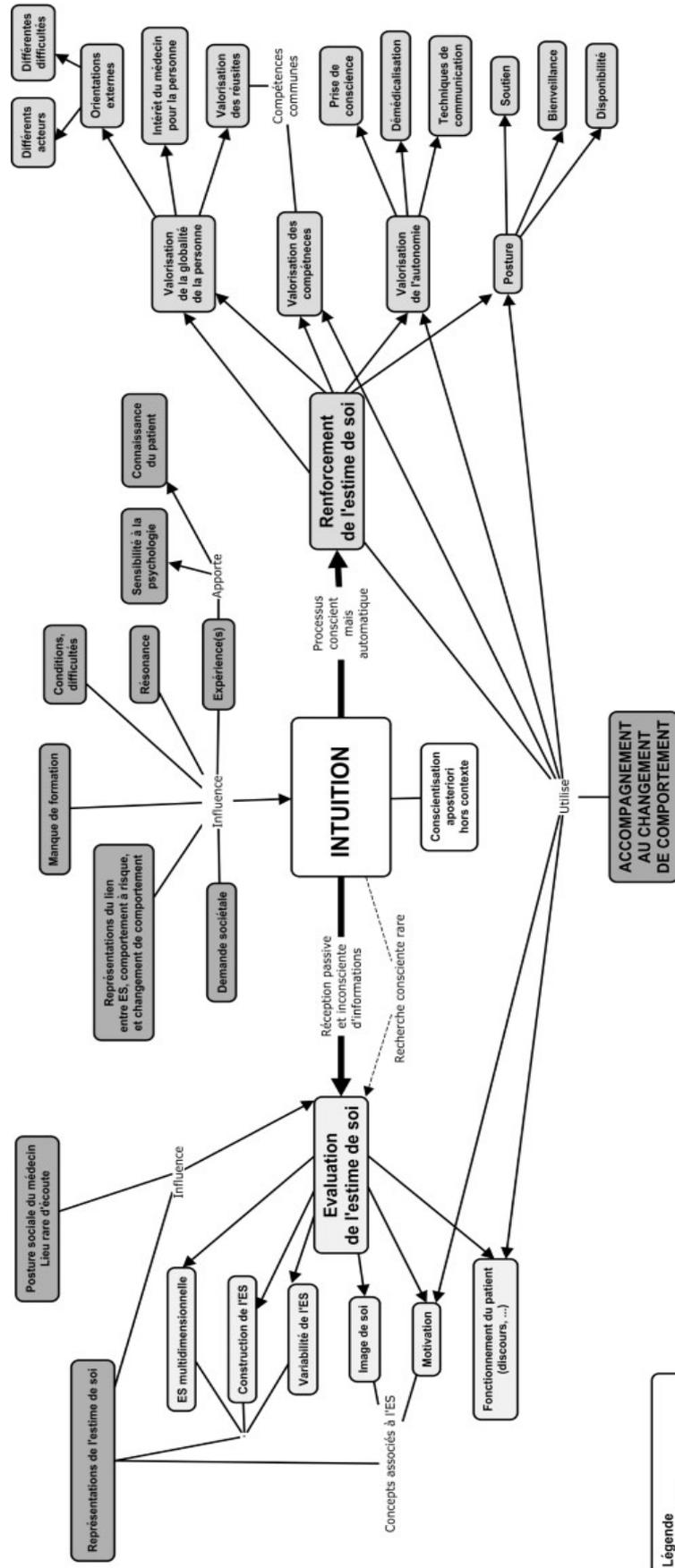
donné de notre consultation [...] si l'ES va être exprimée [...] ça va se faire vraiment spontanément en fonction des symptômes qu'ils ont. On va aller à la recherche, oui c'est vrai » (A1).

#### 4. L'intuition dans le renforcement de l'estime de soi

Tous les médecins interrogés ont verbalisé des pratiques de renforcement de l'ES au cours des ACC, considérant que cela fait partie de leurs missions. La plupart d'entre eux semblaient conscients de ces pratiques surtout face à une ES basse : « *Oui, moi j pense que j'essaye de renforcer l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes* » (C5) ; « *on cherche peut-être plutôt de manière explicite à la renforcer quand on trouve qu'il y a une sous-ES* » (E1).

Quelques-uns ont affirmé ne les avoir jamais conscientisées auparavant : « *je n'y ai pas pensé* » (D4), « *On n'arrive pas forcément à mettre un nom là dessus.* » (A2).

# V. MODELISATION



Modélisation de l'intégration de la prise en charge de l'estime de soi dans l'accompagnement au changement de comportement en médecine générale

# DISCUSSION

## I. ORIGINALITE ET PERTINENCE DE LA QUESTION DE RECHERCHE

A notre connaissance, aucune autre étude ne s'était intéressée à l'ES dans l'ACC en médecine générale. Les participants ont souligné l'originalité de l'étude en avouant ne jamais s'être questionnés à propos de l'ES auparavant et sa pertinence en montrant un réel intérêt pour le sujet avec des discussions riches et animées. Bien sûr, cet intérêt présente de multiples biais. Les médecins interrogés ayant des liens avec les investigateurs, un biais de désirabilité est forcément présent. Le biais de sélection des médecins est aussi à souligner. Un seul groupe d'échange de pratiques nous a donné comme motif le manque d'intérêt pour le sujet mais nous ne pouvons pas exclure que d'autres refus ai été aussi motivé de la sorte.

## II. DISCUSSION DE LA METHODE

Les contraintes, en particulier l'absence de temps et de financement spécifiquement dédiés, limitent certainement la complétude ou l'exhaustivité de notre travail.

### 1. Choix de la méthode qualitative

Le choix de la méthode qualitative était adapté du fait de l'absence de données concernant la question de recherche. Cette méthode est rigoureuse et répond à des critères de qualité. (21), que nous avons cherché à respecter.

## 2. Choix des entretiens collectifs ou *focus groups*

L'ES des patients avait rarement été « pensée » auparavant par les médecins interrogés. L'effet de groupe a permis de caractériser le concept par des échanges réflexifs et semble avoir permis aux MG d'analyser leurs pratiques d'évaluation et de renforcement de l'ES. Les réflexions durant les *focus groups* ont été proches de celles des groupes d'échange de pratique de part leur caractère analytique et les échanges fluides, car il s'agissait de groupes « naturels ».

On peut imaginer que des entretiens individuels auraient demandé une plus grande définition des concepts par les interviewers, ce qui aurait induit un biais d'influence supplémentaire. Le recueil des représentations aurait probablement été moins fidèle, mais l'effet groupe a peut-être empêché de recueillir des visions contraires du concept. Même si les interrogations étaient multiples, elles aboutissaient le plus souvent à un consensus. Était-ce parce que les visions étaient réellement similaires ? Pour pallier cela, nous précisons en début de séance que le but n'était pas la recherche de consensus. Malgré tout, les entretiens collectifs sont associés à une moins grande variété de points de vue (23). Du fait du caractère personnel de certains éléments de recherche, comme la résonance ou l'intuition, on peut supposer que la parole groupale n'a pas permis à tous de s'exprimer librement. La parole a globalement été bien répartie sans que le modérateur n'ait eu à beaucoup intervenir. Quelques leaders d'opinion se sont révélés mais il y en avait toujours plusieurs par groupe. Chaque médecin a pu enrichir par ses idées la théorisation.

### 3. Echantillonnage

On peut supposer qu'un médecin participant à des groupes d'échange de pratiques est un médecin sensible à la communication, du fait même qu'il s'agit d'un espace de communication. Ceci est un possible biais de recrutement.

De plus, les médecins participant à ces groupes ont une volonté d'analyse de pratique et les données recueillies ont probablement été influencées par cela. Si d'autres médecins avaient été interrogés, on aurait pu imaginer recueillir plus de données de l'ordre du ressenti, en rapport avec l'intuition.

Les médecins interrogés étaient pour plus des deux tiers des femmes. Nous avons noté peu « d'effet genre » dans les données, à part quelques interrogations sur des questions de posture. Les hommes interrogés semblaient plus à l'aise avec le fait d'adopter une attitude familière et le fait de comparer leurs comportements à ceux du patient, ce qu'ils expliquaient par une différence de « carrure » en partie liée au genre : « *toi t'es grand, t'es baraque* » (B2).

### 4. Réalisation du guide d'entretien et recueil des données

Il s'agissait de notre première expérience de recherche qualitative. Pour pallier cette inexpérience, la méthode suivie nous a poussé à être le plus neutre possible lors de l'interrogation des médecins, à utiliser des questions ouvertes et à éviter toute connotation positive dans nos prises de parole. La reformulation permettait d'approfondir les idées émergentes et également de valider la compréhension que nous en avons. Du fait du choix de la théorisation ancrée et de ces multiples allers et retours, nous avons une idée a priori des éléments à recueillir, issue de l'analyse

des données des *focus groups* précédents. Un biais d'induction ou d'interprétation est donc inévitable.

## 5. Analyses des données

Nous nous sommes efforcés de sélectionner les données qui ne répondaient pas à nos attentes et avons mis à profit la prise de conscience de transferts négatifs concernant certains éléments en nous efforçant de les sélectionner et de les coder. Cependant lors de la rédaction des résultats, nous avons eu tendance à mettre en avant les concepts avec lesquels nous étions le plus en accord. Nous avons essayé de réduire l'incidence de ce biais en nous inspirant de la méthodologie de la théorisation ancrée.

Le croisement des regards, la triangulation des données, que nous avons opéré lors des différentes étapes du travail, ont permis également de minimiser ce point.

## III. ESTIME DE SOI ET PSYCHOLOGIE EN MEDECINE GENERALE

La représentation groupale de l'ES qu'avaient les MG interrogés semble cohérente. Bardou, psychologue et auteure de l'ouvrage « l'estime de soi », décrit une ES affective, évaluative et multidimensionnelle, ce qu'ils ont perçu. Ils mettent à profit l'approche multidimensionnelle en utilisant l'ES d'un domaine de réussite pour renforcer l'ES globale. Le fait qu'ils aient rapproché l'ES de la motivation et de la confiance en soi, fait écho au sentiment d'efficacité personnelle, que certains auteurs ne distinguent pas de l'ES (5).

Au cours des *focus groups*, les MG ont verbalisé leur ressenti d'une demande d'accompagnement psychologique au cabinet du médecin généraliste. Cette vision reflète la réalité des possibilités actuelles d'accompagnement psychologique.

En 2011, dans une étude de la DRESS (26), 72 % des MG déclaraient ainsi prendre en charge chaque semaine au moins un patient présentant une souffrance psychique. Concernant la dépression, ce pourcentage était de 67 %, et 82 % pour les troubles anxieux.

Quant aux freins à l'accès aux professionnels de santé mentale, 91 % évoquaient l'absence de remboursement des consultations chez un psychologue ou un psychothérapeute, 79 % le délai d'obtention d'un rendez-vous avec un psychiatre et 76 % la réticence des patients à suivre une psychothérapie.

Avant de cibler notre travail sur l'ACC, nous souhaitions travailler sur la question plus large de l'intégration de la prise en charge de l'ES en médecine générale.

Sans ce prisme de l'ACC, les réponses auraient-elles été semblables ? La prise en charge de l'ES fait-elle partie intégrante de la pratique de la médecine générale dans d'autres contextes, ou même de manière plus large ? Les modalités d'évaluation et de renforcement de l'ES hors du contexte de l'ACC sont-elles les mêmes que celles évoquées dans notre travail ? Un travail sur la prise en charge de l'ES dans la pratique de médecine générale au sens large apporterait une autre vision des choses. A notre connaissance, aucune étude de ce type n'a encore été réalisée.

Les MG interrogés ont évoqué à plusieurs reprises l'ES des patients atteints d'une maladie chronique. Même s'il existe des ponts entre l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et la notion de changement de comportement, il pourrait être intéressant d'approfondir cette thématique par un autre travail. Une thèse grenobloise est justement en cours d'élaboration par Jennyfer Malnou, sous la direction du Dr Henriot. Elle s'intéresse aux patients diabétiques de type 2 et aux

modifications de l'accompagnement par l'abord de l'ES avec les patients en médecine générale.

#### IV. ESTIME DE SOI ET ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Nous avons préféré ne pas aborder la prise en charge de l'ES par les MG sans *focus* particulier de peur de recueillir des données abstraites et pauvres. C'est pourquoi nous avons choisi le *focus* du changement de comportement. Ce choix résulte du lien bibliographique décrit dans l'introduction de ce travail entre l'ES et le changement de comportement, par le biais du sentiment d'efficacité personnelle.

Le MG, en tant que professionnel de santé de premier recours, semble être un acteur essentiel de l'ACC. Ses principaux atouts dans ce domaine seraient ses capacités de dialogue et de communication, sa proximité géographique, sa connaissance du patient dans son environnement (famille, village, quartier, etc.), son suivi sur la durée, son accessibilité financière et temporelle ainsi que sa stabilité dans l'espace et dans le temps (27). Il touche, enfin, une part considérable de la population comme l'ont démontré White et Green (28).

Les participants se sont questionnés à propos du déterminisme social des comportements et de la pertinence de ce fait d'un accompagnement individuel. Ce point avait déjà été soulevé par des médecins marseillais interrogés sur leur vécu et leurs représentations de l'aide au sevrage tabagique. Ils notaient que certaines particularités de la prise en charge médicale étaient peu compatibles avec l'accompagnement en question (29).

Le lien perçu par les MG entre l'ES, le comportement à risque et le changement de comportement est cohérent avec les théories du changement de comportement, en particulier la théorie sociale cognitive de Bandura et le concept de sentiment d'efficacité personnelle qui y est rattaché (30). Malgré tout, on peut se demander si notre étude ne comporte pas un biais d'induction de réponses. Comme si en posant la question, ou en mentionnant le titre de notre travail, nous amenions les médecins interrogés à établir obligatoirement le lien entre l'ES et le changement de comportement. Cependant, ils n'ont pas une vision réductrice de l'ACC et pensent que le travail sur l'ES est « *un outil de plus* » (B5) qui ne « *s'applique pas à toutes les situations* » (B5).

A travers les éléments de valorisation qu'ils utilisent, les MG contribuent-ils à renforcer ce sentiment d'efficacité personnelle et l'ES de leurs patients ? Leurs interventions sont-elles efficaces ? Les éléments de renforcement de l'ES décrits par les médecins interrogés correspondaient bien à des éléments de valorisation. Ils semblent donc viser juste. Mais les patients étant les premiers concernés par le changement de comportement, il serait particulièrement intéressant de connaître leurs ressentis.

Le point de vue des patients à propos de l'efficacité des méthodes utilisées manque à notre étude. Il pourrait être intéressant de l'explorer en sélectionnant un changement de comportement donné, accompagné en médecine générale comme ce fut le cas dans l'étude de Bertholet de 2009. Des patients accompagnés dans un sevrage alcoolique affirmaient que leur sentiment d'efficacité personnelle augmentait juste après une consultation chez un généraliste et se maintenait six mois après (18). Une thèse Niçoise, de novembre 2016, s'intéressait aux effets ressentis par des patients obèses d'un programme d'ETP (31). Une autre, de Rouen, parue un mois

plus tôt s'intéressait aux mêmes données mais utilisait une méthode quantitative (32). L'une comme l'autre retrouvaient comme principal résultat, une amélioration de l'ES. Ce qui nous amène à questionner l'apport d'un programme d'ETP par rapport à une prise en charge de médecine générale. La plupart des éléments de posture évoqués par les médecins interrogés dans notre étude ressemblaient d'ailleurs fortement à des éléments décrits dans l'ETP. Il serait intéressant de pouvoir comparer les deux approches.

## V. MANQUE DE FORMATION

Le sentiment d'un manque de formation à l'ACC et à la prise en charge de l'ES, initiale mais aussi continue, mis en lien avec un sentiment de manque de compétence, est l'une des principales difficultés évoquées par les participants. Dans le cadre de la formation initiale, au cours du second cycle des études de médecine, aucune formation pratique n'existe à l'accompagnement psychologique, ni à l'ACC. Seules quelques notions sont intégrées, de manière très théorique, au nouveau programme du deuxième cycle des études médicales (33). L'objectif du DES de médecine générale est de permettre aux internes d'acquérir les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale. La relation médecin-patient et sa prise en charge globale en font partie et sont abordées dans toutes les facultés de médecine (34). Cependant, comme le montre Valentina Stroia-Kieffer, un manque de formation pratique à la communication et à la psychologie est rapporté par les internes de médecine générale en fin de cursus (35). Pour ce qui est de la formation continue, aucune action de formation ouverte aux MG, ayant lieu en 2017 et référencée sur le site de l'agence nationale du DPC, ne cible l'ES (36). Une médecin interrogée dans notre étude affirme qu'elle aimerait qu'une formation permettant de

mieux appréhender l'ES des patients en consultation existe : « *pour savoir quelle question poser ou quoi regarder ou observer chez les patients et l'enseigner au médecin euh...dans sens outil d'enseignement oui !* » (E3).

Et malgré l'existence de quelques rares formations à la psychologie, via diverses approches, comme les thérapies cognitivo-comportementales ou l'approche systémique, le sentiment d'un manque de formation à l'accompagnement psychologique avait déjà été montré. La thèse de Valérie Tranchée-Vergé en 2008 qui s'intéresse à la fonction psychothérapeutique du MG relève ce manque de formation et propose ainsi l'élargissement de la formation initiale en ce qui concerne la relation médecin patient, et la création d'une supervision pour les psychothérapies entreprises par le généraliste auprès de ses patients (37).

Concernant l'ACC et les techniques de communication, les possibilités de formation existantes sont plus nombreuses, notamment via l'entretien motivationnel, l'écoute active, ou des titres plus généraux, ce qui est cohérent avec ce que les MG ont pu amener lors des *focus groups*.

Du fait de l'incertitude rapportée dans les situations touchant à la psychologie, et aux aspects relationnels et sociaux de la relation (38), et le sentiment d'incompétence rapporté par les MG dans notre étude, cet objectif de formation des MG ne semble aujourd'hui pas totalement atteint.

Laisser une place plus importante à la psychologie et aux sciences humaines dans le cursus des études de médecine, en faisant notamment intervenir des enseignants de ces disciplines, décroïsonner une formation autocentrée pour élargir l'horizon des futurs médecins. Voilà qui pourrait certainement les amener à se sentir et à être plus compétents pour prendre en charge des situations complexes. La santé des patients s'en trouverait sûrement améliorée.

## VI. INTUITION

Notre étude montre la place prépondérante qu'a l'intuition dans la prise en charge de l'ES dans le contexte de l'ACC en médecine générale. L'intuition dans la prise de décision en médecine générale a fait l'objet de plusieurs publications depuis 2004. La caractérisation de ce concept est même depuis 2008 le thème d'un vaste programme de recherche européen appelé CogitaProDiaman. Les travaux issus de ce programme ont permis d'établir des listes de critères consensuels pour définir l'intuition (*gut feeling*, en anglais, pour « sensation viscérale ») en médecine générale (39). Le travail d'Anne-Cécile Andro de Schotten en 2011 affirme notamment son lien avec l'expérience, ce que nous retrouvons dans notre étude (40). L'étude de l'intuition est actuellement majoritairement orientée vers les situations d'incertitude diagnostique. Pourtant, la psychologie, avec les aspects relationnels et sociaux de la relation, est citée comme la première source d'incertitude en médecine générale dans le travail de thèse en 2013 de Marie Pince (38). L'intuition en médecine dépasse donc la seule incertitude diagnostique, et pourrait être étudiée plus précisément par rapport aux aspects relationnels en médecine générale.

Étant donné l'absence d'outils de prise en charge de l'ES dans l'ACC, il est logique que les MG interrogés fassent majoritairement appel à leur intuition. Ceci aurait pu être un prérequis, une hypothèse de recherche.

Concernant l'évaluation de l'ES, la question de l'utilisation d'une échelle numérique a été abordée. L'un des médecins pensait qu'il « *Faudrait peut-être regarder dans les questionnaires utilisés par les RH* » (B5) pour s'en inspirer. Il paraît illusoire voire impertinent d'essayer d'intégrer un outil quantitatif d'évaluation de l'ES dans la pratique de médecine générale du fait du manque de temps décrit par l'ensemble des médecins interrogés et d'un caractère trop intrusif.

## VII. ESTIME DE SOI ET SOCIETE

Holinagel a proposé en 1995, à partir d'une revue de littérature sur les concepts théoriques liés aux comportements de santé, de changer de paradigme en matière de promotion de la santé, en s'appuyant en particulier sur les travaux de Antonovsky. Ce dernier a en effet développé la théorie de la *salutogénèse* qui étudie les causes de la santé à l'inverse de la pathogénèse (qui étudie les causes des maladies). Il invite ainsi le médecin généraliste à moins se focaliser sur les facteurs de risques et plus sur les ressources en santé autoévaluées par le patient (41).

S'il est intéressant que les professionnels de santé prennent en compte les facteurs de salutogénèse comme l'ES, ils ne peuvent pas être les seuls acteurs impliqués. Ce point a été soulevé à travers une réflexion sur d'autres lieux de prise en charge de l'ES au cours des *focus groups* : « *Faudrait que ça puisse se développer, pareil, comme on disait tout à l'heure, que ça puisse se développer ailleurs que chez des médecins, qu'il y ait cette espace là qui existe ailleurs ça pourrait être chouette quoi.* » (D5) ; « *Mais, en fait, la problématique de l'estime de soi, on la retrouve partout et notamment en politique et [...] on va dépendre de la vie de la cité et [...] les petites solutions, elles peuvent être démultipliées si elles viennent d'en haut* » (D1) ; *toutes ces campagnes [...] contre les conduites à risque [...] ça sert aussi à valoriser [les gens qui ont ces conduites là] et à faire augmenter l'estime de soi pour qu'ils viennent consulter et qu'ils soient pas trop en dessous* » (E1).

S'agissant de l'ES, l'acuité de ce propos semble encore plus grande étant donné l'importance de l'enfance et de l'entourage dans la construction d'une bonne ES. Les MG ayant participé à notre étude se sont ainsi interrogés sur le système scolaire : « *de la valorisation de l'enfant au lieu de la répression et au lieu de dire « c'est pas*

*bien ce que tu fais, t'es un gros nul » [...] on met le doigt sur ce qui est bien » (C4).*

La plupart des travaux de recherche interrogeant l'ES concernent d'ailleurs l'éducation. Ils interrogent l'influence de la pédagogie sur la construction de l'ES des enfants (42).

Décloisonner l'univers médical, créer des ponts entre la médecine et l'éducation, c'est bien sûr le propre du métier des professionnels de l'éducation à la santé. Cependant, en tant qu'acteur de terrain intégré dans un territoire, le médecin généraliste pourrait peut-être lui aussi, à son échelle y participer, en créant des liens et des actions avec les acteurs de son territoire. S'agissant de l'ES et du bien-être psychique, la place semble être libre.

## CONCLUSION

L'analyse des données de cette étude, recueillies par *focus groups*, montre que la prise en charge de l'estime de soi (ES) des patients est intégrée à l'accompagnement au changement de comportement (ACC). Cette intégration est liée à un mécanisme d'intuition, du fait notamment du cercle vertueux identifié par les MG interrogés entre le renforcement de l'ES et le changement de comportement.

Les données montrent que l'évaluation de l'ES passe essentiellement par la réception passive et inconsciente d'informations issues du discours du patient et de sa posture. L'existence d'un comportement à risque et sa nature sont pris en compte.

Le renforcement de l'ES et l'ACC sont associés à des objectifs communs de valorisation du patient dans sa globalité, son autonomie, ses compétences et plus spécifiquement sa démarche de changement. Différents moyens sont mis en œuvre pour y parvenir : adopter une posture de soutien inconditionnel, relativiser quand des affects négatifs surgissent, rester humble et disponible, créer une atmosphère positive et empathique, favoriser l'expression des patients et favoriser une démarche intégrant des objectifs intermédiaires réalisables, précis et limités.

Le renforcement de l'ES dépasse la seule prise en charge au cabinet : les MG sollicitent d'autres intervenants et orientent vers des activités.

L'objectif principal de la démarche reste le changement de comportement, le renforcement de l'ES apparaît comme un corollaire.

L'ACC et le renforcement de l'ES répondent tous deux à une forte demande sociétale bien qu'ils aient un caractère intrusif et que les MG interrogés identifient un manque de temps et un sentiment de manque de compétences dans ces domaines.

Notre étude montre donc la place de la prise en charge de l'ES en médecine générale, du point de vue des MG et dans le contexte de l'ACC. Explorer le point de vue des patients ou d'autres contextes, comme la maladie chronique ou le *burn-out* paraissent être des pistes intéressantes de recherches futures.

Les résultats de notre étude suggèrent aussi qu'il serait pertinent de sensibiliser les MG à la notion d'intuition et de laisser plus de place aux sciences humaines comme la psychologie dans la formation médicale.

Les résultats montrent également l'importance de l'enfance et de l'entourage dans la construction d'une bonne ES. Favoriser la création de programmes d'éducation pour renforcer l'ES des enfants semble fondamental. Pourquoi ne pas intégrer les MG dans cette dynamique ?

**THESE SOUTENUE PAR :** Maud LE GUILLOUZIC et Olivier BEAUD

**TITRE :** Évaluer et renforcer l'estime de soi des patients accompagnés pour un changement de comportement lié à la santé. Pertinence et modalités en médecine générale. Une étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'arc alpin.

**CONCLUSION :**

L'analyse des données de cette étude, recueillies par *focus groups*, montre que la prise en charge de l'estime de soi (ES) des patients est intégrée à l'accompagnement au changement de comportement (ACC). Cette intégration est liée à un mécanisme d'intuition, du fait notamment du cercle vertueux identifié par les médecins généralistes interrogés entre le renforcement de l'ES et le changement de comportement.

Les données montrent que l'évaluation de l'ES passe essentiellement par la réception passive et inconsciente d'informations issues du discours du patient et de sa posture. L'existence d'un comportement à risque et sa nature sont pris en compte.

Le renforcement de l'ES et l'ACC sont associés à des objectifs communs de valorisation du patient dans sa globalité, son autonomie, ses compétences et plus spécifiquement sa démarche de changement. Différents moyens sont mis en œuvre pour y parvenir : adopter une posture de soutien inconditionnel, relativiser quand des affects négatifs surgissent, rester humble et disponible, créer une atmosphère positive et empathique, favoriser l'expression des patients et favoriser une démarche intégrant des objectifs intermédiaires réalisables, précis et limités.

Le renforcement de l'ES dépasse la seule prise en charge au cabinet : les médecins généralistes sollicitent d'autres intervenants et orientent vers des activités.

L'objectif principal de la démarche reste le changement de comportement, le renforcement de l'ES apparaît comme un corollaire.

L'ACC et le renforcement de l'ES répondent tous deux à une forte demande sociétale bien qu'ils aient un caractère intrusif et que les médecins généralistes interrogés identifient un manque de temps et un sentiment de manque de compétences dans ces domaines.

Notre étude montre donc la place de la prise en charge de l'ES en médecine générale, du point de vue des médecins généralistes et dans le contexte de l'ACC. Explorer le point de vue des patients ou d'autres contextes, comme la maladie chronique ou le *burn-out* paraissent être des pistes intéressantes de recherches futures.

Les résultats de notre étude suggèrent aussi qu'il serait pertinent de sensibiliser les médecins généralistes à la notion d'intuition et de laisser plus de place aux sciences humaines comme la psychologie dans la formation médicale.

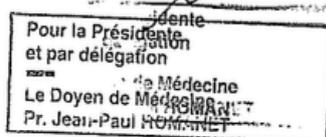
Les résultats montrent également l'importance de l'enfance et de l'entourage dans la construction d'une bonne ES. Favoriser la création de programmes d'éducation pour renforcer l'ES des enfants semble fondamental. Pourquoi ne pas intégrer les médecins généralistes dans cette dynamique ?

#### VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le

LE DOYEN

PROFESSEUR J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR P. IMBERT



# I. BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse É. Définitions : comportement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comportement/17728>
2. Donovan D, McDowell I, Hunter D. AFMC. Notions de santé des populations, Un cybermanuel sur les concepts de santé publique à l'usage des cliniciens, Partie 1 - La théorie : réfléchir à la santé, Chapitre 2 - Les déterminants de la santé et les iniquités en santé | Primer on Public Health Population [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://phprimer.afmc.ca/Latheoriereflechiralasante/Chapitre2LesDterminantsDeLaSantEtLesIniquitsEnSant>
3. Péquignot F, Le Toullec A, Bovet M, Jougla E. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, CépiDc-Inserm, Le Vésinet. La mortalité « évitable » liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France. In BEH No 30/31, 2003. [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=2066](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=2066)
4. Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sci Soc Santé*. 1991;9(1):67-94.
5. Bardou E, Oubrayrie-Roussel N, Tap P. L'estime de soi. Paris, France: Éd. In Press, impr. 2014; 2014. 290 p.
6. Bolognini M, Prêteur Y. Estime de soi: perspectives développementales. Delachaux et Niestlé; 1998. 310 p.

7. Harter S. The Perceived Competence Scale for Children. *Child Dev.* 1982;53(1):87-97.
8. Bergeron M. Définition de l'estime de soi et de son phénomène en interaction avec ses concepts associés [Internet] [phd]. [Trois-Rivières]: Université du Québec à Trois-Rivières; 2011 [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://depot-e.uqtr.ca/2671/>
9. Prohon P, Lescarret O. Concordance et discordance perceptives dans l'auto-évaluation scolaire adolescente. *Orientat Sc Prof.* 1998;27(3):411-29.
10. Pereira I. Estime de soi, sentiment d'efficacité personnelle et confiance en soi, publié le 17/12/2015 In Sociophilo [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <https://sociophilo.jimdo.com/2015/12/17/estime-de-soi-sentiment-d-efficacite-personnelle-et-confiance-en-soi/>
11. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* juin 1983;51(3):390-5.
12. Naylor PJ, Simmonds G, Riddoch C, Velleman G, Turton P. Comparison of stage-matched and unmatched interventions to promote exercise behaviour in the primary care setting. *Health Educ Res.* 1 oct 1999;14(5):653-66.
13. Pinto BM, Lynn H, Marcus BH, DePue J, Goldstein MG. Physician-based activity counseling: intervention effects on mediators of motivational readiness for physical activity. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* 2001;23(1):2-10.
14. Airlie J, Baker GA, Smith SJ, Young CA. Measuring the impact of multiple sclerosis on psychosocial functioning: the development of a new self-efficacy scale. *Clin Rehabil.* juin 2001;15(3):259-65.

15. Meland E, Mæland JG, Lærum E. The importance of self-efficacy in cardiovascular risk factor change. *Scand J Public Health*. 1 janv 1999;27(1):11-7.
16. Gao J, Wang J, Zhu Y, Yu J. Validation of an information–motivation–behavioral skills model of self-care among Chinese adults with type 2 diabetes. *BMC Public Health*. 4 févr 2013;13:100.
17. Lépinay E, Daudin M. Association entre niveau d'estime de soi et statut socioéconomique des patients : étude quantitative descriptive par questionnaires auto-administrés en cabinet de médecine générale de la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015.
18. Bertholet N, Horton NJ, Saitz R. Improvements in readiness to change and drinking in primary care patients with unhealthy alcohol use: a prospective study. *BMC Public Health*. 9 avr 2009;9:101.
19. Patel A, Kolt G, Keogh J, Schofield G. The Green Prescription and older adults: what do general practitioners see as barriers? *J Prim Health Care*. déc 2012;4(4):320-7.
20. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147-81.
21. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
22. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. sept 2014;89(9):1245-51.

23. Duchesne S, Haegel F. L'entretien collectif. A. Colin; 2008. 126 p.
24. Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. Paris Armand Colin. 2010;978-2200248093.
25. L'intuition ! Mais qu'est-ce donc ? [Internet]. IRIS, école de l'intuition. 2012 [cited 2017 Mar 6]. Available from: <http://www.iris-ic.com/lintuition-mais-quest-ce-donc>
26. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. DREES, Études et résultats. sept 2012 ; 810.
27. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique. 1 déc 2008;20(5):489-500.
28. White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. Health Serv Res. avr 1997;32(1):11-21.
29. Sciolla M. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique. France ; 22 nov 2012.
30. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. mars 1977;84(2):191-215.
31. Rémy P. Éducation thérapeutique de la personne en situation d'obésité : quel effets selon les patients ? France; 15 nov 2016.
32. Gervais L. Évaluation de la prise en charge du patient obèse à l'Hôpital de Jour de la Croix Rouge de Bois Guillaume : étude menée auprès de 149 patients. France ; 21 sep 2016.
33. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du

deuxième cycle des études médicales.

34. Société Française Médecine Générale, Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants. Pour un référentiel métier du médecin généraliste: Rénover l'enseignement de la médecine générale. Issy Les Moulineaux, France: SFMG; 1998. 43 p.
35. Kieffer V, Petit C. Quelle formation pour le médecin généraliste psychothérapeute de fait. France; 2010.
36. Recherche effectuée sur [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr) [cité 17 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.mondpc.fr/index.php/action/recherchemondpc/index>
37. Tranchée-Vergé V. De la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste: attitude psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, psychothérapie spécifique? Etude qualitative auprès de 18 médecins généralistes dans la Vienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2008.
38. Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale: étude quantitative en Corrèze [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2013.
39. Suquet Coppens M. Le 6ème sens en médecine générale: validation d'un consensus néerlandais [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.
40. Andro de Schotten A-C. Eclairage du concept gut feeling par une approche par les sciences cognitives: le gut feeling en prévention de l'erreur [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.

41. Holinagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: a clinical model for general practice. *Fam Pract.* 1 déc 1995;12(4):423-9.
42. Cattiau L. Les effets de la pédagogie de projet sur les attributions causales et sur l'estime de soi d'un élève. 29 mai 2013;41.

## ANNEXE A : ECHELLE D'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

<b>Tout à fait en désaccord</b>	<b>Plutôt en désaccord</b>	<b>Plutôt en accord</b>	<b>Tout à fait en accord</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

### Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7**.

Pour les questions **3, 5, 8, 9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

### Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

## ANNEXE B : EXEMPLE DE COURRIER D'INVITATION

Bonjour,

Nous recherchons des groupes de pairs afin d'organiser des « focus group » (ou entretiens semi-dirigés collectifs) dans le cadre de notre thèse.

Notre question de recherche est la suivante :

**Comment les médecins généralistes de l'arc alpin intègrent-ils l'évaluation et le renforcement de l'estime de soi dans la prise en charge des changements de comportements ?**

Parmi les quatre comportements à risque les plus fréquents - tabagisme, abus d'alcool, sédentarité, excès alimentaires - au moins deux sont présents chez plus de la moitié des patients consultant en médecine générale.

La notion d'estime de soi est largement étudiée dans le domaine de la psychologie, mais les publications médicales à son sujet sont rares, alors que plusieurs auteurs s'accordent sur l'idée qu'intégrer l'estime de soi dans l'accompagnement à un changement de comportement est pertinent.

Si vous êtes prêts à nous accorder le temps nécessaire à la réalisation de ce travail collectif, merci de nous contacter au plus vite :

Olivier BEAUD et Maud LE GUILLOUZIC

## ANNEXE C : CAUSES DE NON PARTICIPATION

La première cause de non-participation était l'absence de réponse à nos sollicitations par mails.

La seconde cause de non-participation était l'absence de « groupe » identifié pour un médecin en particulier l'absence de groupe d'échange de pratiques.

La troisième cause de non participation était un refus de la part des médecins, identifiés dans un groupe, justifié par retour de mail comme tel :

- Réalisation de beaucoup d'entretiens de ce type et volonté de reprendre les groupes d'échange de pratiques pour un échange de pratiques (1 groupe)
- Difficultés d'organisation du groupe d'échange de pratiques se réunissant trop peu souvent et souhaitant également que le groupe d'échange de la pratiques puisse rester un échange de pratiques (1 groupe)
- Manque d'intérêt de certains médecins du groupe pour le sujet de l'étude (1groupe)
- Impossibilité de réaliser le focus group à une date appropriée (2groupes)

## ANNEXE D : GUIDES D'ENTRETIENS

Les guides d'entretien ont été modifiés entre chaque focus group. Nous analysons l'efficacité des questions en termes de pertinence et de nombre de données, leur redondance et leur compréhension, l'influence éventuelle de leur 'ordre des questions, ainsi que la durée du *focus group*. Certaines modifications avaient également pour but de préciser une idée ou une catégorie. Le détail de chaque analyse est disponible ci-dessous en italique.

*Le premier guide d'entretien comprenait 29 questions.*

*Nous avons souhaité que les médecins interrogés puissent évoquer un maximum d'éléments pratiques. Pour cela, nous leur avons proposé un case report : une remémoration individuelle d'une prise en charge récente de changement de comportement liés à la santé puis une mise en commun d'une de ces remémorations.*

*Nous avons souhaité diviser le guide d'entretien en trois parties :*

*La première avait deux fonctions : tout d'abord, favoriser le dynamisme de la discussion en mettant à l'aise l'ensemble des participants ; ensuite, explorer les représentations des médecins interrogés quand à l'estime de soi et l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé. L'ensemble des médecins interrogés avait reçu par mail un bref aperçu du sujet (ANNEXE B). Pour minimiser le biais d'influence, nous leur avons présenté la thèse plus en détail après cette première partie.*

*La seconde partie se centrait sur les éléments pratiques d'évaluation de l'estime de soi.*

*La troisième partie se centrait sur les éléments pratiques de renforcement de l'estime de soi.*

## GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP 1

### Partie générale

**Objectifs : briser la glace et identifier la sensibilité à l'ES et la vision de la pertinence de l'ES en MG**

- 1 Pouvez vous vous présenter en quelques mots vous et votre patientèle ?
- 2 Vous êtes-vous formé à la psychologie dans le cadre de votre profession ? Si oui comment ?
- 3 Lorsque vous entendez « estime de soi », qu'est-ce que cela vous évoque ?

- 4 Lorsque vous entendez « changement de comportement », qu'est-ce que cela vous évoque ?
- 5 Des éléments de votre histoire personnelle ou des lectures vous ont-ils apportés une sensibilité à la notion d'estime de soi. Pouvez-vous nous en parler ?

*Explication quand au choix du focus sur le changement de comportement lié à la santé (pertinence pour avoir une approche concrète, lien entre estime de soi et santé, lien entre estime de soi et changement de comportement)*

### Case Report

*Proposition qu'une personne rapporte le cas d'un patient entrant dans ce cadre, qui servira ensuite de base à la discussion*

- 6 L'un(e) d'entre vous a-t-il une situation de patient à rapporter qui rentrerait dans ce cadre de l'accompagnement à un changement de comportement lié à la santé ?
- 7 Avec ce patient, quels sont les principaux freins au changement de comportement d'après vous ?

### Partie évaluation de l'estime de soi :

Prenez 30 secondes pour vous remémorer le patient décrit à l'instant ou la prise en charge d'un de vos patients présentant que vous accompagnez ou avez accompagné pour un changement de comportement lié à la santé.

- 8 De manière générale, essayez-vous d'évaluer l'ES de vos patients ? Si non pourquoi ? Si oui comment l'évaluez-vous en pratique ?
- 9 Dans le contexte de l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé, essayez-vous d'évaluer leur ES ? Si non pourquoi ? Si oui comment l'évaluez-vous en pratique ?
- 10 Quels éléments intuitifs utilisez-vous pour vous faire une idée de l'ES de vos patients ?
- 11 Quels éléments dans la présentation du patient vous permettent d'évaluer l'ES ? *(Non verbal, vestimentaire, tonalité, retard / RDV, ...)*
- 12 Quels éléments dans les données de l'interrogatoire vous permettent d'évaluer son ES ? *(CSP, couverture sociale, contexte familial, antécédents personnels et familiaux ...)*
- 13 Quelles questions avez-vous posé posez-vous récemment en consultation afin d'évaluer l'ES de soi de l'un de vos patients ? *(Questions ouvertes spécifiques ? Questions fermées spécifiques ? Questions non spécifiques ?)*
- 14 Quelles autres manières d'évaluer de l'estime de soi voyez vous ?
- 15 Suite à cet échange, quels moyens vous semblent appropriés pour évaluer l'ES dans le cadre du changement de comportement lié à la santé ? L'intuition vous semble-t-elle suffisante ?

### Partie renforcement de l'ES.

- 16 De manière générale, essayez-vous de renforcer l'ES de vos patients ? Si non pourquoi ? Si oui comment faites-vous en pratique ?
- 17 Dans le contexte de l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé, essayez-vous de renforcer leur ES ? Si non pourquoi ? Si oui comment faites-vous en pratique ?
- 18 Avec ce type de patients, comment verbaliser le travail autour de l'ES ? Quelles phrases avez-vous pu utiliser ?
- 19 Quels outils de communication ou outils psychothérapeutiques utilisez-vous pour renforcer l'ES de vos patients dans ce contexte ?
- 20 En quoi avez-vous modifié, volontairement, votre attitude afin de renforcer son ES ?
- 1 *Éléments verbaux (tournures de phrases, ...)*
  - 2 *Éléments non verbaux (posture ...)*
- 21 En quoi vous êtes-vous positionné différemment, intuitivement, face à ce patient ?
- 22 Quels objectifs précis avez-vous cherché à atteindre ?
- 23 Quels aspects de la vie du patient allez-vous aborder ?
- 1 *Rapport à soi même ? (Se connaître, s'accepter, être honnête avec soi, ...)*
  - 2 *Rapport à l'action ? (Motivation, feedback, imperfection, peur de l'échec, ...)*
  - 3 *Rapport aux autres ? (Relations interpersonnelles, amis, travail, famille, sentiment d'appartenance, comparaison, ...)*
- 24 Quels conseils lui donnez vous ?
- 25 Quelles orientations vers des prises en charge spécifiques hors médecine générale proposez-vous ? Quelles sont les difficultés et obstacles associés à ces orientations ? Pourquoi les trouvez vous pertinentes ?

### Contextualisation :

- 26 Quelles difficultés et obstacles voyez vous à l'intégration de l'estime de soi à la prise en charge des patients en médecine générale ?
- 27 Quels intérêts voyez-vous à l'intégration de l'estime de soi à la prise en charge des patients en médecine générale ?
- 28 Quels sont les atouts du médecin généraliste pour renforcer l'ES de ses patients ?
- 29 En quoi cette mission serait-elle la sienne ou ne le serait-elle pas ?

*Nous avons procédé à de nombreuses modifications du premier guide d'entretien de type reformulation, regroupement, annulation pour aboutir à la création du second guide d'entretien.*

*Le second guide d'entretien a été raccourci, il comprenait 23 questions. L'analyse du premier entretien a mis en évidence une baisse de la concentration des médecins interrogés à partir de la 55<sup>ème</sup> minute, c'est pourquoi il nous a paru important de diminuer le nombre de questions. Cette baisse de concentration s'est fait ressentir en terme de qualité et quantité de données en fin d'entretien, ce qui était déplorable puisque la partie « renforcement de l'estime de soi », élaborée pour répondre à notre question de recherche, était courte alors que la première partie générale, permettant essentiellement de réfléchir les concepts maniés, était beaucoup plus longue.*

*Il nous a semblé que le focus de « l'accompagnement au changement de comportement » n'avait pas été bien perçu, tout au long de l'entretien, par les médecins interrogés. Ceci probablement en grande partie car nous interrogeons également la prise en charge de l'estime de soi de manière plus générale, en médecine générale. Nous avons donc décidé de citer les principaux accompagnements au changement de comportement en médecine générale. Nous avons aussi fait le choix de répéter à chaque début de partie (évaluation et renforcement de l'estime de soi) que les questions interrogeant la pratique concernaient uniquement l'accompagnement au changement de comportement. Nous avons donc cessé d'interroger une pratique plus large de prise en charge de l'estime de soi. Certaines questions du premier guide d'entretien n'ont pas été posées. Ceci, suite à un choix du modérateur, au cours de l'entretien, estimant que des éléments de réponses avaient déjà été apportés par les autres questions. D'autres questions n'ont apportées que très peu de données. L'ensemble de ces questions ont été soit annulées, soit, via une reformulation, fusionnées.*

## GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP 2

### Partie générale

*Objectifs : briser la glace et identifier la sensibilité à l'ES et la vision de la pertinence de l'ES en MG*

- Est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots vous et votre patientèle et nous dire si vous êtes formé à la psychologie dans le cadre de votre profession ? Si oui comment ? (Histoire personnelle, lectures, FMC, ...)
- Lorsque vous entendez « estime de soi », qu'est-ce que cela vous évoque ?
- Lorsque vous entendez « changement de comportement », qu'est-ce que cela vous évoque ?

*Explication quand au choix du focus sur le changement de comportement lié à la santé (pertinence pour avoir une approche concrète, lien entre estime de soi et santé, lien entre estime de soi et changement de comportement)*

### Case Report

*Proposition qu'une personne rapporte le cas d'un patient entrant dans ce cadre, qui servira ensuite de base à la discussion*

- L'un(e) d'entre vous a-t-il une situation de patient à rapporter qui rentrerait dans ce cadre de l'accompagnement à un changement de comportement lié à la santé ?
- Avec ce patient, quels sont les principaux freins au changement de comportement d'après vous ?

Partie évaluation de l'estime de soi :

- Dans le contexte de l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé, essayez-vous d'évaluer leur ES ? Si non pourquoi ? Si oui comment l'évaluez-vous en pratique ?
- Comment utilisez-vous votre expérience et / ou votre intuition pour vous faire une idée de l'ES de vos patients ?
- Quels éléments dans la présentation du patient vous permettent d'évaluer l'ES ? (*Non verbal, vestimentaire, tonalité, retard / RDV...*)
- Quels éléments dans les données de l'interrogatoire vous permettent d'évaluer son ES ? Quelles questions posez-vous ?
  - 1 *CSP, couverture sociale, contexte familial, antécédents personnels et familiaux ...*
  - 2 *Questions ouvertes spécifiques ? Questions fermées spécifiques ? Questions non spécifiques ?*
- Quels intérêts voyez-vous à l'évaluation de l'estime de soi à la prise en charge des patients en médecine générale ? Quels sont les atouts du médecin généraliste pour évaluer l'ES de ses patients ? En quoi cette mission serait-elle la sienne ou ne le serait-elle pas ?
- Quelles difficultés et obstacles voyez-vous à l'évaluation de l'estime de soi à la prise en charge des patients en médecine générale ?

Partie renforcement de l'ES.

- Dans le contexte de l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé, essayez-vous de renforcer leur ES ? Si non pourquoi ? Si oui comment faites-vous en pratique ?
- Avec ce type de patients, comment verbalisez-vous le travail autour de l'ES ? Quelles phrases avez-vous pu utiliser ?
- Quels outils de communication ou outils psychothérapeutiques utilisez-vous pour renforcer l'ES de vos patients dans ce contexte ?
- En quoi avez-vous modifié, volontairement, votre attitude afin de renforcer son ES ? En quoi vous êtes-vous positionné différemment, intuitivement, face à ce patient ?
  - 1 *Éléments verbaux (tournures de phrases, ...)*
  - 2 *Éléments non verbaux, (posture ...)*

- Quels aspects de la vie du patient allez-vous aborder ?
  - 1 *Rapport à soi même ? (Se connaître, s'accepter, être honnête avec soi, ...)*
  - 2 *Rapport à l'action ? (Motivation, feedback, imperfection, peur de l'échec, ...)*
  - 3 *Rapport aux autres ? (Relations interpersonnelles, amis, travail, famille, sentiment d'appartenance, comparaison, ...)*
- Quels conseils lui donnez vous ?
- Quels objectifs précis cherchez vous à atteindre ?
- Quelles orientations vers des prises en charge spécifiques hors médecine générale proposez-vous ? Quelles sont les difficultés et obstacles associés à ces orientations ? Pourquoi les trouvez vous pertinentes ?

### Contextualisation :

- Quelles difficultés et obstacles voyez vous au renforcement de l'estime de soi à la prise en charge des patients en médecine générale ?
- Quels intérêts voyez-vous au renforcement de l'estime de soi à la prise en charge des patients en médecine générale ?
- Quels sont les atouts du médecin généraliste pour renforcer l'ES de ses patients ?
- En quoi cette mission serait-elle la sienne ou ne le serait-elle pas ?

*Les premiers focus groups réalisés se sont avérés riches de cas pratiques et pour cela, nous avons décidé de supprimer le case report à partir de ce troisième guide d'entretien. Ce fut la seule modification entre le troisième et le quatrième guide d'entretien.*

## GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP 3

### Partie générale

*Objectifs : briser la glace et identifier la sensibilité à l'ES et la vision de la pertinence de l'ES en MG*

- Est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots vous et votre patientèle et nous dire si vous vous êtes formé à la psychologie dans le cadre de votre profession ? Si oui comment ? (Histoire personnelle, lectures, FMC, ...)
- Lorsque vous entendez « estime de soi », qu'est-ce que cela vous évoque ?
- Lorsque vous entendez « changement de comportement », qu'est-ce que cela vous évoque ?

*Explication quand au choix du focus sur le changement de comportement lié à la santé (pertinence pour avoir une approche concrète, lien entre estime de soi et santé, lien entre estime de soi et changement de comportement)*

Partie évaluation de l'estime de soi :

- Dans le contexte de l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé, essayez-vous d'évaluer leur ES ? Si non pourquoi ? Si oui comment l'évaluez-vous en pratique ?
- Comment utilisez-vous votre expérience et / ou votre intuition pour vous faire une idée de l'ES de vos patients ?
- Quels éléments dans la présentation du patient vous permettent d'évaluer l'ES ?  
*(Non verbal, vestimentaire, tonalité, retard / RDV...)*
- Quels éléments dans les données de l'interrogatoire vous permettent d'évaluer son ES ? Quelles questions posez-vous ?
  - 1 *CSP, couverture sociale, contexte familial, antécédents personnels et familiaux ...*
  - 2 *Questions ouvertes spécifiques ? Questions fermées spécifiques ? Questions non spécifiques ?*
- Quels intérêts voyez-vous à l'évaluation de l'estime de soi à la prise en charge des patients en médecine générale ? Quels sont les atouts du médecin généraliste pour évaluer l'ES de ses patients ? En quoi cette mission serait-elle la sienne ou ne le serait-elle pas ?
- Quelles difficultés et obstacles voyez-vous à l'évaluation de l'estime de soi à la prise en charge des patients en médecine générale ?

Partie renforcement de l'ES.

- Dans le contexte de l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé, essayez-vous de renforcer leur ES ? Si non pourquoi ? Si oui comment faites-vous en pratique ?
- Avec ce type de patients, comment verbalisez-vous le travail autour de l'ES ? Quelles phrases avez-vous pu utiliser ?
- Quels outils de communication ou outils psychothérapeutiques utilisez-vous pour renforcer l'ES de vos patients dans ce contexte ?
- En quoi avez-vous modifié, volontairement, votre attitude afin de renforcer son ES ? En quoi vous êtes-vous positionné différemment, intuitivement, face à ce patient ?
  - 1 *Éléments verbaux (tournures de phrases, ...)*
  - 2 *Éléments non verbaux, (posture ...)*
- Quels aspects de la vie du patient allez-vous aborder ?

- 1 *Rapport à soi même ? (Se connaître, s'accepter, être honnête avec soi, ...)*
- 2 *Rapport à l'action ? (Motivation, feedback, imperfection, peur de l'échec, ...)*
- 3 *Rapport aux autres ? (Relations interpersonnelles, amis, travail, famille, sentiment d'appartenance, comparaison, ...)*

- Quels conseils lui donnez vous ?
- Quels objectifs précis cherchez vous à atteindre ?
- Quelles orientations vers des prises en charge spécifiques hors médecine générale proposez-vous ? Quelles sont les difficultés et obstacles associés à ces orientations ? Pourquoi les trouvez vous pertinentes ?

#### Contextualisation :

- Quelles difficultés et obstacles voyez vous au renforcement de l'estime de soi à la prise en charge des patients en médecine générale ?
- Quels intérêts voyez-vous au renforcement de l'estime de soi à la prise en charge des patients en médecine générale ?
- Quels sont les atouts du médecin généraliste pour renforcer l'ES de ses patients ?
- En quoi cette mission serait-elle la sienne ou ne le serait-elle pas ?

*Le quatrième guide d'entretien a été entièrement revisité. Il ne comprenait plus que 7 questions. Il s'avère que l'analyse des données avec le début de la catégorisation nous a permis de mieux déterminer les questions permettant de répondre à notre question de recherche.*

*Nous avons décidé de ne garder que les questions centrées sur les pratiques actuelles des médecins généralistes interrogés.*

*Bénéficiant d'une plus grande expérience en terme d'animation de focus group, nous avons pensé le guide d'entretien comme un outil moins directif, l'objectif de ce guide court étant de questionner et préciser davantage les idées émergentes.*

*Les 3 premiers entretiens apportaient beaucoup d'éléments se référant à la prise en charge de l'estime de soi mais assez peu se référant à la pratique d'accompagnement au changement de comportement en médecine générale. C'est pourquoi, nous avons choisi d'orienter dès la première question les médecins interrogés vers un questionnement de leur pratique d'accompagnement au changement de comportement et de garder ensuite ce fil rouge au cours de l'ensemble du guide d'entretien.*

## GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP 4

*Présentation de la séance et des règles de fonctionnement d'un focus group.  
Explication quand au choix du focus sur le changement de comportement lié à la santé  
(pertinence pour avoir une approche concrète, lien entre estime de soi et santé, lien  
entre estime de soi et changement de comportement)*

*Partie : accompagnement de comportement lié à la santé Objectifs : identifier  
des éléments pratiques d'accompagnement de changement de comportement lié à la  
santé en médecine générale, en particulier d'ordre psychologique.*

1. Quel regard portez-vous sur l'accompagnement au changement de comportement dans votre pratique ? (Comment faites-vous ? Quels grands principes ? Quels outils ? Quelles formations avez-vous / appliquez-vous ?)
2. Sur quels aspects psychologiques du patient travaillez vous dans ce contexte d'accompagnement au changement de comportement ? Quels liens existent-ils selon vous avec le concept d'estime de soi ?

*Partie : évaluation de l'estime de soi :*

3. Lorsque vous accompagnez un patient pour un changement de comportement, évaluez vous son estime de soi ? Si oui, comment formalisez vous ce travail dans votre pratique ? Si non pourquoi ?
4. Comment pouvez vous conceptualiser votre mécanisme d'intuition quant à l'évaluation de l'estime de soi de vos patients ?

*Partie : renforcement de l'ES.*

5. De quelle manière essayez-vous de renforcer l'estime de soi de vos patients ? Formalisez-vous ce travail dans votre pratique et si oui comment ?
6. De manière intuitive, comment adaptez vous votre posture, votre discours afin de renforcer l'estime de soi de votre patient ?
7. Vers quels professionnels ou vers quelles activités orientez-vous vos patients afin de renforcer leur estime d'eux-mêmes ? A quel point l'objectif de renforcement de l'estime de soi est formalisé lors de ces orientations ?

*Au final, malgré la drastique diminution du nombre de questions entre le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> guide d'entretien, la durée du focus group 3 s'est avéré plus courte que celle du focus group 4 et les données ont été recueillies de façon plus précises avec moins de hors sujet et une plus grande précision des concepts.*

*Du fait d'un délai très court entre les 2 derniers focus group et de l'apparente efficacité du 4<sup>ème</sup> guide d'entretien, les modifications afin d'obtenir le 5<sup>ème</sup> guide d'entretien ont été peu nombreuses. Seul l'ordre des questions a été modifié, bousculant ainsi la construction en trois parties du questionnaire. Nous avons constaté que les médecins du 4<sup>ème</sup> focus group répondait à la 2<sup>ème</sup> question suite à la 3<sup>ème</sup> question du fait d'un cheminement plus logique de*

*l'analyse des pratiques en ce sens. Nous avons donc ajusté le guide d'entretien afin que l'ordre suive leurs logiques. Ce nouvel ordre avait également comme avantage de permettre des allers et retours constructifs entre les pratiques d'accompagnement au changement de comportement et de prise en charge de l'estime de soi, correspondant à un début de mise en relation des différentes catégories.*

## GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP 5

*Présentation de la séance et des règles de fonctionnement d'un focus group.*

*Explication quand au choix du focus sur le changement de comportement lié à la santé (pertinence pour avoir une approche concrète, lien entre estime de soi et santé, lien entre estime de soi et changement de comportement)*

*Partie : accompagnement de changement de comportement lié à la santé, aspects psychologiques de la prise en charge et évaluation de l'estime de soi*  
*Objectifs : identifier des éléments pratiques d'accompagnement de changement de comportement lié à la santé en médecine générale, en particulier d'ordre psychologique. Identifier une pratique d'évaluation de l'estime de soi dans ce cadre, si elle existe.*

1. Quel regard portez-vous sur l'accompagnement au changement de comportement dans votre pratique ? (Comment faites-vous ? Quels grands principes ? Quels outils ? Quelles formations avez-vous / appliquez-vous ?)
2. Lorsque vous accompagnez un patient pour un changement de comportement, évaluez vous son estime de soi ? Si oui, comment formalisez vous ce travail dans votre pratique ? Si non pourquoi ?
3. Sur quels aspects psychologiques du patient travaillez vous dans ce contexte d'accompagnement au changement de comportement ? Quels liens existent-ils selon vous avec le concept d'estime de soi ?
8. Comment pouvez vous conceptualiser votre mécanisme d'intuition quant à l'évaluation de l'estime de soi de vos patients ?

*Partie : renforcement de l'estime de soi*

9. De quelle manière essayez-vous de renforcer l'estime de soi de vos patients ? Formalisez-vous ce travail dans votre pratique et si oui comment ?
10. De manière intuitive, comment adaptez vous votre posture, votre discours afin de renforcer l'estime de soi de votre patient ?
11. Vers quels professionnels ou vers quelles activités orientez-vous vos patients afin de renforcer leur estime d'eux-mêmes ? A quel point l'objectif de renforcement de l'estime de soi est formalisé lors de ces orientations ?

## ANNEXE E : CODIFICATION

### CODES THEORIQUES OLIVIER :

#### 01 Un intérêt, une sensibilité des MG pour la psychologie

A1 : très vite j'ai été intéressée par la médecine relationnelle  
A6 : Moi j'aime bien justement  
A5 : Ce qui m'a amené à la psychologie [...]  
A8 : je trouve ça génial.  
B4 : oui ça ça m'intéresse beaucoup, je trouve ça super important la communication avec les patients.  
B3 : c'est un sujet intéressant  
C2 : je suis très peu formée à la psychologie à mon grand regret [...] parce que ça m'intéresse  
C3 : j'ai pas de formation en psychologie par contre ça m'intéresse beaucoup [...] en fait j'aime beaucoup la psychologie de l'enfant et de l'adolescent  
C1 : moi j'avais fait une formation [...] très intéressant  
C5 : par rapport à la psychologie [...] je crois qu'on est intéressés

#### 02 Une prévalence de la psychologie dans la pratique des MG

C4 : je suis médecin au planning familial [...]. Et donc dans ce cadre là forcément je fais un peu de psychologie

#### 03 Un sentiment de ne pas être formé de manière spécifique à la psychologie

A2 : je n'ai jamais été formé à la psychologie  
A3 : j'ai fait quelques formations, mais [...] pas de formation particulière en matière de psychologie.  
A4 : j'ai pas vraiment fait de formation non plus de psychologie médicale, A9 : zéro formation, vraiment zéro  
A8 : j'ai pas fait de formation particulière sur la psycho  
A5 : j'ai pas fait de diplôme particulier,  
B6 : au niveau de ma formation en psychologie, elle est est nulle [...] je ne me sens en tout cas pas forcément très calé là-dessus.  
B4 : Je sais pas ce que c'est que la psychologie [...] j'ai pas fait de DU de psychologie, de psychiatrie ou je sais pas quoi d'autre  
C1 : pas du tout formé à la psychologie en règle générale  
C2 : je suis très peu formée à la psychologie à mon grand regret  
C3 : j'ai pas de formation en psychologie par contre ça m'intéresse beaucoup  
C4 : j'ai pas particulièrement eu de formations

#### 04 Participation des MG à des formations continues en psychologie

C2 : j'essaie de faire des formations en DPC du coup quand je peux quoi  
C3 : j'ai fait une ou deux formations aussi la dessus

#### 05 Participation des MG à des formations continues à l'écoute active

A1 : j'ai participé à un week-end [...] il y a très longtemps, mais qui m'avait vraiment aidé sur l'écoute active [...]. Et puis j'en ai refait un autre [...], c'était vraiment intéressant [...] sur les entretiens motivationnels  
A3 : j'ai fait quelques formations [...] continues [...] [sur l'] écoute active, [l'] entretien motivationnel, des choses comme ça.  
A5 : on a fait la formation commune avec A3 [...]

#### 06 Participation des MG à des formations continues à l'approche systémique

B1 : La psychologie...j'en ai fait dans mes formations MG ? [...] Je me rappelle d'un truc c'était sur [...] l'approche systémique.

#### 07 Participation des MG à des formations continues à l'entretien motivationnel

A1 : j'ai participé à un week-end [...] il y a très longtemps, mais qui m'avait vraiment aidé sur l'écoute active [...]. Et puis j'en ai refait un autre [...], c'était vraiment intéressant [...] sur les entretiens motivationnels  
A3 : j'ai fait quelques formations [...] continues [...] [sur l'] écoute active, [l'] entretien motivationnel, des choses comme ça.  
A4 : j'ai fait la formation deux fois aux entretiens motivationnels, des trucs comme ça mais bon est-ce que c'est purement de la psychologie, pas sûr.  
A6 : on a fait deux formations avec A3 [...] sur l'écoute active.  
B4 : Est-ce que j'ai été formé à l'écoute, à la discussion, au dialogue ? Un petit peu par le biais de formation MG sur la moitié l'entretien motivationnel et puis autre chose  
B3 : dans le cadre de formations continues. [...] des séminaires sur les entretiens motivationnels  
B1 : La psychologie [...] J'en ai fait aussi un petit peu [...] un réseau qui n'existe plus...sur le tabac, alcool, [...] Prochaska enfin le cycle là  
C1 : moi j'avais fait une formation je me souviens c'était « motiver à changer sans chercher à convaincre »  
C4 : j'ai fait une formation en addicto sur l'entretien motivationnel qu'était géniale  
C5 : j'ai fait exactement la même formation que C4, dont elle vient de parler, qui était très très intéressante  
E5 : Moi, y a une formation que j'aimerais vraiment faire, c'est l'entretien

motivationnel

#### 08 Participation des MG à des formations continues à la thérapie cognitivo-comportementale

A6 : Et puis j'avais fait aussi un peu de formation à la thérapie comportementale et cognitive avec [une] psychologue, [...] on avait fait 2 soirs ou 3. Et puis y avait aussi [des psychiatres] qui nous avait fait des [formations].

#### 09 Participation des MG à des formations continues à l'hypnose

A7 (à A3) : tu fais de l'hypnose

#### 010 Participation des MG à des formations continues à l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

E5 : j'ai fait une formation d'éducation thérapeutique du patient, et pour moi [...] ça a révolutionné ma façon de voir la médecine

#### 011 Participation des MG à des formations initiale à des techniques de communication

A8 : j'ai pas fait de formation particulière sur la psycho à part les deux séminaires organisés par la fac sur la communication [...]  
D1 : Les seuls concepts qu'on a reçu c'était dans le séminaire Com  
E3 : il me semble de tête qu'on avait eu, internes, une espèce de séminaire, sur la communication avec le patient [...] il y avait des techniques de communications pour arriver à lui même prendre conscience des choses, et j'me souviens il y avait des notions : le faire reformuler, ou lui poser la question de ce qui serait bien pour lui, qu'est-ce qu'il en pense.

#### 012 Se former à la psychologie ou à la communication pour s'enrichir et améliorer sa pratique

A3 : à propos des formations en psychologie, tu fais ça un peu pour améliorer ta pratique.  
A6 : ça m'a permis de profiter de cette initiation pour m'en servir en consultation pour certaines choses. [...] Et moi dans ma pratique quotidienne j'utilise [...] tout le temps ce qu'on avait vu en écoute active. J pense que j'ai pu améliorer ma technique  
A7 : [Ce] week-end de formation sur l'écoute active, c'était vraiment très très intéressant, très enrichissant, ça m'a beaucoup apporté [...] pour gérer bien les consultations, [...] pour mieux écouter le patient.  
C5 : On peut rebondir dans nos consultations à partir de ça sur pas mal de choses et j'essaie de la mettre en pratique.  
C4 : ça m'avait fait beaucoup de bien cette formation. Et d'ailleurs je le mets un peu en pratique.

#### 013 Se former à la psychologie ou à la communication pour prendre plus de recul dans sa pratique

C4 : moi j'ai très tendance à être très éponge. Et ça m'avait fait beaucoup de bien cette formation. Et d'ailleurs je le mets un peu en pratique [...] ça m'a fait changer de comportement ça.

#### 014 Une mise en pratique difficile des apprentissages de formations à la psychologie pour certain-e-s

B3 : on s'est formé après la mise en pratique est pas forcément super facile...  
B6 : J'ai été un petit peu formé par mon maître de SASPAS [...] Mais je ne m'en souviens plus, c'est vite oublié.  
C5 : C'est pas toujours facile mais ils nous ont donné quand même des trucs un peu plus techniques

#### 015 Pertinence des formations se rapprochant de la psychologie du fait des demandes des patient-e-s

B1 : j'ai des notions que j'utilise pas mal là pour le coup et donc ça m'aide [...] parce les gens demandent aussi des fois des suivis parce que [...] ils s'attachent à nous, ils veulent qu'on les suive, ils vont pas voir les psychiatres, ils veulent qu'on essaye [...] du suivi comme tout le monde je pense.

#### 016 Des apprentissages de formations utiles dans la pratique de MG pour d'autres

B1 : j'ai des notions que j'utilise pas mal là pour le coup et donc ça m'aide aussi parce que enfin certains petits trucs comme ça

#### 017 Un apprentissage empirique de la psychologie dans la pratique de MG

A2 : J'ai ma psychologie propre on va dire  
A4 : On apprend sur le tas [...] avec le vécu des gens  
A3 : [on apprend avec] nos malades  
A8 : j'ai pas vraiment de formation mais j'essaie d'attraper des visions, des outils et je trouve ça génial.

#### Facilité par une collaboration interprofessionnelle

B2 : Je me suis lancée [...] parfois des suivis psychos au cabinet sans avoir vraiment de formation mais il y avait une demande et du coup en concertation avec la psychologue de notre maison de santé, [...] on a pris en charge des patients conjointement.

#### 018 Un apprentissage par soi-même de la psychologie, par des lectures

A5 : c'est pas forcément les patients qui m'ont amené à la psychothérapie.

C'est autant les lectures que j'ai pu avoir, les expériences personnelles, les prises en charge personnelles que j'ai pu faire qui m'y ont conduit. [...] plus on travaille avec les patients et plus on a envie de lire de choses importantes concernant ce sujet là. Alors par des moyens totalement différents, que ça soit la FMC qu'on a pu faire, que ça soit l'hypnose ou que ça soit toutes les lectures personnelles, [...] les groupes de pairs, [...] les petites séquences vidéos que nous envoi A3 de Youtube.

A8 : un bouquin c'est l'alliance thérapeutique de Kunji et ça a été une révélation.

C3 : j'essaie de lire aussi dessus quand j'ai le temps.

#### **019 Un apprentissage par soi-même de la psychologie, par une expérience personnelle de psychothérapie**

B2 : c'est l'époque où moi-même j'ai commencé une psychothérapie parce que je trouvais ça vachement intéressant et du coup j'ai appris des choses mais du coup plutôt sur le versant personnel. Et puis en ce moment, je suis entrain de me mettre à la méditation mindfulness[...] , je ne suis pas convaincue mais j'essaie

#### **020 Un apprentissage de la psychologie, par les échanges avec ses pairs**

A5 : Alors par des moyens totalement différents, que ça soit [...] les groupes de pairs

B5 : j'ai la chance d'avoir une femme médecin qui a fait un DU de psychothérapie et donc on parle beaucoup de psychologie, psychothérapie et donc j'apprends beaucoup

#### **021 Un apprentissage de la psychologie, via internet**

A5 : Alors par des moyens totalement différents, que ça soit [...] les petites séquences vidéos que nous envoi A3 de Youtube.

#### **022 Rarement, par une expérience professionnelle atypique, le sentiment d'être bien formé à la psychologie**

B5 : dans mon expérience de cadre de l'industrie pharmaceutique, on avait beaucoup de formations qui tournaient autour de la communication...donc des aspects psychologiques, analyse transactionnelle

#### **023 Une grande diversité des moyens de formation à la psychologie**

A5 : C'est autant les lectures que j'ai pu avoir, les expériences personnelles, les prises en charge personnelles que j'ai pu faire qui m'y ont conduit. [...] Alors par des moyens totalement différents, que ça soit la FMC qu'on a pu faire, que ça soit l'hypnose ou que ça soit toutes les lectures personnelles, [...] les groupes de pairs, [...] les petites séquences vidéos que nous envoi A3 de Youtube.

B5 : Par plein de canaux [...] C'est multiforme.

#### **024 Le temps comme frein rapporté à la formation continue à la psychologie**

C3 : j'essaie de lire aussi dessus quand j'ai le temps.

C2 : j'essaie de faire des formations en DPC du coup quand je peux quoi

C5 : par rapport à la psychologie [...] je crois qu'on est intéressés mais y a pas tant de formations que ça ou en tout cas j'ai pas le temps de les faire

#### **025 Le manque formations existantes comme frein rapporté à la formation continue à la psychologie**

C5 : par rapport à la psychologie [...] je crois qu'on est intéressés mais y a pas tant de formations que ça ou en tout cas j'ai pas le temps de les faire

#### **026 une formation initiale à la psychologie, parfois intégrée au cursus de médecine**

B5 : .Dans mes études, en 3<sup>ème</sup> année, [...] on avait eu des cours de psychologie en particulier tournant autour des groupes Balint.

#### **027 Une formation initiale à la psychologie, au contact de ses maîtres de stage**

A8 : [par les maîtres de stage] le Dr X qui fait énormément d'hypnose, [...] essaie de m'inculquer des bases d'hypnoèses et [...] d'utiliser l'hypnose en consultation, [d'avoir] un autre regard sur ce qui amène le patient. Et le Dr X qui a fait un DU de TCC et qui [...] me forme un petit peu à des bases de psycho et de temps en temps j'arrive à assister à quelques unes des consultations qu'elle fait de TCC

B6 : J'ai été un petit peu formé par mon maître de SASPAS [...] Mais je ne m'en souviens plus, c'est vite oublié.

B2 : J'ai pas de formations particulières si ce n'est que quand j'étais en stage ambulatoire de premier niveau, ma maître de stage, elle faisait des psychothérapies, elle faisait de la TCC et du coup ça m'avait particulièrement questionné à l'époque

#### **028 L'expérience de la pratique permet une meilleure prise en compte de la globalité des patient-e-s, d'être moins technique, moins théorique**

A6 : Mais après c'est l'expérience. Moi je traite dans la globalité surtout les patients. A mesure que je vieillis c'est de plus en plus ça

A7 : je trouve quand même qu'avec les années [...] on progresse énormément [...] on écoute mieux, de façon plus globale [...]

A7 : l'expérience, ouais, c'est incomparable. Quand on est jeune [...] on a tout ce qu'on a appris à la fac, [...] ça ça s'apprend pas. [...] On rencontre quand même beaucoup de personnes, beaucoup de souffrance, beaucoup

de joie aussi etc et on avance quoi. Puis dans nos vies personnelles aussi on avance. Donc les deux se rencontrent

A3: On consulte pas du tout pareil à l'heure actuelle par rapport à y a 20 ans, quoi, ça n'a rien à voir.

A4: On consulte beaucoup plus global [...], le patient dans sa globalité avec ses soucis [...] parce qu'on connaît les gens [...], on connaît leur vies par cœur, du coup on a une vision de leur vie et quand ils se plaignent de quelque chose [...], on est beaucoup plus global alors qu'avant on était très technique

A1 : On n'est plus concentré que sur le symptôme. On a compris qu'il y avait toute une histoire que nous apportait les gens qui parlait pas forcément, on les motive à parler. Plus que 20 ans auparavant.

A5: C'est notre évolution à nous [qui nous rend meilleurs en psychologie]

A7 : la sagesse qu'on acquiert avec l'âge

A4 : la connaissance, l'expérience des gens. L'expérience qu'on a.

A4: [Au tout début de notre installation j] on était beaucoup plus théorique.

#### **030 L'expérience de la pratique apporte une sensibilité accrue à la psychologie**

A7 : moi je trouve que j'ai beaucoup beaucoup progressé en psychologie médicale au bout [...] de ces années.

A9 : on devient sensible à la psychologie. [...] au début quand on applique, [les patients] viennent pour un problème hyper technique, ils ont un souci, on répond par la technicité et j pense qu'on ne veut peut être pas être sensible au côté psychologique. Et quand on acquiert effectivement des années d'expériences, [...] le côté technique [...] est plus facile à appliquer parce qu'on l'a déjà fait [...] du coup on se libère du temps pour le côté psychologique, qu'on a peut être pas au début de l'installation

A8 : [Lors d'une] consultation sur une douleur thoracique, oui je vais éliminer bêtement avec la méthode CHU les grandes urgences, faire les examens si y'a besoin de faire les examens, mais maintenant je reconvoque systématiquement mes patients et si tout est normal on va aborder un autre angle. Mais je peux pas en tout cas à mon niveau aborder tout de suite avec un autre angle

#### **031 L'expérience de la pratique est bénéfique pour appliquer les apprentissages de formation**

A1 : on grandit avec nos patients. [...] Quand on envoi à l'hôpital parfois, c'est vraiment pas pour rien.

A1: Au tout début de notre installation on ne se permettait pas trop ces choses là.

A1: Au tout début de notre installation On était un peu coincés.

A7 : on a pris du recul, on sait à quel moment on peut avoir ce genre de discussion sans que ça soit non plus déplacé dans la consultation. Il faut que ça prenne sa juste place dans la consultation, mais ça c'est toujours cette fameuse sagesse que nous acquérons avec les années. *(pointe d'ironie)*

#### **032 L'expérience de la pratique apporte assurance et sagesse**

E1 : ce cheminement là, on commence à le faire aussi quand on a vraiment un pied dedans. Quand on sort de la fac on n'a pas assez d'expérience avec les consultations de médecine générale pour peut-être prendre conscience de ça, et peut-être aussi parce que à l'hôpital c'est un comportement très paternaliste aussi et du coup peut-être qu'on n'a pas ces formations à la fac mais peut-être aussi ça nous servirait pas beaucoup et que ces formations elles viennent peut-être mieux après quelques années d'exercice et où justement on a commencé à se faire une expérience

#### **033 Selon les MG, le changement de comportement requiert de la motivation**

A1: Motivation pour changer

A2 : peut-être que la personne n'a pas envie que le message passe non plus.

B1 : C'est une motivation, motivation avant le changement...

C2 : quand j'entends « changement de comportement » [...], ça implique vraiment une volonté et une motivation propre à la personne

#### **034 Selon les MG, le changement de comportement requiert une prise de conscience**

A6: Prise de conscience.

A4 : un jour il a pris le dé clic

#### **035 Selon les MG, le changement de comportement requiert de la volonté**

A1 : Une volonté.

C2 : quand j'entends « changement de comportement » [...], ça implique vraiment une volonté et une motivation propre à la personne

#### **036 Selon les MG, le changement de comportement requiert une décision**

A7: Prendre des décisions et les mettre en pratique

#### **037 Selon les MG, la peur est l'un des freins au changement de comportement**

A5: Peur

#### **038 Selon les MG, certains comportements à risque sont liés à l'anxiété**

D3 : je trouve, que les comportements dont on parle [...] l'alcool, le tabac, le

poids enfin l'alimentation...pour moi, c'est vachement des trucs qui viennent pour calmer l'anxiété

**039 Selon les MG, le changement de comportement est difficile**

A5 : difficile.

B-Tous : C'est difficile.

B3 : C'est difficile à faire, c'est difficile à induire...

**040 Selon les MG, le changement de comportement requiert de l'autonomie**

C2 : quand j'entends « changement de comportement » [...], ça implique vraiment une volonté et une motivation propre à la personne qui veut changer en fait. Personne d'autre peut changer [à leur place].

**041 Selon les MG, avoir une bonne image de soi est un préalable au changement de comportement**

D3 : [leur donner une bonne image d'eux, même avec le comportement, dédramatiser le comportement] c'est un préalable pour changer

**042 Selon les MG, prendre conscience des raisons, explorer le sens du comportement actuel est un préalable au changement de comportement**

D3 : pour moi c'est vraiment un préalable de se rendre compte que oui au fait l'alcool c'est un super produit qui a des effets[...] dont vous aviez besoin à ce moment là dans votre vie. C'est un préalable pour l'arrêter je pense d'avoir une vision un peu lucide là-dessus.

D3 : Je trouve que y a un truc hyper important dans les problématiques d'alcool, c'est de se rendre compte que tu bois pas pour rien.[...] tu bois parce que y a des raisons, et que peut-être si tu buvais pas tu te serais suicidé, donc en fait tu as bien fait de boire.

**043 Selon les MG, la pression de l'entourage / sociale est l'un des freins au changement de comportement**

A3 : Y'a le stress parce que [la patiente] s'est occupée un moment de son beau père qui est très malade, [...] Y'a la pression familiale [...] y'a une pression sociale [...] [le plaisir] Elle a envie de faire quelque chose mais elle a pas encore fait le pas. [...] la difficulté aussi de changer ses habitudes ou son comportement

A4 : C'est la vision qu'on a de soi dans le cadre du surpoids, [...] est-ce qu'ils ont réellement envie de maigrir parce que ça veut dire qu'ils vont changer de morphologie.

A3 : je vais changer, comment va me voir l'entourage, comment va me voir mon conjoint.

A7 : Quand tu changes de comportement tu changes aussi des choses. Donc pour l'environnement, tu bouleverses l'environnement

A2 : ses freins [...] c'est le plaisir , [...] la convivialité [...] au boulot, [...] la pause avec les copains , [...] tout le monde allait fumer quoi,

A3 : Puis si il s'arrête de fumer il fait plus parti du groupe aussi.

A4 : il voit plus les mêmes amis, il voit plus les mêmes personnes. [...] c'était un sacré frein social

**044 Selon les MG, le déni est l'un des freins au changement de comportement**

A6 : Il y a le déni [...] aussi

**045 Selon les MG, la peur de la maladie ne suffit pas à déclencher un changement de comportement**

A5 : on a plein qui sont à des stades très très avancés et c'est pas la peur de la maladie qui va les faire arrêter.

B5 : j'essaie toujours de leur faire valoir le fait que ce n'est pas un danger putatif qui va empêcher de fumer [...] c'est pas la peur qui fait arrêter. Parce que la peur c'est un truc potentiel, c'est peut-être. Et l'organisme, le fameux cerveau, il fonctionne pas sur le peut-être.

**046 Selon certains MG, la prise de conscience des risques du comportement sur sa santé favorise le changement de comportement**

E1 : souvent s'ils veulent arrêter c'est qu'ils se sont rendus compte que c'était mauvais pour leur santé

**047 Selon les MG, l'absence de vision à long terme est l'un des freins au changement de comportement**

A8 : si, y'a pas la vision court terme / long terme, j pense que y'a pas de changement vraiment qui peut ...

**048 Selon les MG, le changement de comportement comporte une part de défi**

A1 : Cap ou pas cap.

B4 : C'est une mise en danger ou en insécurité parce qu'en fait un comportement c'est un peu comme une routine, [...] « maintenant il faut que je change, [...] que je découvre quelque-chose de nouveau »

**049 Selon les MG, le changement de comportement demande un effort**

B4 : « maintenant il faut que je change, [...] que je découvre quelque-chose de nouveau » et le nouveau c'est l'inconnu, c'est stressant, [...] Donc le changement de comportement c'est un stress, pour moi c'est stress [...] un effort.

B3 : Même si c'est présenté positivement, pour obtenir à la fin quelque-chose

de positif. C'est toujours appréhendé négativement.

**050 Lors d'un ACC, les MG ressentent des difficultés de communication avec les patient-e-s**

A2 : Le message passe pas, mais peut-être que la personne n'a pas envie que le message passe non plus.

A2 : il y a parfois des gens entre guillemets qui subissent notre consultation, où c'est très difficile, qui ne parlent pas. Moi parfois je trouve que chez les diabétiques par exemple, c'est difficile de faire changer le... C'est des consultations qui sont dures, les gens on n'arrive pas à les accrocher, c'est pas facile, on se dit la prochaine j'essaie.

**051 Lors d'un ACC, les MG ont l'impression que les patient-e-s les mettent en échec**

A7 : Des patients qui mettent tout en échec, [...] tout ce qu'on leur propose. B6 : (quand un patient n'arrive pas à changer de comportement) Ça me fait face à un échec. Un miroir. Du coup la mésestime de soi...

**052 Selon les MG, le changement de comportement requiert un entourage**

A1 : Il faut un entourage

**053 Lors d'un ACC, les MG peuvent être amenés à mobiliser l'entourage**

E3 : en fait...il faut prendre tous les acteurs de la vie des patients finalement. C'est ça l'idée quoi. On va pas énumérer tous les acteurs...En gros, dès qu'il y a quelqu'un qui intervient, ça peut être un soutien

**054 Un intérêt des MG pour l'ACC**

E1 : c'est une bonne chose [...] on dit de plus en plus qu'il faut accompagner les gens. Que tout ne repose pas sur les médicaments.

**055 Lors d'un ACC, les MG valorisent les effets du CC sur l'environnement des patient-e-s**

A1 : que peut-être leur changement va faire plaisir à l'environnement [...] ça peut faire boule de neige, [...] moi j'dis toujours vous allez montrer un exemple,

A1 : Moi j'leur dis : « Vous allez donner l'exemple à d'autres »

**056 Lors d'un ACC, il est important de prendre en considération le rententissement du CC sur la vie des patient-e-s**

E3 : ce qui est important c'est plus le rententissement sur sa vie quoi. Et c'est là où en prenant en compte ça je trouve qu'on a de meilleurs résultats

**057 Les MG ressentent des difficultés par rapport à leur posture dans l'ACC**

B6 : Ils peuvent nous prendre pour un juge. Médecin, patient qui fume...

C3 : on se dit « qui est-ce qu'on est là pour leur dire « faut changer ça » » [...]

moi au contraire je suis pas du tout dirigeant parce que j'aime pas du tout ce rôle là, [...] des fois les gens me déposent leur valise et ils disent « et alors docteur qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? » Une personne qui me disait : « Alors, il faut que je le quitte mon mari ? ». Bah, c'est pas à moi de te dire si il faut que je le quitte ou que tu le quittes pas.

C4 : Sans juger, sans donner des solutions, mais tu sais mais c'est de leur dire « bah écoutez, vous pourriez peut-être, je sais pas, déménager enfin tu vois moi j'essaie toujours de trouver des milliards de solutions ?

C3 : sur ce qui est pas de l'addiction, les gens qui viennent avec des problèmes de couple, des problèmes avec le travail, des fois tu te dis mais ça peut avoir une telle répercussion ce que je peux dire [...] des fois ce rôle là, je trouve qu'il est pas .. enfin moi je suis mal à l'aise là-dedans, en me disant « si jamais .. »

C5 : Oui, et puis c'est pas à nous de prendre parti

C4 : on peut avoir un rôle tellement de persuasion, [...] on peut faire prendre des décisions à des gens alors qu'en fait c'est pas à nous de ...

C1 : c'est un petit peu comme les patients qui sont allés voir le grand professeur et qui viennent te voir après « alors qu'est-ce que vous en pensez et qu'est-ce qu'on fait ? »

D3 : qui je suis moi pour aller dire que ce serait mieux pour eux ?

**058 Les MG ressentent des difficultés par rapport à leur posture dans l'ACC car il est difficile d'appréhender les raisons profondes d'un comportement**

D3 : je crois qu'on comprends jamais tout à ce que vivent les gens et si les gens sont comme ci ou comme ça ou font ci ou font ça c'est parce qu'ils ont des bonnes raisons de le faire et qu'elles sont plus importantes que les mauvaises raisons de le faire

D3 : Toi tu captes pas le dixième de ce qui se passe de toute façon dans leur vie

**059 Les MG ressentent des difficultés par rapport à leur posture dans l'ACC individuel du fait du déterminisme social des comportements à risque**

D5 : Je trouve ça assez dur moi aussi de l'initier ce changement comportemental parce que [...] initier un changement de comportement c'est ramener à une responsabilité individuelle de ses comportements et moi c'est un truc avec lequel j'ai un peu de mal je trouve que c'est ultra culpabilisant pour ces gens là, et la société leur fait bien comprendre que si ils sont gros c'est leur faute, que si ils fument c'est leur faute, s'ils bouffent pas comme il

faut c'est leur faute alors qu'il y a des problèmes sociétaux qui sont à l'origine de ça [...] Et du coup je trouve ça... en rajouter une couche quoi. De venir tout mettre le nez de la personne dedans.

D3 : les gens font des choix, tous ces choix sont hyper déterminés par plein de trucs

**060 Les MG ressentent des difficultés par rapport à leur posture dans l'ACC individuel du fait du caractère normatif de cette pratique**

D3 : Je trouve ça compliqué ça comme question avec toutes les normes que ça peut mettre

**061 Les MG ressentent des difficultés par rapport à leur posture dans l'ACC individuel du fait du risque de stigmatisation lié de cette pratique**

D2 : la question du poids c'est une question particulière, moi j'appuie jamais dessus parce que je trouve ça hyper stigmatisant

D5 : Je trouve ça assez dur moi aussi de l'initier ce changement comportemental parce que [...] initier un changement de comportement c'est ramener à une responsabilité individuelle de ses comportements et moi c'est un truc avec lequel j'ai un peu de mal je trouve que c'est ultra culpabilisant pour ces gens là, et la société leur fait bien comprendre que si ils sont gros c'est leur faute, que si ils fument c'est leur faute, s'ils bouffent pas comme il faut c'est leur faute alors qu'il y a des problèmes sociétaux qui sont à l'origine de ça [...] Et du coup je trouve ça... en rajouter une couche quoi. De venir tout mettre le nez de la personne dedans.

**062 Un ACC demande au MG d'investir de l'énergie, ce qui est fatiguant (résonance)**

E1 : c'est aussi (*le conseil minimal*), une manière de se préserver nous. Parce que de toutes façons quand on sait qu'à partir du moment où ils veulent pas, ça sert rien de se fatiguer

E5 : [la formation à 'ETP a permis] de plus se sentir en échec en fait, de se dire bah si le patient il veut pas se soigner, en même temps c'est son problème quoi, on peut plus porter les gens à bras de corps quoi

**063 Le manque de temps est un frein à l'ACC**

E3 : à force moi je sais que j'y pense un peu plus, mais des fois, on est pris dans le fil des consultations, on le fait pas toujours. Ça demande du temps hein !

**064 Le sentiment de manque de compétence est un frein à l'ACC**

D4 : je n'ai pas tout les outils pour le faire peut-être correctement  
D5 : peut-être que j'ai pas les armes du coup j'initie pas ou j'initie pas parce que j'ai pas les armes je sais pas

D2 : quand je me sens d'initier un truc c'est que je me sens à l'aise dedans [...] y'a plein de trucs ou je n'oserai pas aller parce que je me sens pas compétente et du coup je le ferai moins

D5 : je suis vraiment pas à l'aise sur ces thématiques là et donc c'est peut-être aussi pour ça que j'initie pas,

**065 Un manque de formation initiale à l'ACC / une formation initiale peu adaptée à l'ACC**

D5 : au niveau formation, moi je me sens très peu formé et le peu que j'ai je l'ai acquis parce que je m'y suis intéressé mais au cours de ma formation universitaire j'ai pas eu l'impression d'avoir beaucoup de billes sur ces questions là et même après

D3 : je suis d'accord que dans la formation...

E5 : [l'ETP] c'est pas du tout ce qu'on nous enseigne à la fac. A la fac on nous enseigne le fait de soigner les patients et d'avoir un côté un peu d'accompagnement, un peu paternaliste.

E5 : j'trouve qu'à la fac on nous l'a pas tant enseigné que ça quoi (*le fait de responsabiliser les patient-e-s*)

E5 : j'me suis vraiment dit que ça pouvait être une nouvelle façon d'enseigner la médecine, quoi vraiment de partir du patient, mais vraiment qu'on nous le dise depuis tôt quoi.

E3 : ça (*le fait de « partir du patient »*) je trouve qu'on ne nous l'apprend pas beaucoup.

**066 Quelques éléments de formation initiale à l'ACC**

D3 : Si, on avait fait un en addicto avec X (enseignant) là. Y avait un séminaire qui était intéressant quand même.

D1 : Les seuls concepts qu'on à reçu c'était dans le séminaire Com

**067 Des maîtres de stage aux pratiques éloignées des éléments de formation initiale à l'ACC**

D1 : mais par contre en stage j'avais souvent des praticiens qui ne pratiquaient pas le changement de comportement...ou alors avec des techniques de communication plutôt anciennes, plutôt verticales

**068 Un apprentissage par soi-même de l'ACC**

D5 : le peu que j'ai je l'ai acquis parce que je m'y suis intéressé

**069 L'ETP, une formation utile pour l'ACC**

E4 : peut-être que cette formation (*l'ETP*) ça aide

E5 : j'me suis vraiment dit que ça pouvait être une nouvelle façon d'enseigner la médecine, quoi vraiment de partir du patient, mais vraiment qu'on nous le dise depuis tôt quoi.

E5 : l'éducation thérapeutique, [...], c'est vraiment on part des besoins du

patient. Et si le patient il veut pas se soigner, et bah tant pis. Et moi ça a vraiment changé ma façon de voir les choses. [...] en fait j'ai compris que si ça venait pas d'eux, ça changerait pas. [...] c'est pas forcément évident, parce que moi j'me sentais pas mal en échec

**070 Certains MG éprouvent un sentiment d'inefficacité, d'échec dans l'ACC**

D3 : Je crois pas du tout que parce que le médecin te dit que c'est pas bien de fumer, tu vas t'arrêter de fumer.

E4 : c'est ça qui est difficile, c'est d'arriver à les amener à vouloir changer [...] j'avais l'impression de servir à rien, de pas être efficace en fait, [...] je me sentais un peu démunie

E3 : se rendre humble face à ce qu'on peut faire aussi, parce que quand on sort de la fac, on pense qu'on va tout changer, on va remettre sur pied tous les patients

E5 : [la formation à 'ETP a permis] de plus se sentir en échec

**071 Certains MG pensent que le MG a un impact dans sur le changement de comportement**

D4 : avec tout ce qu'on entend ils savent que fumer c'est pas bien, qu'il faut manger bouger[...] y a plein de campagnes qui sont faites mais ya quand même des gens que ça touche pas, du coup quand ça vient de leur médecin, ça aura plus d'impact

D4 : elle s'est dit [...] que potentiellement il me le dise pas, que finalement ça doit peut-être pas être aussi important.

**072 L'ACC est perçu comme une boîte de Pandore**

D5 : c'est peut-être aussi inconsciemment que je me dis putain si je lève un lièvre et que je sais pas le gérer, quel est l'intérêt pour le patient ou la patiente

**073 Lors d'un ACC, les MG donnent des conseils aux patient-e-s**

C1 : Mais on a quand même souvent tendance à lui donner les bonnes pratiques, et puis euh ... c'est pas le bien ou le mal mais enfin un petit peu ce qu'il faut faire

**074 Pour accompagner au CC, il est important que « cela vienne des patient-e-s »**

A3 : Tu déguises, ça vient d'eux [...] L'idée c'est [...] que [...] tu fasses émerger

A6 : Ne pas trop se laisser influencer par les autres. Penser en fonction d'eux même

D3 : je l'initie assez peu moi même.

D3 : quand les gens veulent je l'accompagne ça je trouve ça assez facile

D3 : Je vais peut-être pouvoir l'évoquer des fois enfin je vais très souvent attendre que les gens l'évoquent. En général, les gens, ils savent qu'ils sont gros, ils savent qu'ils fument enfin voilà, ils tombent pas de la lune

D5 : je suis assez attentiste là-dedans [...] je laisse venir

D2 : la question du poids c'est une question particulière, moi j'appuie jamais dessus parce que je trouve ça hyper stigmatisant [...] j'en parle que si les gens m'en parlent et qu'ils me disent qu'ils ont envie de perdre du poids ou quoi et à ce moment là, on en discute

E2 : le patient doit faire partie du processus de changement. Si nous on amène comme ça de façon unilatérale, ça marche pas c'est sûr, mais bon c'est pas évident.

E2 : globalement faut que ça vienne du patient en fait

**075 Pour accompagner au CC, il est important de prendre en compte la globalité de la vie des patient-e-s.**

E3 : Et puis, il faut prendre en compte la globalité de sa vie aussi, c'est vrai que des fois c'est pas qu'ils ont pas envie ou qu'ils ont aucune estime d'eux-mêmes mais c'est parce qu'au niveau social, au niveau professionnel, y a des choses qui ne sont pas réalisables

E3 : je pense que nous aussi on a aussi à avoir des connaissances [...] au niveau culturel, religieux parce que vraiment ça...c'est à prendre en compte quoi...parce qu'en partant des croyances des gens on peut aussi progresser.

E3 : les gens ils le reconnaissent quand on essaye de comprendre comment ils vivent . Et du coup je trouve qu'ils sont plus observants

**076 Lors d'un ACC, le fait d'aller au domicile des patient-e-s permet de mieux appréhender les freins au CC.**

E5 : un truc aussi j'trouve qui est intéressant, c'est d'aller à domicile et de prendre en compte l'aspect social, par rapport au changement de comportement [...] quand on va chez les gens on comprend pourquoi ils peuvent pas se soigner, et pourquoi ce comportement il peut pas changer, et c'est hyper important [...] y avait des choses que je sentais qui n'allaient pas et en fait quand je vais à domicile [...] on se rend compte que forcément on peut pas avec une ordonnance et quelques conseils ça va pas suffire quoi

**077 Certains MG suggèrent, abordent le CC dans tous les cas**

D4 : je pense [...] l'évoquer au moins pour lancer un petit peu une réflexion chez lui[...] je pense que ne pas le faire du tout, d'un côté, c'est se mordre un peu la queue : « le médecin il ne m'en parle pas c'est que c'est bien ce que je fais »

D4 : le conseil minimal je le fais systématiquement quasiment  
D1 : je suis très suggestif. Tout le temps par contre, très chiant, très disque rayé[...] Mais je le fais à l'instinct. Du coup, parfois en danger, parfois pas en danger. Donc voilà, je ne sais pas ce que ça vaut.

D1 : [en citant une patiente à qui il venait de parler du lien entre son surpoids et son problème de genou] « Enfin, un mec qui me le dit ça me fait trop plaisir, vous avez raison ! » [...] Parfois on a l'impression qu'il y'a pas la place et...

**078 Pour accompagner au CC ses patient-e-s, il est nécessaire que le/la patient-e soit prêt-e, disposé-e à en parler**

D4 : si le patient n'est pas prêt il ne se passera jamais rien quoi qu'on fasse quoi qu'on dise

D3 : j'ai bossé en addictologie, en CSAPA [...] les gens, ils arrivent prêts, [...] ils ont consulté en centre d'addictologie, qu'est ce que on peut leur demander de plus ? ils ont envie de faire quelque-chose...

E5 : si le patient il veut pas se soigner, et bah tant pis[...] si ça venait pas d'eux, ça changerait pas

E3 : Le fait que ce soit le patient qui décide à un instant t de changer [...] c'est plus efficace quoi. Mais c'est lui, c'est sa décision, c'est pas la notre quoi.

E1 : à partir du moment où ils veulent pas, ça sert rien de se fatiguer

**079 Pour accompagner au CC ses patient-e-s, il est nécessaire que relation médecin-patient soit établie**

E4 : ça demande de connaître déjà un petit peu les gens,

E2 : oui il faut avoir un bon feeling quoi.

**080 Pour accompagner le CC ses patient-e-s, il est nécessaire que le MG se montre disponible**

E1 : Toujours laisser la porte ouverte

**081 Une démarche trop dirigiste est un frein à l'ACC**

E3 : Pour le patient, le fait que son médecin, anticipe ses réactions, le fait qu'il n'ai pas le sentiment de pouvoir tout dire, c'est un frein au changement de comportement.

**082 La barrière de la langue est un frein à l'ACC**

E3 : ça aiderai de s'affranchir quand même de la barrière de langage quoi et ça moi je trouve c'est un gros frein

**083 Les MG se lancent dans un ACC lorsqu'il y a un point d'appel**

D5 : quand je sens qu'il y'a des trucs qui gravitent autour [...] je vais peut-être quand même aller le chercher donc c'est en ce sens là que je pourrais l'initier mais j'aurais du mal à le faire sortir de nul part si je sens pas un lien qui peut se faire avec un problème [...] je vais évoquer le truc et voir si elle s'en saisit on va s'engouffrer dans cette brèche et puis en discuter plus en avant.

D5 : je le ferai pas si je sens que la personne a pas envie d'en discuter je vais pas la forcer à en discuter, j'aurai du mal à le faire, je serai pas capable de le faire.

D3 : je l'aborde très souvent au cours d'un truc qui a un rapport

D4 : c'est vrai que c'est difficile de but en blanc s'ils viennent pour tout autre chose

**084 Lors d'un ACC, les MG utilisent une démarches par « petits pas », objectifs intermédiaires précis**

A9 : qu'ils courent pas tout en même temps, [...] dans un changement de comportement y'a toujours plusieurs aspects et voir avec eux lequel ils veulent travailler en premier, là où ils sont plus forts ou plus aptes [...] faites juste ça pour ce temps là et la prochaine fois on en re-discutera et faire des étapes, faciles et abordables

B5 : Quand on a un patient a qui on veut faire changer quelque-chose, [...] il faut le définir précisément (le comportement) [...] Pour lui donner des cibles précises

D2 : se donner des petits objectifs, ça permet de construire le cheminement autour de cette question-là.

**085 Lors d'un ACC les MG utilisent des techniques d'écoute active**

D1 : L'écoute active.

D1 : j'aime bien laisser terminer [...] c'est souvent là d'ailleurs qu'arrive le bon concept quoi, la bonne info [...] l'écoute ça fait toute la différence et derrière [...] j'arrive à malaxer, du coup [...] j'essaie de donner de la suite

**086 Lors d'un ACC les MG explorent les représentations des patient-e-s du CC**

D4 : j'ai pas encore eu le temps de mettre en pratique, d'essayer de rechercher quels sont les stéréotypes que peuvent avoir les gens sur leurs comportements mais en tout cas ça me semble être une piste pour arriver à faire en sorte qu'ils aient envie de changer, initier un changement de comportement.

D1 : Le changement de comportement ça marche bien quand on vient nous demander un traitement ou un médicament où là du coup je prends le contrepied je demande pourquoi il faut ce médicament et à ce moment là on peut aller sur un changement de comportement qui peut éviter par exemple le somnifère.

D2 : j'utilise ça parfois, enfin ça m'est arrivé de le dire, d'utiliser ça parfois

par rapport à la cigarette. Y'a des gens qui viennent et qui me disent « J'ai envie d'arrêter de fumer » du coup je leur dis « Ah bon ? Mais pourquoi vous voulez arrêter de fumer ? » [...] t'as toute une discussion autour de la motivation [...] à l'arrêt...

E3 : Les croyances

E3 : accompagner des gens pour changer leur regard c'est le truc fondamental, on peut rien faire sans

**087 Lors d'un ACC les MG explorent la motivation des patient-e-s au CC**

D4 : le patient, a pas du tout la même motivation que le médecin pour le même objectif qu'est l'arrêt du comportement [...] si on peut arriver à concorder les deux pour arriver à l'objectif final...ça je pense que c'est effectivement bien de savoir lui aussi ce qu'il recherche.

D2 : vous avez tel comportement machin, vous voulez changer d'accord mais en fait pourquoi et c'est quoi votre objectif

E3 : et est-ce qu'il a envie de changer aussi ?

**088 Lors d'un ACC les MG utilisent des techniques d'entretien motivationnel**

E3 : le discours est différent entre celui qui vient pour arrêter quelque chose, [...] et celui à qui on parle de changer un comportement mais qui n'y a pas pensé d'abord

**089 Lors d'un ACC les MG utilisent le conseil minimal**

E5 : moi ça m'avait vachement parlé ce séminaire sur l'arrêt du tabac, et du coup sur le conseil minimum ça avait son chemin moi cette idée, et d'ailleurs pas que par rapport au tabac

E1 : planter une petite graine qui va germer plus tard

**090 Lors d'un ACC les MG explorent les freins des patient-e-s au CC**

E3 : En fait, il faut repérer quel est le frein dans tout ça

E3 : Mais même sans aller à domicile, mais euh déjà de poser des questions de comment ils vont faire pour faire ce que tu as demandé, des fois tu te rends compte que c'est mission impossible

E1 : Et d'essayer d'enlever les freins qui sont d'autre nature

**091 Lors d'un ACC, les MG proposent des consultations dédiées**

D3 : Souvent, quand même, j'essaie de revoir les gens que pour ça. [...] Je trouve que ça c'est un truc qui marque les choses. [...] même pour eux [ça valide le fait qu'ils soient aussi en demande]

D2 : Quand ils initient quelque-chose, je propose, notamment autour du poids, je propose aux gens de revenir pour discuter que de ça.

**092 Lors d'un ACC, les MG expliquent les possibilités d'accompagnement au/à la patient-e**

D3 : j'essaie d'expliquer ce qui existe, [de l'information] scientifique.

**093 Lors d'un ACC, les MG valorisent les aspects positifs de la démarche**

B5 : Moi, pour les baguiques, par exemple, j'essaie toujours de les emmener à trouver quelque-chose de positif quand ils ont arrêté en leur faisant comprendre que ce positif ils le gardent et s'ils rallument une clope ils le perdent.

C3 : Dans les addictions, comme on disait, parfois ils ont rechuté mais on dit « ha mais c'est bien, vous avez tenu une semaine, c'est pas grave, ça arrive euh. Ou voilà quand il y a des confits et que les gens y sont arrivés et bah on dit « eh bah c'est bien d'être déjà arrivé à ça »

B5 : j'ai le cas d'un patient qui est alcoolique[...] L'intérêt de noter des consommations c'est que ça te permet de montrer qu'il a bien réduit [...] sa consommation et donc positiver les effets de sa réduction. [...] j'ai toujours positivé ses consommations même quand il y avait une chute je trouvais toujours le moyen de montrer qu'il y avait quand même une phase positive à un moment ou un autre. B2 : J'utilise beaucoup ce genre de formulation aussi. « Ah j'avais arrêté mais j'ai arrêté que 2 mois... » « Mais c'est génial !! »

C3 : Voilà, ils ont perdu un kilo en six mois et puis tu dis (*ironique*) « mais c'est bien » (*rites*).

**094 Lors d'un ACC, les MG adoptent une posture de soutien inconditionnel, de non jugement**

D3 : j'estime que mon rôle c'est de le soutenir, quelque soient ses choix, parce que je suis pas là pour juger si ses choix sont bien ou pas bien. Je suis là pour conseiller si besoin.

D3 : moi je vais dans le sens des gens globalement, c'est à dire pour ce truc de confiance en soi, c'est à dire que quoi qu'ils fassent [...] « c'est super » [...] qu'est-ce que tu peux faire pour leur faire du bien, et ben à peu près leur dire que c'est bien ce qu'ils font, et bravo

E1 : de pas les culpabiliser[...] ça leur enlève pas mal d'angoisse

E5 : Je trouve que c'est important effectivement de pas juger

**095 Lors d'un ACC, les MG peuvent être amenés à objectiver la situation de leurs patient-e-s par rapport au cadre légal pour les soutenir (recontextualisation)**

D3 : je place pas mal de trucs de droit aussi quoi, par rapport au travail notamment : « là c'est pas normal ce qui vous arrive, c'est pas légal, on n'a pas le droit

**096 Lors d'un ACC, les MG utilisent des balances décisionnelles**

C5 : leur faire prendre conscience de qu'est-ce que ça leur apporte de bien en le faisant et qu'est-ce que la rapporte de mal,

**097 Lors d'un ACC, les MG utilisent le renforcement positif**

B5 : Moi ce que j'essaie justement, pour le tabac, d'utiliser le renforcement positif

D1 : ...le renforcement positif...

**098 Lors d'un ACC, les MG valorisent les aspects positif de la démarche des patient-e-s**

D1 : quand ils prononcent quelque-chose qui me plaît et à laquelle je vais m'accrocher donc c'est vrai que quand ils me disent qu'ils ont réduit leur consommation, je suis très contente [...] [Quand il y a un changement de comportement ] Je l'appuie ouais. Aussi mineur qu'il soit.

D3 : Même quand il y a une volonté. J'aimerais bien arrêter de fumer. « Ouais mais c'est super !! »

D3 : (à propos d'un patient éthylique, abstinente, qui a rebu au nouvel an) : plutôt souligner « voilà vous avez rebu, vous avez un peu craqué, c'est ça qui s'est passé le 31, vous étiez tout seul, mais après vous avez pas rebu, bravo. »

**099 Lors d'un ACC, les MG adoptent une posture positive, dynamique**

D1 : quand je rentre dans une consultation, [...] j'essaie toujours d'être de bonne humeur et... « gentil »

**0100 Lors d'un ACC, certains MG utilisent l'humour**

E5 : avec l'humour c'est une bonne technique. Moi j'ai des patients en tête, du coup chroniques, que je suis, voilà, et c'est vrai que je passe beaucoup par l'humour en fait, pour relativiser les choses

**0101 Lors d'un ACC, les MG valorisent les ressources personnelles des patient-e-s**

C4 : [apprentissage suite à une formation] : en gros, c'est pas ton problème à toi quand les gens viennent te voir. [...] ils viennent en disant « Faites quelque-chose pour moi » Et en fait c'est pas toi qui dois faire quelque-chose pour eux [...] laisser le patient faire, lui donner sa valise, et lui dire « bah qu'est-ce que vous voulez faire par exemple pour changer ? Qu'est-ce que vous envisagez ? », laisser le patient bosser en fait, et [...] moi je suis pas du tout comme ça, j'essaie toujours de trouver des milliards de solutions et tout... et c'était génial

C5 : Mais c'est pas à nous de trouver des solutions pour les gens, parce que c'est nos solutions à nous et c'est pas les leurs donc ils y arriveront pas

E3 : maintenant ouais j'essaie de plus demander au patient ce qu'il pourrait faire lui, ce qui lui semble possible, lui demander de quoi il a peur, en essayant de m'appuyer là dessus

E1 : qu'est-ce qu'ils pensent, alors soit du problème particulier, ou alors soit de leur santé. Leur demander ce qu'ils en pensent

**0102 Lors d'un ACC, les MG favorisent l'autonomie des patient-e-s**

D5 : Faute de billes sur [certaines] questions, essayer d'autonomiser les gens. [...] un peu une démarche démedicalisante forcée, parce que de fait le médecin vers lequel elle se tourne à ce moment là n'y connaît rien, mais le lui dit : « ça vous êtes autant armée que moi ». [...] j'essaie d'accompagner les gens, de leur redonner aussi ce pouvoir d'autodétermination, ils choisissent eux-mêmes ce qu'ils vont faire pour leur santé. Je leur dis : « pourquoi pas, voilà moi en tant que médecin [...] Je serai un peu le garde fou de votre changement de comportement ». [...] donner de l'autonomie aux gens pour qu'ils puissent être libres et maîtres de ce changement de comportement. Tout ça tout simplement lié au fait que j'y connais pas grand chose pour les accompagner.

E2 : il faut vraiment être dans une relation réciproque quoi, et le patient doit faire partie du processus de changement. Si nous on amène comme ça de façon unilatérale, ça marche pas c'est sûr

E3 : Moi des fois, je leur dis, cash hein euh, pour qu'ils soient acteurs de leur changement, des fois, ils veulent pas changer, j'essaie plusieurs consultations et parfois je leur dis « eh ba écoutez, là, vous avez pas envie...vous avez envie de rien faire. Le jour où vous souhaitez faire quelque-chose, vous venez me voir »

**0103 Lors d'un ACC, les MG amènent les patient-e-s à relativiser la situation**

B5 : Moi ce que j'essaie justement, pour le tabac, d'utiliser [...] le fait qu'arrêter c'est facile c'est la rechute qui est difficile B5 : Moi je commence par leur dire « mais arrêter le tabac c'est facile, vous le faites tous les soirs », « [...] le plus dur c'est de pas reprendre ». [...] (ou après un arrêt de 2 mois) : « Oui vous savez arrêter ! Point ! » Voilà. Après c'est la rechute, c'est pas le même problème. Arrêter vous savez et rechuter on va apprendre B5 : pour les sevrages par exemple, le tabac et alcool, le problème c'est que les gens considèrent une rechute comme un échec. Et il faut arriver, et c'est du discours [...] à [...] leur faire intégrer l'idée que la sortie d'une addiction c'est pas un truc tout simple et qu'il va y avoir des rechutes et qu'en soit c'est normal, c'est pas un échec. [...] et petit à petit il y en aura de moins en moins. [...] le plus difficile c'est d'enlever le côté négatif de la perception de la rechute pour le rendre neutre

**0104 Lors d'un ACC, les MG amènent les patient-e-s à dédramatiser la****situation**

D3 : une des manières c'est de dire ben oui vous buvez mais c'est normal avec ce que vous avez vécu. [...] dédramatiser, enfin dire « c'est pas de votre faute en fait, peut-être n'importe qui dans cette situation aurait réagi pareil, et peut-être se serait suicidé, vous vous êtes mis à boire ben au final...bon... » [...] c'est pas le mal, c'est pas parce qu'ils sont mauvais, c'est juste une réaction. C'est une réaction des fois salutaire en fait, limite D2 : la plupart des gens que j'ai vus qui avaient des problèmes d'addiction, en général, ils ont une image hyper négative d'eux-mêmes et de leur comportement d'addiction et en fait ça n'arrive pas souvent finalement que des gens voire des médecins leur disent en fait si là vous avez ce comportement là c'est parce que vous avez des raisons de l'avoir en fait mais je trouve que c'est un vachement bon levier ça.

**0105 Lors d'un ACC, les MG orientent les patient-e-s vers un accompagnement psychologique**

D3 : pour moi [ les comportements dont on parle] c'est vachement des trucs qui viennent pour calmer l'anxiété [...] je pense qu'il y a un vrai boulot de fond à faire là-dessus. Que des fois c'est possible de le faire et des fois c'est pas possible de le faire [...] ce qui est sympa en centre d'addictologie c'est qu'il y a un psychologue à côté qui est gratos, t'as des éducateurs qui bossent sur le quotidien et des choses comme ça et ça c'est super confortable et ce serait un peu l'idéal je trouve de pouvoir voir ce qu'il y a derrière au niveau psychologique d'un comportement, voir pourquoi ce comportement existe et puis après j'essaie de travailler sur qu'est ce qu'on peut trouver d'autre que ce comportement pour calmer l'anxiété en fait.

**0106 Lors d'un ACC, les MG orientent les patient-e-s vers un accompagnement éducatif**

D3 : pour moi [ les comportements dont on parle] c'est vachement des trucs qui viennent pour calmer l'anxiété [...] je pense qu'il y a un vrai boulot de fond à faire là-dessus. Que des fois c'est possible de le faire et des fois c'est pas possible de le faire [...] ce qui est sympa en centre d'addictologie c'est qu'il y a un psychologue à côté qui est gratos, t'as des éducateurs qui bossent sur le quotidien et des choses comme ça et ça c'est super confortable et ce serait un peu l'idéal je trouve de pouvoir voir ce qu'il y a derrière au niveau psychologique d'un comportement, voir pourquoi ce comportement existe et puis après j'essaie de travailler sur qu'est ce qu'on peut trouver d'autre que ce comportement pour calmer l'anxiété en fait.

**0107 Les MG pensent que la barrière de la langue est un frein à l'ACC**

E3 : l'interprétariat [...] ça aiderait de s'affranchir quand même de la barrière de langage quoi et ça moi je trouve c'est un gros frein [au changement de comportement. Et puis à l'estime de soi aussi parce que du coup, on l'impression d'être mal jugé aussi quand l'autre en face nous comprend pas

**0108 Les MG s'interrogent sur la définition du concept d'ES**

A3 : est-ce que tu parles d'estime de soi ou d'ego ?

A5 : Elle est où la différence ?

C4 : est-ce qu'avoir une mauvaise estime de soi c'est forcément être pas bien dans sa vie ?

E1 : est-ce que estime de soi et confiance en soi c'est la même chose ? [...] je sais pas comment on fait pour faire la différence.

**0109 L'ES est un préalable à la motivation**

A7 : si y a pas de motivation, c'est qu'y a pas d'estime de soi.

A1 : Pour motiver quelqu'un à changer de comportement faut quand même qu'il soit bien en lui à ce moment là

B2 : Je pense qu'effectivement le renforcement d'estime de soi c'est un pas dans un cycle de motivation pour changer de comportement et que du coup ça fait partie de notre rôle d'induire ce changement et donc de renforcer l'estime de soi.

**0110 L'ES et la confiance en soi sont liées**

A1 : C'est s'aimer, La confiance en soi.

B4 : L'estime de soi est ce que c'est se sentir capable de ? Ba ouais c'est un peu de ça finalement. C'est peut-être pas que ça mais y a peut-être ça

C5 : j pense que le manque d'estime de soi c'est un manque de confiance en soi.

**0111 L'ES et la culpabilité sont liées**

A6 : La culpabilité.

**0112 L'ES et l'image de soi sont liées**

B5 : L'estime de soi, [...] ça se définit comme un sentiment, comme une vision de soi-même finalement et un peu un effet de miroir sur soi-même. Et c'est d'abord un élément positif.

**0113 Avoir une bonne ES consiste à avoir un jugement positif sur soi-même**

B5 : tous ceux qui ont un mental positif en fait, c'est ceux qui ont une bonne estime de soi, [...] donc c'est en fait un élément positif. [...] l'estime de soi c'est pas seulement au moment de mais c'est après une action donnée arriver à avoir un jugement positif sur ce qui s'est passé

B5 : C'est un moteur l'estime de soi, c'est pas un état, c'est un jugement de chacun des instants de sa vie si on veut être tout le temps à se regarder.

0114 L'ES est un moteur, permet de se lancer dans l'action  
B4 : une chose, une émotion, un sentiment...enfin bref quelque-chose de positif et nécessaire pour faire les choses. Si on pas une estime de soi [...] on va pas être bon ou performant, on ne va pas se lancer dans une aventure alors que si on a une bonne estime de soi « ba si, je vais y arriver » [...] donc c'est quelque-chose de positif et de nécessaire [...] Qui permet de faire ce qu'il y a à faire.  
B5 : C'est un moteur l'estime de soi, c'est pas un état,

0115 L'ES est influencée par le milieu social, l'environnement.  
A5 : [ES influencée par le] milieu social, l'environnement.  
C5 : Moi j'pense que l'estime de soi elle dépend vachement des autres aussi  
C3 : L'entourage familial, amical, et puis le travail aussi [...] quand tout fonctionne, [...] l'estime de soi elle est... enfin c'est plus facile  
E3 : Si l'entourage [...] est bienveillant, c'est un facteur de renforcement de l'estime de soi.  
E3 : j'aurais plus corrélé ça avec le contexte, par exemple de famille, si y a des gens qui font confiance en la personne, elle est entourée, elle a une estime d'elle même renforcée

**0116 L'ES varie selon les pans de la vie des personnes**  
B6 : Je trouve que ça varie énormément, quoi. Par rapport à plein de choses : vie personnelle et puis la professionnelle  
C4 : y a au niveau professionnel et au niveau perso quoi, c'est différent  
E5 : ça peut être l'estime de soi face à un comportement. Pour moi c'est pas l'estime de soi générale quoi, sur toutes la vie, je sais pas, sur son rôle au travail, dans le couple, et dans sa famille

**0117 L'ES n'est pas liée au caractère des personnes**  
E1 : Après j'pense pas qu'il y ait des caractères de patients qui correspondent à une certaine estime [

**0118 L'ES varie selon la personne face à qui on est**  
C5 : j'pense que ton estime de toi même elle dépend de face à qui tu es [...] y a des gens, si tu sens que l'autre il a plus d'estime de lui-même [...] en tous cas moi j'aurais tendance à avoir moins d'estime de moi-même [...] Alors que si je suis face à quelqu'un dont j'ai l'impression qu'il a moins d'estime que moi je serais plus confiante en moi-même

**0119 L'ES varie selon les moments de la vie des personnes**  
B4 : ça varie tout le temps ! [...] c'est jamais la même estime de soi d'une consultation sur l'autre  
B2 : Peut-être qu'il y a une estime de soi globale et puis selon l'humeur du jour...  
E3 : en plus ça doit fluctuer

**0120 Il existe peut-être une ES globale, stable, et une ES qui varie selon les situations**  
• B2 : Peut-être qu'il y a une estime de soi globale et puis selon l'humeur du jour...

**0121 L'ES se construit au cours de la vie, depuis l'enfance**  
A5 : très lié à l'histoire personnelle, depuis la toute petite enfance.  
C2 : je pense que c'est beaucoup beaucoup lié à l'éducation en fait l'estime de soi [...] A la construction de la personne  
E3 : l'estime de soi, ça semble être plus lié à ce que les gens véhiculent dans leur vie, comment ils se construisent, après elle change, selon les événements de vie.

**0122 L'ES se construit par le regard des autres**  
C4 : (à propose de ce qui fonde l'ES) les autres, globalement [...] le regard des autres  
C3 : je pense que l'estime de soi elle vient des autres

**0123 Des pratiques éducatives dévalorisantes durant l'enfance amène à une faible ES plus tard**  
C5 : en classe j'avais bien des maîtresses qui mettaient les cancras au fond de la classe avec du scotch sur la bouche, et ben ces gamins ils ont une mauvaise estime de soi pour toute leur vie après  
C2 : t'as des systèmes d'éducatifs qui sont plus ou moins ... [qui favorisent le fait d'avoir plus ou moins confiance en soi], c'est même pas de la récompense, c'est juste de l'encouragement [...] de la valorisation de l'enfant au lieu de la répression, et au lieu de dire « c'est pas bien ce que tu fais, t'es un gros nul » [...] on met le doigt sur ce qui est bien.

**0124 L'ES est importante**  
A8 : je pense que c'est la base de beaucoup de choses  
B2 : C'est important.  
B4 : c'est quelque-chose de positif et de nécessaire  
C2 : Ouais j'pense que c'est à la source de beaucoup de choses.

**0125 L'ES est quelque-chose de positif**  
B5 : c'est d'abord un élément positif.  
B4 : c'est quelque-chose de positif et de nécessaire

**0126 L'ES est une défense pour « affronter » la vie**

C2 : j'pense que tu construis des espèces de défenses qui font que t'es pas trop mal dans ta vie malgré le fait que tu te sois construit avec une estime de toi qui est pas optimale

**0127 Une faible ES est problématique**  
B3 : C'est souvent dans le sens de la baisse de l'estime de soi qu'on en parle [...] Ça pose moins de problèmes trop d'estime de soi, en tout cas ça amène moins de consultations le trop d'estime de soi que le pas assez

**0128 Une faible ES conduit à des difficultés d'observance thérapeutique**  
C1 : Ça permettrait de cibler les patients avec une mauvaise estime pour [...] savoir [...] enfin c'est ces patients-là qui seront [...] pas compliants du tout au traitement a priori  
C4 : elle a une estime de soi qui est dans ses chaussettes, et [...] elle écoute rien de ce qu'on lui dit, [...] on le sait qu'elle n'a pas d'estime de soi parce qu'elle te le dit [...] pourtant elle fait ce qu'elle veut, en termes de traitement

**0129 Pour certains MG une faible ES diminue l'autonomie des patients et améliore l'observance thérapeutique**  
C5 : Moi j'le vois plutôt dans l'autre sens, ceux qui ont pas du tout d'estime d'eux [...] ils font tout ce que je leur dis, [...] ils se posent pas de questions, alors que ceux qui ont plus d'estime d'eux mêmes ils vont te dire, ils remettent en cause un peu

**0130 Il existe une prévalence importante du nombre de personnes ayant une faible ES parmi les patients de MG**  
B3 : C'est souvent dans le sens de la baisse de l'estime de soi qu'on en parle [...] Ça pose moins de problèmes trop d'estime de soi, en tout cas ça amène moins de consultations le trop d'estime de soi que le pas assez  
D3 : Je ne sais pas si je vois beaucoup de gens qui ont une super estime d'eux-mêmes [...] j'ai quand même l'impression qu'il n'y a pas beaucoup de gens qui sont hyper à l'aise, tout va bien avec toi même, enfin c'est nickel, c'est parfait. Y en a pas des masses quand même

**0131 La question de la posture sociale du médecin biaise l'évaluation de l'ES**  
B6 : ils mettent toujours [...] le médecin sur un piédestal et ils diront jamais certaines choses à leur médecin. Si on essaie de casser cette image un petit peu du médecin au dessus du lot il y a peut-être cette idée de chercher qu'il arrive plus facilement à se confier pour après travailler avec ce qui est possible.  
C1 : ils ont tendance parfois à nous mettre sur un piédestal alors qu'ils devraient pas [...] ça fait partie de l'estime de soi, ou plutôt d'une mauvaise estime de soi ...  
D1 : ils se placeront toujours, je crois, dans une relation verticale. En rentrant, donc...avec une estime de soi un peu moins importante  
E3 : c'est vrai que des fois quand tu leur poses des questions sur ce qu'ils pensent ils disent mais « ha mais c'est vous le docteur »  
E2 : c'est pas forcément qu'ils se sous-estiment c'est juste que c'est pas leur rôle en fait  
E3 : y en a qui pensent qu'ils viennent pour avoir l'avis de l'expert et qu'ils ont pas leur mot à dire ou qu'ils prendraient les mauvaises décisions.

**0132 La question de la posture sociale du médecin biaise l'évaluation de l'ES, principalement chez les personnes âgées**  
E1 : surtout les vieux patients ils sont moins acteurs de leur santé, et du coup ils subissent un peu plus, sans forcément qu'il y ait peut-être une mauvaise estime d'eux-mêmes.  
E3 : ça serait peut-être plus lié à l'âge et à la génération.  
E2 : Et justement à la relation médecin malade qu'il y avait à l'époque.  
E3 : c'est un peu une histoire sociétale aussi [...] avant c'était la société mode paternaliste, hiérarchique, et donc pour la médecine, bah le médecin donnait son avis, voilà. Maintenant on est plus dans un mode transversal où finalement c'est un échange de connaissances, enfin y a de la discussion

**0133 Le fait que la consultation médicale soit un des rares lieux d'écoute existant biaise l'évaluation de l'ES**  
D2 : devant nous, ils se laissent peut-être  
D2 : je ne sais pas si c'est une histoire de relation verticale ou juste de s'autoriser à se montrer plus fragile  
D3 : Et sans doute que c'est un des seuls espaces dans la société où t'as le droit de chialer [...] c'est un espace qui est sacralisé comme ça ou t'as le droit de faire ça. E1 : s'ils viennent nous voir c'est qu'ils ont besoin d'aide et souvent le fait d'être dans la demande d'aide ça a comme effet secondaire de se rabaisser un petit peu, de se dire j'y arrive pas tout seul, du coup j'ai besoin d'aide. Et dans toute demande d'aide souvent le risque ou le corollaire c'est une sous-estime de soi.

**0134 Une faible ES, un phénomène de société ?**  
C5 : Mais j'pense que c'est un phénomène de société  
C4 : parce qu'il faut dominer ...  
C2 : Moi je trouve que c'est vraiment quelque chose qui revient, mais même pas que dans le milieu médical, [...] le manque d'estime de soi, [...] ça handicape vraiment beaucoup de monde  
D5 : dans une société qui a parfois tendance un peu à infantiliser et à demander à avoir la validation des experts quoi...il faut avoir un expert sur

la question qui doit donner son avis pour que ce soit validé. Voilà. Leur dire, en fait, qu'ils sont experts [...] deux-mêmes. Juste prendre conscience de ça, en général, je trouve que ça a un très bon impact sur leur estime de soi. D1 : Mais, en fait, la problématique de l'estime de soi, on la retrouve partout et notamment en politique et je te rejoins tout à fait, après, on va dépendre de la vie de la cité et du coup la solution, les solutions, les petites solutions, elles peuvent être démultipliées si elles viennent d'en haut quoi. Voilà

**0135 Selon certains MG, certaines campagnes de santé publique / décisions politiques permettent de valoriser l'ES**

E1 : maintenant avec toutes ces campagnes de justement contre les conduites à risque on essaye un petit peu par la communication au grand public de justement d'arrêter de stigmatiser les gens qui ont ces conduites là [...] ça sert aussi à les valoriser et à faire augmenter l'estime de soi pour qu'ils viennent consulter et qu'ils soient pas trop en dessous  
D1 : Mais, en fait, la problématique de l'estime de soi, on la retrouve partout et notamment en politique et je te rejoins tout à fait, après, on va dépendre de la vie de la cité et du coup la solution, les solutions, les petites solutions, elles peuvent être démultipliées si elles viennent d'en haut quoi. Voilà

**0136 Les MG pensent qu'il existe des différences de niveau d'ES selon le niveau socio-économique**

D5 : j'ai l'impression que les personnes en précarité économique auront en plus souvent tendance à avoir une estime de soi assez basse

**0137 Il existe des personnes qui présentent une fausse haute ES**

A5 : Et de temps en temps, on a aussi des cas [...] d'excès d'estime de soi. Des patients qui sont tellement sûrs d'eux que ça nous interroge [...] sur leur mode de fonctionnement, [...] et qui sont absolument hermétiques à quelque discussion que ce soit [...] Bien sûr, c'est une fausse estime de soi [...] ils laissent absolument pas de faille de manière à ne pas ...  
C4 : Ouais y a aussi une façade [à propos d'une haute d'estime de soi]  
C2 : Mais à l'inverse, les patients, ou les personnes qui sont [...] un peu caïds, c'est souvent aussi des gens qui ont un problème d'estime, qui ont besoin de reconnaissance  
C2 : Mais ceux qui ont vraiment une très bonne estime d'eux, est-ce que c'est pas juste un rôle ?  
E5 : Y a peut-être des gens qui ont moins d'estime de soi pour eux et du coup qui vont aller chercher des choses. Par exemple venir chez le médecin et être un peu titilleux [...], dire j'ai lu, et du coup j'ai confiance dans ce domaine là parce que j'ai plein de choses, mais qui vont pas forcément dans la vie de tous les jours avoir une estime de soi au top mais qui du coup ils vont vouloir se prouver des choses à eux mêmes

**0138 Les MG s'interrogent sur l'existence d'un juste niveau d'ES**

C2 : En fait c'est rare de trouver des gens qui ont vraiment une estime d'eux-mêmes juste, [...] vraiment juste, juste vraiment bien s'estimer, ni trop ni trop peu quoi

**0139 Les personnes ayant une trop haute ES renvoient une image négative aux MG**

B1 : (à propos des personnes qui ont « trop d'ES ») En fait ils sont chiantes  
D5 : Il y a aussi des gens qui ont une très haute estime d'eux et qui sont aussi très chiantes  
E1 : Ou peut-être que y en a qui ont une surestime d'eux et ça ça nous énerve

**0140 Les personnes ayant une faible ES éveillent chez les MG une posture d'empathie**

C4 : t'as envie de faire quelque chose pour elle quoi tu vois tu te dis elle doit pas être bien dans sa vie  
D3 : moi dans la vie quotidienne, je vais peut-être le faire un peu mais je vais me dire cette personne est chiantie je ne vais pas me dire oui mais attends [...] j'ai moins d'empathie] Alors qu'en consult radicalement différent [...], la personne n'est jamais chiantie pour moi quasiment pas c'est à dire que la personne a peu d'estime de soi effectivement et du coup ça explique tel ou tel comportement donc il faut le comprendre. [...] pouvoir à chaque fois se dire c'est pas de sa faute, y a tel ou tel truc explicatif.

**0141 Chez les patient-e-s dépendant-e-s à l'alcool, la question d'une faible ES semble prépondérante**

A4 : C'est vrai qu'au niveau de l'alcool, y a beaucoup de gens qui ont peu d'estime d'eux. [...] ça les met dans un tel état qu'ils peuvent plus faire grand-chose et du coup ils pensent qu'ils pourront jamais rien faire d'autre [...] [chez le] gros alcoolique [...] pour trouver la faille de l'estime d'eux, [...] c'est des gens j' pense qu'ils ont tellement plus d'estime d'eux.  
D1 : Dans l'alcoolisme, je trouve que ça saute plus aux yeux que pour le tabac par exemple.  
E1 : si on parle par rapport à un sevrage alcoolique [...] c'est sûr j'imagine qu'il faut s'appuyer sur l'estime de soi,

**0142 Les patient-e-s présentant un problème d'addiction, sont perçus comme ayant une faible ES par certains MG**

E1 : Du coup c'est vrai que quelqu'un qui se présente pour un comportement addictif, je pars du postulat qu'il a une sous estime de soi  
E1 : il y a quand même « ouais j'suis dépendant, ça me fait chier, j'suis nul ».  
E1 : peut-être plus [...] quand dans nos représentations il y a une

composante plus psychologique au comportement comme par exemple dans tout ce qui est addicto. . Par exemple dans le diabète, je pense que je le fais moins. [...] Par exemple quand il y a eu le mois sans tabac là, [...] je leur disais « et alors qu'est-ce que ça vous fait, est-ce que vous êtes fier de vous, comment vous sentez ça ? »

E1 : ouais, plus les addictions où tu feras plus le lien avec l'estime de soi. On essaye peut-être plus de la renforcer en tous cas.

E5 : pour vous quelqu'un qui fume et qui veut arrêter , qui va voir le médecin, c'est quelqu'un qui a pas confiance en lui qui se sous-estime, parce qu'il peut pas y arriver tout seul ?

E2 : mais ça veut pas forcément dire que tu te sous-estimes

**0143 Avec ce postulat d'une faible ES chez les patient-e-s présentant un problème d'addiction, les MG essayent de la renforcer d'emblée, sans l'évaluer**

E1 : moi je pense que je saute la case évaluation de l'estime de soi dans ces comportements là pour me dire de toutes façon s'il a une mauvaise estime de lui et je passe directement à la case revalorisation

**0144 Il existe une faible ES dans la dépression**

A6 : [une basse ES] Ça peut rejoindre la dépression d'ailleurs.  
C4 : j'trouve, dans les syndromes dépressifs, machin là [...] y a quand même énormément [...] de gens [...] qui ont aucune estime d'eux mêmes.

**0145 Dans le burn-out, il existe une destruction de l'estime de soi**

B5 : Dans le burn-out, les gens ils ont une destruction de l'estime de soi [...] l'élément essentiel clef du démarrage du burn-out c'est la perte de l'estime de soi, qui conduit à courir après la réalisation de plus en plus d'actions pour rechercher cette récompense et comme on a plus l'estime de soi on attend la récompense de l'autre et dès qu'elle est refusée par...  
D1 : sur les syndromes d'épuisement professionnel [...] là on est obligé de s'en saisir parce que ça va être la première étape. De retrouver une estime de soi dans sa vie.

**0146 Une bonne ES est nécessaire pour changer de comportement**

A1 : J' pense qu'il faut avoir une estime de soi pour pouvoir changer  
A9 : je pense que le mec qui n'a aucune estime de lui quelque soit le niveau qu'on prend il n'arrivera jamais à changer. Il faut qu'il ait un minimum de trucs où il se sent capable de faire quelque chose pour arriver à changer derrière  
A2 : Il faut commencer par ça dans le changement de comportement  
B4 : Quelqu'un qui veut arrêter de fumer « mais non, je n'y arriverais jamais... je veux dire j'ai arrêté 3 fois » « mais c'est pas un problème, on peut y arriver, vous pouvez y arriver » « ah bon je peux y arriver ? » Donc il faut avoir un peu d'estime de soi pour se remettre en mouvement.  
C4 : mais est-ce qu'on arrive à les faire changer de comportement, moi je suis pas bien sûre [...] j'en ai une dans la tête, là Mme G. [...] elle a une estime de soi qui est dans ses chaussettes, et [...] elle écoute rien de ce qu'on lui dit, [...] on le sait qu'elle n'a pas d'estime de soi parce qu'elle te le dit, [...] pourtant elle fait ce qu'elle veut, en termes de traitement  
E2 : oui c'est vrai on leur demande pourquoi ils changent pas à la limite, et effectivement on peut faire le lien avec l'estime de soi

**0147 Une bonne ES semble nécessaire pour les patient-e-s atteint-e-s de maladies chroniques**

B1 : je pense souvent aux jeunes qui [...] veulent se soigner pour un diabète et qui ont pas envie parce que ça chamboule leur vie, je pense que ça doit être super important pour eux l'estime d'eux

**0148 Une faible ES semble fréquente chez les patient-e-s atteint-e-s de maladies chroniques**

C4 : les découvertes de diabète, c'est souvent des gens qui se laissent vivre complètement et ont pas forcément une hyper bonne estime d'eux.

**0149 Une faible ES est probablement la cause de difficultés d'observance thérapeutique chez les patient-e-s atteint-e-s de maladies chroniques**

C1 : les patients avec des maladies chroniques, diabète, hypertension et compagnie, et qui refusent de se traiter ou qui se traitent mal, [il] faudrait peut-être creuser, du coup sur l'estime de soi, parce que ces gens quand on trouve une maladie chronique potentiellement dangereuse, ou plus ou moins mortelle à long terme [...] et qu'ils veulent pas se soigner, c'est peut-être parce qu'ils ont une très mauvaise estime d'eux-mêmes et que du coup ils estiment que c'est même pas la peine de se traiter.

**0150 L'évaluation de l'ES se fait de manière intuitive, inconsciente.**

A6 : Inconsciemment.  
A7 : c'est automatique.  
A5 : Pas de façon formelle.  
A6 : On peut le savoir mais on sait même pas qu'on évalue l'estime de soi.  
A2 : Oui moi j'aurai pas mis de mot dessus quoi.  
B5 : Je peux la sentir [...] Je peux dire ce mec là il n'a pas d'estime de lui  
B4 : On ressent  
B3 : l'évaluer je le fais pas du tout ou peut-être intuitivement éventuellement  
C4 : je pense que sans forcément aller chercher l'estime de soi, on le fait quand même tous un peu [...] sans le savoir  
C5 : Oui moi je pense qu'on le fait sans doute [...] mais sans le dire que c'est

l'estime du patient que je vais chercher

C2 : je dirais que c'est pas forcément non plus quelque chose que je me dis que je vais aller rechercher... mais par contre implicitement

C4 : Tu le fais sans savoir que tu le fais en fait

D5 : pour l'évaluer on a pas une échelle de 1 à 10 avec des scores[...] donc effectivement c'est plutôt du feeling effectivement, du ressenti

D2 : Moi j'ai l'impression que je le fais plus en creux

E2 : Je le fais peut-être inconsciemment, enfin voilà, on arrive à savoir comment les gens ils sont, ça se ressent

E1 : oui je pense que l'évaluation on le fait peut-être de manière implicite (*les autres acquiescent*)

**0151 La prise de conscience d'évaluer intuitivement l'ES , se fait parfois, lorsqu'il y a un point d'appel d'ES basse**

C2 : Souvent, [...] quand je le sens, ça dépend lesquels, mais j'essaie vraiment de presque aller titiller un peu au niveau psychologique, alors pas non plus là où ça fait mal, mais vraiment arriver à leur faire émerger aussi des émotions et des trucs et que ça commence à lâcher

C1 : j'me suis aperçu que souvent quand tu poses la question (« et si on, ça va ? » au décours de la consultation), c'est que [...] t'as un feeling et tu sais qu'il faut poser la question

C4 : tu demandes pas non plus si t'as pas un petit doute sur quelque chose.

E1 : enfin on le note pas forcément quand les gens ont une bonne estime d'eux[...] on est quand même formatés aussi à rechercher ce qui est pas normal, ou ce qui va empiéter sur la bonne prise en charge du patient, du coup on recherche le point négatif quoi

**0152 L'intuition est un mécanisme inconscient d'intégration d'informations, de l'ordre de l'humain, comme un voyant rouge, qu'il est compliqué de formaliser**

B5 : l'intuition, je l'analyse comme les capacités inconscientes de notre cerveau à intégrer un ensemble de données de façon inconsciente.[...] Et qui s'appuie sur l'expérience et la mémoire après qu'on analyse. [...] C'est à dire qu'en fait la personne rentre dans le cabinet, en quelques secondes, tu as déjà intégré un million d'informations sur son comportement, sa tenue, sa façon d'être etc...Et ça c'est ce qu'on appelle l'intuition. Et en fait du moment où tu laisses ton cerveau complètement intégrer le truc sans être focalisé sur la personne tu intègres énormément d'informations et ça c'est l'intuition. Je serais incapable après de la remettre en forme structurée.

B5 : Ce qui est important c'est d'être capable de répondre à ce signal [...] Mais ce voyant il s'allume de temps en temps et voilà. Me demande pas de l'analyser après.

C2 : c'est dur à expliquer parce que y a des choses c'est en effet plus intuitif en fait

C4 : C'est chaud « comment t'évalues l'estime de soi de tes patients ? ».

D5 : c'est vraiment quelque-chose de très intérieurisé, c'est vraiment du ressenti très profond même pas tellement de soignant, d'être humain, ...ça peut aussi survenir ailleurs quoi...autant il y a des trucs ou je sais que je vais pas le transposer dans ma vie quotidienne, des dispositions d'état d'esprit que j'ai en consult parce que c'est mon costume de docteur que je me suis construit au cours de mes études et de ma pratique, autant ça l'estime de soi j'ai l'impression que c'est un truc qui est un peu plus transversal, qui est présent en consult mais que je vais pouvoir aussi transposer ailleurs justement parce que ça ne m'a pas l'air d'être quelque-chose de très médical. [...] C'est vraiment de humain qui rentre en interaction avec un autre humain et voilà comme quand tu croises quelqu'un dans la rue, tu peux dire tiens cette personne elle a l'air sûre d'elle, en forme et tout, telle autre moins bien, et c'est pas le médecin qui parle quand à cette évaluation là de la personne, c'est juste toi ton ressenti d'être humain.

D5 : le mécanisme qui fait qui fait émerger cette intuition [...] c'est diffus et pas seulement dans le cabinet

E2 : C'est pas facile parce que je pense qu'on fait les choses de façon intuitive et c'est dur d'avoir un regard enfin d'avoir du recul sur ce qu'on fait et de se dire alors comment je réagis à ce moment là pour euh voilà...moi je sais que, voilà, je réfléchis pas à ce que je dis dans le but d'augmenter l'estime de...mais je pense que je le fais de façon intuitive parce qu'on a envie d'aider les gens et peut-être pas suffisamment hein euh...

**0153 L'analyse de l'intuition est un processus difficile, fait de manière consciente, dans le cadre professionnel**

D5 : Après, [...] je suis médecin, j'enclenche un mécanisme d'analyse secondaire qui là effectivement me positionne comme toi quasiment toujours dans des dispositions, des tentatives de compréhension de pourquoi...si c'est quelque-chose de connoté négativement, essayer de comprendre qu'est ce qu'il y a derrière qui fait que cette personne manifeste comme ça son estime de soi.

D5 : mais pourquoi cette personne ressent le besoin de le manifester comme ça ? Mais ça c'est vraiment l'analyse de cette intuition alors que l'intuition initiale que t'as, là, par contre, je n'arrive pas à la contrôler...dans la rue et au cabinet.

B5 : c'est la partie inconsciente que tu vas essayer de structurer. Mais en fait la partie inconsciente c'est celle qui va te donner le plus d'informations et qui va te faire dire « tiens, y a un truc là ! ».[...] T'es obligé de faire une recherche consciente de ce que ton inconscient il a trouvé avant.

**0154 Les MG évaluent l'ES sans outils quantitatifs**

A6 : Pas quantitativement

A7 : on met pas une note comme on le fait avec la douleur

B5 : j'ai pas d'outils pour la mesurer. [...] j'utilise des échelles mais pour l'estime de soi j'ai pas d'échelles...

B4 : On a pas de marqueur de l'estime de soi

D5 : pour l'évaluer on a pas une échelle de 1 à 10 avec des scores[...] donc effectivement c'est plutôt du feeling effectivement, du ressenti

E2 : Évaluer l'estime de soi, moi j'avoue du coup, j'ai pas du tout d'outils pour le faire.

E3 : enfin je le mesure pas hein, je leur demande ...

E1 : par outil, on ne parle pas forcément...d'échelles ou machin...mais outils aussi dans le sens formation

**0155 Les MG s'interrogent sur la pertinence d'utiliser des outils pour évaluer l'ES**

B5 : Faudrait peut-être regarder dans les questionnaires utilisés par les RH, dans les ressources humaines. Ils utilisent beaucoup ce genre d'échelles...

B2 : Peut-être que c'est comme Prochaska selon là où il en est y a des outils à utiliser plus spécifiquement pour être plus pertinent.

B5 : Finalement est ce qu'on a besoin d'un outil ?

E3 : j'ai pas d'échelle. Et je pense que ça sert à rien. Mais après je sais pas si ça existe, mais c'est un chiffre quoi, et en plus ça doit fluctuer, enfin ouais, je suis pas sûre qu'on puisse se servir d'un truc un peu numérique

**0156 Les MG pensent que l'évaluation de l'ES nécessite du temps et de l'habitude**

B2 : peut-être que ça peut s'évaluer sur des entretiens psychologiques longs avec des gens qui ont bien l'habitude.

B5 : il ne faut pas s'y aventurer si on a pas l'habitude de s'y aventurer...Moi je file ça aux psychothérapeutes...

**0157 Les MG ont l'impression de rarement évaluer l'ES des patient-e-s**

A3 : l'estime de soi j'ai pas l'impression qu'on l'évalue [...] tant que que ça, mais plutôt la motivation.

A3 : l'estime de soi... Combien de fois tu dis : « ah ba lui ce qu'il pense de lui c'est pas top ». Y en a pas souvent.

A4 : Je dirai même jamais.

A2 : Rarement, exceptionnellement.

B3 : l'évaluer je le fais pas du tout ou peut-être intuitivement éventuellement,

C4 : moi j pense que je le cherche pas vraiment en fait

**0158 Les MG ne se sentent pas compétents pour évaluer l'ES des patient-e-s**

C5 : Moi si on me posait un jour à chaque fin de consult de dire « quelle est l'estime de soi de ce patient que vous venez de voir ? » je serais incapable de répondre

D3 : Non, moi je ne sais pas comment évaluer l'estime de soi

**0159 Les MG n'ont pas l'impression qu'évaluer l'ES des patient-e-s soit un but en soi**

D3 : C'est aussi vers quoi ça aboutit au fait ? Au bout d'un moment t'as une estime de toi de merde...désolé...enfin...mais moi a part de faire ce que je fais d'habitude c'est à dire de dire « bravo », « allez ! »

D3 : on fait des trucs quand après on est à l'aise et qu'on sait quoi faire [...] et quand on sait pas trop à quoi ça va nous servir et ben...on le fait pas en fait.

D5 : noter quelque-part dans le dossier : « bonne estime de soi » ou « mauvaise estime de soi » point et rien en faire derrière pour moi ça n'a pas de sens, ça n'a pas d'intérêt en tant que médecin.

**0160 L'évaluation de l'ES permet aux MG de mieux comprendre la manière de fonctionner des patient-e-s**

C5 : a nous permettrait de mieux connaître... enfin de mieux savoir sur quelle longueur d'onde sont les gens en fait quand on les voit

C5 : je pense que ça va plus servir au médecin généraliste qu'au spécialiste parce que le médecin généraliste, on suit quand même les patients, et du coup on connaît [...] leur histoire et du coup on va peut-être plus comprendre aussi leur estime d'eux-mêmes ou en tous cas [...] comment ils sont et pourquoi ils réagissent comme ça vis à vis de certaines choses

**0161 Le fait de connaître les patient-e-s, que la relation médecin-patient soit établie, facilite l'évaluation intuitive de l'ES**

E5 : moi j pense qu'il y a pas forcément besoin d'avoir des questions pour le voir aussi. Si c'est des patients que tu connais bien

**0162 L'évaluation de l'ES permet aux MG de cibler leurs interventions auprès des patient-e-s**

C1 : Ça permettrait de cibler les patients avec une mauvaise estime pour [...] savoir [...] enfin c'est ces patients-là qui seront [...] pas compliants du tout au traitement a priori

**0163 L'évaluation de l'ES permet aux MG d'adapter leur discours aux patient-e-s**

C4 : et après pouvoir jouer dessus [...] on s'adapte, on adapte notre discours en fonction de [...] ce qu'on sait

**0164 Dans certaines situations, l'évaluation de l'ES est faite consciemment par les MG mais sans qu'elle soit formalisée au/à la**

#### patient-e

C2 : en prenant des exemples , de manière détournée, en disant « On se rend compte maintenant que chez les patients obèses en fait il y a beaucoup de facteurs qui viennent ... de mal-être, voilà ... » et essayer de voir comment les gens réagissent

#### 0165 Dans certaines situations, l'évaluation de l'ES est formalisée, suite à la prise en charge d'un symptôme

A8 : au final c'est en se basant sur un symptôme je suis remontée moi sur un problème d'estime de soi. En mettant vraiment les mots dessus

#### 0166 L'évaluation consciente et formalisée de l'ES, se fait parfois, lorsqu'il y a un point d'appel, comme un TCA

B3 : Le seul moment où je pense je pose la question du physique ou de comment les gens ils se voient, je pense que c'est quand il y a des jeunes filles qui sont amenées pour des troubles du comportement alimentaire [...] C'est le seul moment où je vais demander « comment toi tu te vois ? »

#### 0167 L'évaluation de l'ES, lors d'un ACC dépend du type de comportement

D1 : J'essaye de l'estimer mais c'est vrai pas dans tous les changements de comportement. [...] Dans l'alcoolisme, je trouve que ça saute plus aux yeux que pour le tabac par exemple. Et puis sur les syndromes d'épuisement professionnel [...] là on est obligé de s'en saisir parce que ça va être la première étape. De retrouver une estime de soi dans sa vie.

#### 0168 L'évaluation consciente de l'ES, se fait parfois, lorsqu'il y a un point d'appel, comme une obésité

C2 : les patients que j'ai en tête c'est des patients obèses, et là c'est vraiment des cas où je vais [...] vraiment miser sur le côté psychologique par je me dis qu'il y a vraiment [...] un truc derrière quoi

#### 0169 L'évaluation consciente de l'ES, se fait parfois, lorsqu'il y a un point d'appel, comme une pathologie psychiatrique

C5 : je le cherche que pour les maladies psy , [...] mais pour un diabétique ou quelque chose vraiment plus, je cherche pas  
C4 : Moi je le cherche chez les dépressifs

#### 0170 L'évaluation formalisée de l'ES se fait à travers le concept de l'image de soi

B3 : Le seul moment où je pense je pose la question du physique ou de comment les gens ils se voient, je pense que c'est quand il y a des jeunes filles qui sont amenées pour des troubles du comportement alimentaire [...] C'est le seul moment où je vais demander « comment toi tu te vois ? »

E3 : bah moi les ados, je demande beaucoup ce qu'ils pensent d'eux, l'idéal qu'ils ont d'eux mêmes, ce qui me permet de voir un peu, si l'idéal est trop important, le gap est trop important entre la réalité et l'idéal qu'ils ont d'eux mêmes, bon ça permet un peu de travailler [...] Ou ça peut être les femmes qui subissent des violences aussi, pour voir un peu ce qu'elles pensent d'elles, et essayer de les sortir un peu de leur statut de victime

E3 : oui voilà, « comment vous vous voyez ? » « qu'est-ce que vous pensez de vous ? » [...] je les fais verbaliser sur ce que elles ressentent, et ce qu'elles pensent d'elles même quoi. Un peu de verbaliser le ressenti, mais par rapport à elles, pas par rapport, du point de vue de quelqu'un d'autre

#### 0171 L'évaluation formalisée de l'ES pose des difficultés aux MG

B1 : on peut lui demander comment il se trouve [...] S'il se trouve beau, intelligent mais moi je trouve ça assez délicat en fait.

#### 0172 Dans certaines situations, l'évaluation de l'ES est formalisée, par des questions en lien avec le sentiment d'efficacité personnelle

B4 : éventuellement on demande « Vous pensez que c'est faisable ? » Ça peut-être moi une question toute bête mais si il dit « oh non non ça je ne pourrai jamais » « ba oui oui ça me paraît faisable ». Voilà, il se sent capable de

#### 0173 Dans certaines situations, l'évaluation de l'ES est formalisée, par des questions en lien avec l'image de soi

C3 : par des phrases plus comme « et comment vous vous sentez là, dans votre corps actuellement ? [...] « Est-ce qu'il y a des choses que vous faites plus parce que voilà vous êtes plus... vous avez un peu honte de vous ? » Voilà, plus des questions [ sur leur ressenti]

B3 : Le seul moment où je pense je pose la question du physique ou de comment les gens ils se voient, je pense que c'est quand il y a des jeunes filles qui sont amenées pour des troubles du comportement alimentaire [...] C'est le seul moment où je vais demander « comment toi tu te vois ? »

#### 0174 La dévalorisation est un marqueur de discours des patient-e-s utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES

A6 : si elles se considèrent bien ou si elles pensent qu'elles font tout mal  
A4 : C'est des patients qui s'autocomparent. [...] Il parlait pas de lui oui, il parlait toujours des autres

A6 : Des gens qui sont négatifs, qui pensent qu'ils arrivent pas à faire ce qu'ils veulent faire

A5 : Y a des patients qui ont l'impression que tout ce qu'ils font c'est pas bien [...] À partir du moment où on lui dit « ta réflexion et ton observation là dessus paraît bizarre » elle se l'approprie, au lieu de dire « après tout ma mère

pense ça, ma voisine pense ça et c'est leur problème, moi je suis dans ma décision, et je reste dans ma décision»

C5 : et puis t'as des gens qui même si finalement ils font peut-être sans doute les choses très bien, ils ont pas vraiment confiance en eux, donc ils ont pas d'estime d'eux-mêmes quoi, ou qui sont trop modestes

E2 : le lien avec l'estime de soi parce que souvent ils se dévalorisent en fait « j'y arriverai jamais .. de toutes façons voilà »

E2 : c'est vrai qu'il y a certains patients pour lesquels c'est plus marqué [...] ils se dévalorisent

E5 : moi j'ai une patiente qui répond tout le temps « je sais pas je sais pas » je lui réponds « premièrement je suis sûre que vous savez plein de choses » et puis du coup j'me dis bah en fait elle se dévalorise beaucoup alors qu'elle sait beaucoup de choses

#### 0175 Le sentiment de ne pas être légitime est un marqueur de discours des patient-e-s utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES

C3 : Souvent sur la légitimité. Les gens se trouvent des fois pas légitimes dans leur travail, dans leur rôle, dans leur famille,

#### 0176 Le fait de se sentir au dessus des autres est un marqueur de discours des patient-e-s utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES

C5 : Ou t'as une énorme estime de toi même et du coup t'es au dessus de tous les autres

#### 0177 La culpabilité est un marqueur de discours des patient-e-s utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES

A6 : si elles pensent [...] que tout ce qui arrive c'est de leur faute, donc ça revient aussi à la culpabilité

#### 0178 Le déni est un marqueur de discours des patient-e-s utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES

C4 : l'estime de soi c'est ça aussi je pense, de sentir pas bien d'être comme ça (en surpoids et diabétique) et mais surtout de pas s'en occuper comme ça on le sait pas

#### 0179 Le fait de ne pas avoir de suivi médical est un marqueur utilisé par les MG pour l'évaluation intuitive de l'ES des patient-e-s

C1 : il était désocialisé, ça faisait 15 ans qu'il avait pas vu de médecin, donc on peut estimer qu'il y a un gros travail sur son estime de soi [...] à faire

C4 : Mais vous avez pas cette espèce de mecs là, qui ont complètement jamais vu de médecin, qui fument, qui boivent, qu'en ont rien à foutre et puis qui débarquent[...] je sais pas si c'est un manque d'estime de soi, mais enfin, pourquoi [...] tu fumes beaucoup , tu bois beaucoup . Et un jour tu mets les pieds chez un médecin[...] et en fait ils repartent avec un truc et ils le font, donc c'est bien qu'il y a un truc qui fait que [...] . Il doivent être dans un mal-être,

#### 0180 La posture, la présentation, l'attitude des patient-e-s est un marqueur utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES

A5 : le non verbal [...], leur attitude. [...]

A1 : dans la façon de parler, dans le regard.

A1 : c'est vrai ceux qui sont pas bien on le voit dans le non verbal, ça se voit dès la salle d'attente quand il marche vers nous

A2 : C'est un peu dans le contact [...] avec le patient, [...] son comportement, [...] sa présentation, [...] dans le discours [...] dans ce qu'il dit, dans la relation qu'on a avec lui, sa manière de répondre à nos questions ou de nous en poser

A4 : elle avait une estime, [...] elle avait vraiment [une prestance]

C5 : quand on a quelqu'un en face de nous, on voit la façon de se tenir, la façon de parler

#### 0181 L'assurance est un marqueur de la posture des patient-e-s utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES

C5 : j'pense que ça dépend du caractère des gens aussi [...] y a des gens qui sont hyper sûrs d'eux, ils ont sans doute une bonne estime d'eux-mêmes

#### 0182 Le fait de s'effacer, de se tenir en retrait, est un marqueur de la posture des patient-e-s utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES

A5 : certains qui donnent l'impression qui resteraient dans un trou de souris pour passer inaperçus

A7 : Celui qui est au fond de son fauteuil déjà...

C2 : Le regard fuyant [...] comme avec n'importe qui dans la vie de tous les jours enfin tu vois en effet si t'as quelqu'un qui est (*en se recroquevillant vers l'avant*) un peu comme ça...

C5 : qui te regarde pas ...

C4 : elle est très réservée, elle est très... elle est toute tordue, toute comme ça, elle ose pas trop, elle parle tout doucement,

#### 0183 Le discours des patient-e-s est un marqueur utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES

A2 : C'est un peu dans [...] son discours, [...] l'entretien qu'on a avec [...] dans ce qu'il dit, dans la relation qu'on a avec lui, sa manière de répondre à nos questions ou de nous en poser

B5 : C'est au cours de l'entretien.

B2 : l'évaluation de l'estime de soi ça passe par toute ces petites bribes de

phrases ou j'arrive à choper des contextes où il a confiance en lui, où il s'estime pour derrière renforcer.

**0182 La motivation est un marqueur de la posture des patient-e-s utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES**

A2: si on le trouve motivé ou pas.

**0185 La manière de percevoir son environnement est un marqueur du discours des patient-e-s utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES**

A1 : on évalue l'ES aussi quand on voit ce patient-là, quand on va l'interroger dans le présent quoi, on va lui demander où il en est dans son travail, comment ça va dans la famille, et voilà

**0186 Le fait de prendre soin de son corps est un marqueur de la posture des patient-e-s utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES**

C4 : s'ils commencent à plus s'habiller, [...] je regarde un peu si les nanas elles se maquillent

**0187 Le fait de ne pas prendre de temps pour soi est un marqueur du discours des patient-e-s utilisé par les MG lors de l'évaluation intuitive de l'ES**

D3 : ça passe en dernier en fait, de prendre du temps pour soi et ça, ça veut dire quelque-chose effectivement

**0188 Plusieurs éléments permettent d'évaluer intuitivement l'ES**

A6: par le biais d'autres choses justement ce qu'on disait. On peut le savoir mais on sait même pas qu'on évalue l'estime de soi.

**0189 L'évaluation intuitive de l'ES est plutôt déclenchée par des marqueurs d'une haute ES**

A4: Est-ce qu'on pense pas plus à évaluer l'estime de soi de quelqu'un [...] qui est en surestime de lui plutôt que quelqu'un qui a une mauvaise estime de lui ? [...] personnellement je pense que j'estime plus l'estime des gens qui [se surestiment] ou [...] qui mettent en valeur leur estime d'eux, alors que ceux qui en auraient peut être besoin qu'on l'évalue moi je l'évalue pas du tout.

**0190 L'évaluation intuitive de l'ES est déclenchée par des marqueurs d'une faible ES, perçus dans l'attitude des patient-e-s**

A1 : c'est vrai ceux qui sont pas bien on le voit dans le non verbal, ça se voit dès la salle d'attente quand il marche vers nous, [...] et là on sent qu'il y a quelque chose, qui est soit pas dit [...], soit nous il va falloir qu'on aille aux informations

**0191 L'évaluation intuitive de l'ES est déclenchée par des marqueurs d'une faible ES, comme des symptômes psychosomatiques**

A1: Bah on recherche. S'ils viennent et qu'ils sont pas bien, ils dépriment ou des douleurs ... justement on en revient au somatique, qui en fait est psychosomatique, et forcément qu'on va évaluer à un moment donné de notre consultation où ils en sont, et si l'estime de soi va être exprimée [...] Ça ça va se faire vraiment spontanément en fonction des symptômes qu'ils ont. On va aller à la recherche, oui c'est vrai

**0192 L'évaluation intuitive de l'ES est déclenchée par des marqueurs d'une faible ES, perçus dans la manière dont les patient-e-s perçoivent leur environnement**

A1: Bah on recherche [...] S'ils commencent à nous dire que ça va mal, que déjà dans la famille, socialement, voilà quoi.

**0193 L'ES s'évalue en comparaison avec l'état antérieur**

A1: Là on va savoir, tiens, un mois avant ils étaient pas mal, enfin on le sentait bien et là ... Ca ça va se faire vraiment spontanément

B2 : l'évaluation de l'estime de soi ça passe par toute ces petites bribes de phrases ou j'arrive à choper des contextes où il a confiance en lui, où il s'estime pour derrière renforcer.

**0194 Les MG s'interrogent sur la manière d'évaluer de manière formalisée l'ES**

B1 : comment tu peux trouver les mots ? parce qu'on a pas trop fait ça quoi, on a pas appris à poser ce genre de questions, sans émettre de jugement d'ailleurs [...] en restant très psychologue.

**0195 Les MG s'interrogent sur la manière d'évaluer de manière intuitive l'ES**

B1 : Comment observer ? Comment il était habillé ?

**0196 Les MG s'interrogent sur le fait d'utiliser leur propre ES pour évaluer celle des patient-e-s**

C4 : Non mais j'arrive pas à comprendre ce que enfin tu vois ... qu'est-ce notre estime de soi à nos peut faire dans la compréhension de l'estime de soi quoi c'est ça, de l'autre ?

C1 : C'est un petit peu comme si on était en empathie avec un patient dépressif parce qu'on a déjà été dépressif, enfin ... faut surtout pas faire ça [...] se comparer

**0197 Le fait de connaître les patient-e-s permet de mieux appréhender**

**leur ES**

B4 : tu dois pouvoir [catégoriser] si tu connais un petit peu les..., tu dois pouvoir dire lui c'est plutôt fragile, lui c'est plutôt costaud

B4 : on a besoin de connaître les gens pour avoir un peu leur vécu, leur histoire [...] les difficultés qu'il a croisées pour pouvoir le renforcer, lui dire « t'as réussi à faire ça, tu vois bien, t'es pas un con ».

**0199 Parfois les MG verbalisent le fait qu'ils évaluent que le/la patient-e présente une ES basse**

B4 : Moi je leur dit « vous avez pas confiance en vous » « vous vous sentez incapable de faire quoi que ce soit ». [...] « Je ressens que [...] vous vous trouvez nul ». Voilà je lui dit ça pour leur faire comprendre, visualiser ce qu'ils me disent...

C4 : je leur fait remarquer

**0200 Parfois les MG ne verbalisent pas leur ressenti d'une ES basse**

B5 : j'essaie de pas verbaliser moi. J'utilise beaucoup la reformulation.

**0201 Les MG ont l'impression de renforcer l'ES des patient-e-s**

B3 : l'évaluer je le fais pas du tout ou peut-être intuitivement éventuellement, je suis surtout là pour renforcer

C5 : Oui, moi j pense que j'essaie de renforcer l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes [...] Ouais, on essaye de renforcer

C4 : Moi j'essaie de les renforcer [...] toute seule quoi [...] spontanément quoi

**0203 Les MG ont l'impression de renforcer l'ES des patient-e-s, de manière implicite**

D3 : Moi ça m'est déjà arrivé mais ça se matérialise plutôt par prendre du temps pour soi.

D3 : dans ma tête, je pense que je fais le truc direct sans me dire qu'elle doit avoir une mauvaise estime d'elle donc il faut faire quelque-chose

D4 : [conseiller de prendre du temps pour soi] c'est pas quelque-chose que je fais spontanément et dans cet objectif là (*de renforcer l'ES*)

**0204 Les MG ont l'impression de renforcer l'ES des patient-e-s, de manière explicite**

E1 : oui je pense que l'évaluation on le fait peut-être de manière implicite (les autres acquiescent). Et on cherche peut-être plutôt de manière explicite à la renforcer quand on trouve qu'il y a une sous-estime de soi.

**0205 Les MG n'ont pas l'impression que renforcer l'ES des patient-e-s soit un but en soi**

D2 : à renforcer l'estime de soi ce sera pas un but en soi, jamais. Enfin, j'ai pas l'impression que je propose des trucs pour que les gens ils renforcent leur estime d'eux-mêmes

**0206 Les MG essayent de renforcer l'ES des patient-e-s lorsque cela a un lien avec leur motif de consultation**

D2 : Moi j'ai l'impression que c'est vachement dépendant du contexte de toute manière. Que de toute manière cette histoire d'estime de soi, je la prends en compte si ça impacte un truc dans ce pourquoi la personne elle vient au fait[...] Et que du coup, à ce moment là, dans ce qu'on peut proposer de la prise en charge ou quoi, eh ben, ça sera un corolaire de renforcer l'estime de soi mais ce sera pas un but en soi, jamais.

**0207 Pour renforcer l'ES d'un-e patient-e, les MG valorisent ses réussites, ses compétences**

A6: Quand on a des réussites personnelles ça aide à prendre confiance en soi.

A1: C'est un truc que j'utilise chez le patient aussi : « vous avez déjà réussi quelque chose ». [...] Un renforcement positif.

A1: Valoriser [...] là où ils ont réussi les choses.

A1: Les faire exprimer des choses qu'ils auront réussies.

A1: Valoriser là où ils sont bons

B2 : si il me dit qu'il est sportif et que ça se passe hyper bien et que je le vois deux semaines après et qu'il est effondré, je vais essayer de me focaliser sur les points positifs de son estime de lui

B4 : on a besoin de connaître les gens pour avoir un peu leur vécu, leur histoire [...] les difficultés qu'il a croisées pour pouvoir le renforcer, lui dire « t'as réussi à faire ça, tu vois bien, t'es pas un con ».

B5 : Recontourner l'obstacle en l'amenant au niveau de la compétence. Si vous savez grimper sur une échelle, vous pouvez aussi monter sur un mur d'escalade...

C3 : là où il bon, où il est fort, [...] pour qu'il se sente valorisé [...]des choses où il est doué

C1 : Des aspects positifs et qui sont aussi plutôt bons pour la santé ..

D3 : « vous êtes une très bonne maman ! Regardez comme vous vous occupez bien de cet enfant »

D2 : j'ai l'impression que je fais même plus le renforcement sur des trucs pas médicaux au fait[...] par exemple [...] le travail de femme au foyer c'est un truc tellement pas reconnu que même les femmes elles-mêmes elles considèrent du coup que c'est pas du travail ce qu'elles font

D3 : De la reconnaissance aussi même sur des trucs qui sont pas médicaux.

**0208 Pour renforcer l'ES d'un-e patient-e, les MG valorisent les**

### domaines positifs de sa vie

A9 : Pas spécialement dans le domaine médical, [...] il faut essayer de trouver en lui là où il se trouve fier. Parce que même le mec qui est au bout du bout du trou, y a obligatoirement un truc où il peut se sentir fier de lui et utiliser ça en disant : [...] « Vous êtes de cap de faire quelque chose de super bien, vous êtes cap de le transposer à autre chose. ».

A9: pas hésiter à sortir du domaine médical pour les aider.

A1: Leurs passions...

A7: leur famille, leur travail [...] leur vie conjugale, leur rapport avec leurs enfants, leur vie professionnelle [...] tout a un impact sur leur santé.

A6: Tout. Franchement oui.

A1: C'est vrai qu'heureusement qu'on dépasse le côté médical, c'est sûr c'est important.

B5: j'ai un patient qui est arrivé qui est en presque burn-out [...] ce que j'ai essayé [...] c'est de l'amener à raisonner « eh ba vous avez deux personnes y a une personne qui a une femme des enfants etc c'est Mr X et Mr X il se regarde tout les jours dans la glace, il est content de lui parce qu'il a une femme, il a des enfants etc...et puis y a Mr X qui est dans l'entreprise qui est maintenant a la valeur 0 ba ça ça n'a plus aucune importance vous vous en occupez plus puisque de toute façon c'est fait. La seule chose que vous avez à faire c'est obtenir en sorte de perdre le minimum. Et vous allez vous concentrer sur vous. Pas sur X qui est commercial. »

B5 : donc l'estime de soi je la renforce sur ce qui est [positif]

B4 : les aspects de sa vie, c'est son parcours , [...] ce qu'il a réussi. C'est s'appuyer là-dessus. [...] après il a eu je sais pas quoi, [...] ça peut arriver...donc c'est essayer de valoriser tout ce qui a été fait de positif dans la vie.

B5 : Tu cherches le positif là où il est.

D4 : de faire ressortir vraiment le positif, surtout dans ses comportements [...] qui peut toucher à n'importe quoi [...] peut-être du pas médical [...] pour essayer de renforcer son estime de soi.

### 2020 Pour renforcer l'ES d'un-e patient-e, les MG utilisent un langage positif

A3: [Les faire exprimer] des points positifs

A8: [par] des images positives.

A3: en ayant un langage positif.

A4: Oui faut être dans le positif, faut pas être dans le négatif.

B2 : j'ai essayé de véhiculer des messages simples et positifs

B6 : ou alors tu parles que de positif. Là où il y'est pas tu retournes la situation.

D1 : en sortant j'ai toujours ma petite phrase bateau « prenez-soin de vous » et ça c'est pareil je trouve que ça passe plutôt bien parce que les gens sont contents, ça remet leur santé dans leurs mains et ça redonne un peu d'estime de soi.

D1 : Au CHU, tout le monde se foutait de ma gueule, en stage, parce que j'étais toujours là au lit du patient à dire « excellent ! », « super ! » ...c'est vrai que j'en fais trop mais ça aussi les patients aiment bien. Parce...parce que c'est « pump it up » quoi ! Du coup, ils en ressortent plutôt heureux, plutôt plus confiants j'ai l'impression

### 2020 Pour renforcer l'ES d'un-e patient-e, les MG adoptent une posture positive, dynamique

C4 : j'pense qu'on a l'air enjoué [...] des médecins qui sont complètement neurasthéniques là, ça donne pas très envie [...] j'pense que spontanément on doit faire des trucs genre (*sur un air forcé*) « ha ha, c'est super »... quand on n'est pas au fond de notre fauteuil à leur dire (*sur un air ramolli*) « oui, alors vous devriez aller faire un peu quelque chose ... pour vous »

C2 : dans le renforcement aussi, du coup on est forcément beaucoup plus positifs, beaucoup plus motivant

C4 : on change pas complètement de comportement non plus quoi, enfin de tempérament

D1 : Pour moi, la meilleure manière c'est simplement déjà d'être souriant et d'être « pump it up » quand je les accueille et ça je trouve que ça leur donne la patate. Ça change complètement la consult.

### 2021 Le fait que leur MG montre de l'intérêt pour leur vie renforce l'ES des patient-e-s

A4 : ils se disent un p'tit peu « ba tiens ça intéresse mon médecin, donc ça intéresse d'autres personnes ce que j'fais ». Donc [...] ça estime qu'ils se sont pas gourés [...] dans leur choix. Ils ont fait un choix, qui [...] intéresse des gens donc, c'est que finalement le choix est bon donc, tu vois, [...] ça les valorise.

A4 : Si toi, en tant que médecin, tu t'intéresses à eux je pense que ça les valorise dans leur vie quotidienne. Moi je fais pas ça pour les valoriser mais ça se fait intuitivement, [...] le patient il se dit ma vie est intéressante, donc ça le surestime dans sa vie.

A4 : j'pense qu'on augmente leur estime d'eux même en leur montrant que finalement on s'intéresse entre guillemets à eux

### 2022 Pour renforcer l'ES d'un-e patient-e, les MG valorisent les aspects positifs de sa démarche

A3: [Les faire exprimer] des points positifs

A1: Moi parfois je leur dis de faire 2 colonnes [...] pour parler autour de ça. « Qu'est-ce qui va pas en ce moment ? » [...] et « qu'est-ce qui va bien ? » Des trucs simples.

A8: Il faut valoriser le patient, tous les petits acquis

B6 : ou alors tu parles que de positif. Là où il y'est pas tu retournes la situation.

C4 : je leur dis « mais non, mais c'est très bien ce que vous faites » .

D4 : de faire ressortir vraiment le positif, surtout dans ses comportements

### 2023 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG utilisent le renforcement positif

A6 : le renforcement positif

### 2024 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les encouragent, les félicitent

A2 : en les félicitant

A2 : les encourager

B3 : Lui dire que le changement qu'il induit c'est bien.

E2 : les encourager, de toutes façons voilà, de dire des mots encourageants.

### 2025 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les aident à relativiser, objectiver, recontextualiser, dédramatiser leur situation

B5: j'ai un patient qui est arrivé qui est en presque burn-out [...] ce que j'ai essayé [...] c'est de l'amener à raisonner « eh ba vous avez deux personnes y a une personne qui a une femme des enfants etc c'est Mr X et Mr X il se regarde tout les jours dans la glace, il est content de lui parce qu'il a une femme, il a des enfants etc...et puis y a Mr X qui est dans l'entreprise qui est maintenant a la valeur 0 ba ça ça n'a plus aucune importance vous vous en occupez plus puisque de toute façon c'est fait. La seule chose que vous avez à faire c'est obtenir en sorte de perdre le minimum. Et vous allez vous concentrer sur vous. Pas sur X qui est commercial. »

B1 : lui suggérer que c'est pas vraiment sa valeur à lui mais la valeur que lui donne son chef.

B2 : je fais pas mal de suivis de nourrissons, et les jeunes mamans qui l'amènent leur premier bébé souvent elles ont vraiment une estime d'elle-même assez basse et je me base sur le poids de l'enfant en leur disant « Mais voyez vous faites tout ce qu'il faut il grandit bien il grossit bien il est tout beau il est tout rose » et, et en essayant justement de dédramatiser

B6 : En essayant de normaliser les choses [...] Qu'il est pas le seul comme ça et que tout un chacun a déjà eu comme lui et c'est une des façons de renforcer son estime de soi.

B4 : de relativiser.

B2 : Voilà. J'objective.

D3 : je crois que moi j'ai aussi un truc qui renforce l'estime de soi, j'ai tendance à positionner le droit aussi [...] « moi, je me sens assez une merde pour penser qu'il a le droit de me faire ça » mais du coup en fait « non, le droit ne dit pas ça, le droit dit que non, que vous êtes une personne et qu'on n'a pas le droit de vous faire ça »

D3 : se rendre compte que t'es pas tout seul et machin ça aide aussi au niveau estime de soi

E3 : je dédramatise aussi l'échec d'avance. Je parle déjà de l'échec et je dis bah si vous y arrivez pas c'est pas grave vous avez essayé

E4 : de dire que c'est peut-être pas aussi compliqué que ce qu'on dit et que il faut peut-être pas en faire autant une montagne [...], il faut essayer de faire relativiser le truc et que même si eux ils se sentent en échec justement parce qu'ils ont déjà eu une mauvaise expérience , dire c'est pas grave et puis ça arrive, ça veut pas dire qu'ils y arriveront pas.

E1 : dire que si c'était si facile que ça, il y aurait pas tant de gens qui seraient dans l'addiction par exemple, et tout le monde arrêterait.[...] dire qu'ils ont raison de venir parce que de toutes façons c'est difficile

### 2026 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les aident à diminuer leur sentiment de culpabilité

D2 : renforcement truc dans le sans que c'est pas sa responsabilité à elle, qu'elle est victime et qu'elle est pas coupable et qu'elle a pas à se sentir mal, elle peut être en colère et tout mais qu'elle a pas à culpabiliser du comportement

### 2027 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG adoptent un regard positif sur la situation

A3: [En valorisant l'état des « constantes »] même si ça s'est pas amélioré. B5 : j'ai le cas d'un patient qui est alcoolique[...] L'intérêt de noter des consommations c'est que ça te permet de montrer qu'il a bien réduit [...] sa consommation et donc positiver les effets de sa réduction. [...] j'ai toujours positif ses consommations même quand il y avait une chute je trouvais toujours le moyen de montrer qu'il y avait quand même une phase positive à un moment ou un autre.

B2 : J'utilise beaucoup ce genre de formulation aussi. « Ah j'avais arrêté mais j'ai arrêté que 2 mois... » « Mais c'est génial !! »

C4 : Tu vois le positif

C3 : Voilà, ils ont perdu un kilo en six mois et puis tu dis (*ironique*) « mais c'est bien » (*rires*).

C4 : Et puis même le cholestérol quoi, enfin tous les trucs, dès qu'il y a des bios, on est (sur un ton ironique) « ha oui c'est bien »

### 2028 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG valorisent le changement, même temporaire / relativisent une rechute, un échec

### 2029 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG valorisent le changement, même partiel

E1 : valoriser les petites choses positives qu'ils ont réussi à acquérir

**0220 Pour renforcer l'ES d'un-e patient-e, les MG lui montrent qu'ils/elles croient en lui/elle**

A4 : ca leur apporte un plus de savoir que finalement on pense qu'ils ont des ressources grâce à ça, [...] Ils se disent, ba finalement mon médecin il croit aussi en moi, sinon il me poserait pas la question.

A8: Qu'on a confiance en lui, on lui restitue une confiance en lui, en ses capacités et du coup le fait d'avoir confiance en le patient le valorise.

**0221 Pour renforcer l'ES d'un patient-e, il est important que le renforcement soit adapté à lui / elle**

A9: tout ce qui peut, l'accrocher, qui peut l'aider et le valoriser. Après ça dépend du patient

B1 : Si on lui dit « vous avez vu vous savez bien faire ça » mais qu'en fait lui ce qu'il voudrait c'est avoir une estime sur un autre domaine [...] on a raté...il faut essayer de trouver ce que lui il aimerait avoir comme meilleure estime de lui

**0222 Pour renforcer l'ES des patient-e-s , les MG valorisent leurs ressources personnelles**

A6: un truc qu'on avait appris en écoute active et que j'utilise beaucoup, c'est les ressources personnelles [...] Essayer de voir si ils ont des idées pour faire autrement dans leur vie ou par rapport à une situation donnée.

B2 : en disant que elle allait prendre les bonnes décisions

B4 : tout le travail est de ramer pour lui faire avancer les idées qu'effectivement elle a les outils pour.

**0223 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG utilisent des objectifs intermédiaires précis qu'ils valorisent**

E2 : de donner des objectifs [...] quand ils ont atteint leurs objectifs de dire c'est super, je suis contente pour vous.

E1 : de pas les pousser à avoir des objectifs trop hauts.

**0224 Pour renforcer l'ES des patient-e-s , les MG essayent de leur faire dire les aspects positifs (autopersuasion)**

B1 : après on peut leur donner des petites techniques comme [...] se dire à eux même comme la méthode coué [...], qu'ils ont de la valeur

B5 : lui faire dire (le positif)

B5 : j'essaie de lui faire dire ce que je sais être positif.

**0225 Le travail d'autopersuasion dans le renforcement de l'ES, vise à rendre le patient autonome**

B1 : qu'ils se le disent aussi au moment où ils sont dans leur perte d'estime d'eux, dans la journée, quand ils sont pas avec nous, « je me vois comme ça parce que justement mon patron arrête pas de me dire que je suis nul mais en fait, en réalité, est ce que je suis vraiment comme ça ? Je me vois mais est ce que je le suis ? » Jouer là-dessus. Pour donner un outil au patient [pour] qu'il soit mieux dans son estime de lui.

**0226 Pour renforcer l'ES des patient-e-s , les MG valorisent leur autonomie**

A1 : que ça vienne d'eux, c'est bien.

A7: « Qu'est-ce que vous pensez vous pouvoir faire pour améliorer telle chose ? ». [...] le patient [...] est un peu surpris qu'on lui pose cette question, [...]Et puis [...] il comprend que [...] il faut que ça vienne de lui [...] si ça vient pas de lui, y a un moment où nous on peut rien faire. [...]

D5 : essayer d'autonomiser les gens. [...] un peu une démarche démedicalisante forcée, parce que de fait le médecin vers lequel elle se tourne à ce moment là n'y connaît rien, mais le lui dit : « ça vous êtes autant armée que moi ». Et voilà aussi ça joue aussi sur l'estime de soi j'ai l'impression, [...] J'ai l'impression que les gens se disent « tiens sur cette question là le médecin il connaît pas grand chose de plus que moi, ben peut-être que je suis sur la bonne voie, j'ai peut-être bien raison d'aller m'aventurer dans ce changement de comportement là, je vais peut-être trouver un truc révolutionnaire »

D5 : reprendre de l'autonomie sur sa santé et se rendre compte que en fait il n'y a pas forcément besoin du médecin, il y a plein de trucs qu'on sait très bien faire tout seul ou toute seule dans son coin ou collectivement avec d'autres personnes qui partagent les mêmes problématiques. Je trouve que ça joue pas mal ça.[...] Leur dire, en fait, qu'ils sont experts [...] d'eux-mêmes. Juste prendre conscience de ça, en général, je trouve que ça a un très bon impact sur leur estime de soi.

E5 : Mais quand on parle d'estime de soi, c'est aussi un peu ça finalement parce que quand t'es dans le conseil un peu paternaliste finalement ça fait de la relation qui est finalement déséquilibrée alors que si c'est le patient justement qui va choisir de changer du coup c'est lui au contraire qui va prendre le dessus finalement du coup son estime de soi quand il va venir te voir elle va être gonflée à bloc comme quand tu dis « j'ai décidé d'arrêter de fumer », voilà c'est pas le médecin qui dis « alors, ce serait peut-être bien d'arrêter de fumer » et donc du coup t'es gonflé à bloc et l'estime de soi est au taquet et donc du coup t'es trop motivé pour y arriver.

E1 : que ça soit plus lui, le patient, qui nous pose des questions à la recherche d'une information mais que nous on recherche des informations de lui en le laissant parler [...]ça le remet aussi au centre et on lui donne la parole [...] « à vous la parole, qu'est-ce que vous en pensez-vous ? » ça doit lui donner de l'importance aussi et ça doit regonfler son estime

**0227 Dans le travail de renforcement de l'ES des patient-e-s, l'objectif de réautonomisation existe dans les accompagnements individuels comme dans ceux de groupe**

D5 : (à propos du renforcement de l'ES par la réautonomisation, la revalorisation du savoir des personnes) [quelque-chose de collectif] mais qui peut se retrouver en consult individuelle, [...] le groupe, je pense, ça a tendance à émuler ça j'ai l'impression. Je pense que ça se retrouve aussi en entretien individuel.

**0228 Dans le travail de renforcement de l'ES des patient-e-s, les MG se montrent disponibles**

B2 : en disant que [...] j'étais disponible si elle voulait rediscuter

**0229 S'adapter aux représentations des patient-e-s : renforcement de l'ES ou la confiance dans la relation médecin-patient ?**

E1 : quand tu lui dis : « je vous comprends[...] », le fait de bien connaître la culture [...] tu vas du coup pouvoir être plus compréhensif envers la personne et la personne elle a l'impression d'être mieux comprise

E3 : Si tu sais que, de toute façon, il y a des choses que tu leur dis de faire mais qu'ils ne feront pas, parce que c'est le ramadan, [...] eh ba, ils sont plus réceptifs

E2 : Mais moi je comprends pas comment ça peut changer leur estime d'eux-mêmes...

E5 : pour les patients diabétiques ou, je sais pas, ça va être l'Aïd ou ça va être des fêtes et [...] de leur dire « eh ba ok vous pouvez... » enfin « c'est normal, profites-en, c'est des fêtes de famille, profites-en » quoi, on pas là à dire non, il ne faut pas et du coup ça renforce, alors peut-être pas l'estime de soi mais en tout cas la confiance que tu peux avoir avec du coup le patient.

E3 : Le discours est plus proche de la réalité dans ce qu'il retranscrit. Parce que sinon, ils disent que ce que tu veux entendre.

E1 : Mais n'empêche, ce sentiment de se sentir compris ça te renforce aussi. Ça veut dire que tu te légitimes toi-même, du coup euh...je pense que ça renforce aussi l'estime de soi.

E4 : Une analyse en fait de personnalité et après en fait tu t'adaptes...dans ton discours et dans ta prise en charge

**0230 Le renforcement de l'ES est souvent fait de manière sous-entendue, inconsciente**

A2 : On n'arrive pas forcément à mettre un nom là dessus.

A2 : Est-ce que c'est de l'estime de soi j'sais pas je l'ai jamais appelé comme ça. Mais peut-être on sait jamais.

**0231 Le renforcement de l'ES est lié au renforcement d'autres concepts, comme la motivation**

A6 : Moi j'peux pas dire que j'en fais pas, c'est dans toutes les ... [...] c'est sur d'autres symptômes qu'on n'appelle pas forcément estime de soi

A2 : Mais c'est au niveau de la motivation. Est-ce que c'est de l'estime de soi j'sais pas je l'ai jamais appelé comme ça. Mais peut-être on sait jamais.

**0232 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG utilisent des techniques d'écoute active**

A6: Dans l'empathie, [...] en écoute active, reformuler [...] Écouter [...] Je me force parfois à me dire : « faut pas que je lui coupe la parole, retiens toi », parce que parfois on sent qu'il y a quelque chose qui va être dit et faut surtout pas qu'on parle

A7: Les silences

**0233 Pour renforcer l'ES d'un-e patient-e, le MG mobilise des éléments extérieurs qu'il avait utilisés pour l'évaluation intuitive**

B2 : l'évaluation de l'estime de soi ça passe par toute ces petites bribes de phrases ou j'arrive à choper des contextes où il a confiance en lui, où il s'estime pour derrière renforcer.

**0234 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG se mettent dans une posture d'empathie, de bienveillance**

A6: Dans l'empathie

C2 : je pense que je deviens plus empathique

D4 : Peut-être un plus bienveillant. En fait...spontanément...comme ça, comme on disait, pour pas l'enfoncer encore plus quoi [...] faire peut-être attention un peu plus à ce qu'on dit,

**0235 Les MG s'interrogent sur le fait de donner des conseils pour renforcer l'ES**

A3: Moi j'donne pas de conseils. (Avec un sourire)

A7 : Un médecin donne des conseils tout le temps

**0236 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG utilisent des techniques de communication non verbale**

A9 : le contact physique aussi, tu peux prendre la main, tu peux prendre le bras. Même si tu l'écoutes et tu travailles sur l'estime, tu peux aussi l'aider [...] avec le physique.

**0237 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers des activités physiques**

A4: le gars qui fait pas du tout de sport, d'aller marcher.

A7: La gymnastique volontaire, je leur propose moi très souvent  
C2 : le sport, la piscine  
C4 : sport, activités en extérieur

**0238 Concernant l'orientation hors MG dans le cadre du renforcement de l'ES des patient-e-s, il est important de prendre en compte la globalité de la vie des patient-e-s.**

E3 : il faut prendre tous les acteurs de la vie des patients finalement [...] dès qu'il y a quelqu'un qui intervient, ça peut être un soutien

**0239 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG leur recommandent de prendre du temps pour elles/eux**

C5 : la semaine dernière j'ai fait un arrêt de travail j'leur ai dit « allez, allez au ciné, allez marcher, faites c'que vous voulez, mais changez vous les idées quoi »

C4 : souvent je leur dis de dormir [...] de manger

D3 : ça se matérialise plutôt par prendre du temps pour soi.

D4 : prendre du temps pour soi c'est vrai que c'est quelque-chose que je dis aussi facilement [...] dans les consultations « psys » [...] quelque-chose que je propose spontanément [...] je pense qu'effectivement à longue distance ça revient à se qu'ils aient peut-être un peu plus d'estime d'eux-mêmes parce que [...] ça sort de tout ce qui peut faire baisser leur estime de soi le reste du temps quoi.

D3 : la capacité à se considérer assez importante pour pouvoir prendre du temps pour soi est un truc moi sur lequel j'appuie beaucoup

**0240 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG leur recommandent de solliciter le soutien de leur entourage**

C2 : leur rappeler qu'il ont un entourage sur lequel ils peuvent compter [...]

C5 : la famille, des proches, on leur dit souvent « partez une semaine [...] chez une petite sœur, ou chez quelqu'un que vous aimez bien »

**0241 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG leur recommandent de réaliser des choses qui leur plaisent**

A4: De réaliser des choses [...] trouver un truc qui leur plaît

A9 : tout ce qui peut, l'accrocher, qui peut l'aider et le valoriser

C2 : Moi je leur dis d'essayer vraiment de faire des choses qui leur font du bien [...] typiquement voilà des gens qui arrivent, qui sont en surmenage professionnel ou personnel. Je leur dis « bah là je vous arrête une semaine et vous allez faire que des trucs qui font du bien quoi, vous allez vous barrer en montagne si vous avez envie »

D4 : quand ils ont pas d'idée leur proposer des choses [...] y en a spontanément « oh ba oui avant je faisais ça », eh ba « reprenez le ! »

**0242 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, le fait de proposer des activités demande parfois de l'imagination**

D4 : quand ils ont pas d'idée leur proposer des choses [...] leur dire d'aller marcher, enfin voilà j'essaie des fois d'être inventif sur des activités qu'on pourrait proposer

**0243 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers un accompagnement psychologique**

A6: c'est psychologique moi souvent

B2 : je lui ai donné le nom du psychologue

B5 : Moi je file ça aux psychothérapeutes...

B3 : Psychologique. *Tout le monde acquiesce.*

C3 : je les envoie chez la psychologue, pour dire « faudrait travailler sur votre confiance en vous, faudrait aller voir quelqu'un » [...] Ha oui oui, moi j'envoie chez... parce que je sais pas faire.

E4 : Ba, psychologues.

**0244 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers des pratiques de relaxation**

A9: Sophrologie, art thérapie, musicothérapie

E4 : l'hypnose

**0245 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers des pratiques de bien-être**

C4 : les gens qui craquent aussi, les gens qui font que ça, les mères là [...] moi j'leur dis « allez-y, faites une p'tite séance d'épilation » [...] Ou un p'tit massage

**0246 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, dans le cadre d'un ACC, les MG les orientent vers des pratiques associatives**

C3 : nous on a un club de tricot [...] ça fait sortir [...], ils rencontrent des gens, ils discutent, [...] toutes les associations dans les villages qu'on a, de clubs, de sorties, de trucs, pareil, je leur dis d'aller voir

E1 : il y a le monde associatif

**0247 Dans le cadre d'un e souffrance au travail, les MG pensent que le médecin peut travailler à renforcer de l'ES**

E1 : Y a le médecin du travail aussi. [...] Dans les souffrances au travail. [...] je trouve que les médecins du travail, ils sont souvent, [...] de leur côté déjà. Et du coup, ça les aide, c'est un bon soutien...

**0248 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers des IDE d'éducation à la santé**

B3 : Et bien les infirmières d'éducation à la santé.

C4 : nous on a l'infirmière Asalée, donc c'est pareil, ça j'pense que c'est un truc

E1 : les infirmières azalée

**0249 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers des pratiques d'éducation thérapeutique**

C5 : dans le pôle de santé, on fait de l'éducation thérapeutique patient, du coup effectivement ceux que j'adresse c'est ceux qui sans doute ont pas beaucoup d'estime d'eux mêmes. je leur propose de participer à l'ETP et du coup [...] ils ont cinq séances de groupe . Et effectivement peut-être que ça peut les revaloriser parce qu'en fait ils échangent entre patients et je crois [...] c'est très riche ce qu'il s'y passe. Et effectivement j'pense que j'ai des patients qui ont peut-être repris un peu.. qui se sont rendu compte que finalement ils faisaient peut-être pas si mal que ça certaines choses

E1 : de l'éducation thérapeutique

**0250 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers des réseaux de santé**

C4 : le RéPPPOP (Réseau de prise en charge et de prévention de l'obésité pédiatrique) , [...] ça j'pense que c'est super bien, [...] pour les gamins, parce que du coup y a des psys, y a des coaches sportifs, y a plein de trucs, c'est un truc qui permet vraiment de [...] revaloriser

C4 : vers les réseaux, parce que y a plus d'intervenants, parce qu'on n'est pas tout seul à essayer de faire un truc, parce que je pense qu'ils y trouvent plus leur compte

E1 : Pour le diabète, proxydiab

**0251 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers des professionnel-le-s de santé paramédicaux**

C4 : les kinés ils doivent faire pas mal de psychologie quand ils sont à côté de leurs patients. [...] tous les paramédicaux j'pense que, les infirmières, [...], tu passes ton temps à rassurer les gens, à leur

D3 : ça se matérialise plutôt par prendre du temps pour soi [...] des fois la seule manière que ça se passe c'est par exemple tu fais une ordo de kiné [...] Mais pour qu'elles se prennent une demi-heure à elle avec le kiné et qu'il s'occupe d'elle quoi dire que finalement c'est pas si mal...

**0252 Concernant l'orientation hors MG dans le cadre du renforcement de l'ES des patient-e-s, un des objectifs des MG est que les patient-e-s prennent du temps pour eux/elles**

D3 : ça se matérialise plutôt par prendre du temps pour soi [...] des fois la seule manière que ça se passe c'est par exemple tu fais une ordo de kiné [...] Mais pour qu'elles se prennent une demi-heure à elle avec le kiné et qu'il s'occupe d'elle quoi. Et voilà en le disant. En disant « Voilà, ça vous fera un temps voilà pour vous ».

**0253 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers des activités des centres sociaux**

C4 : dans les maisons des habitants y a des petits déj en fait, ils organisent plein de trucs, [...] c'est hyper bien pour les patients parce que [...] ils voient d'autres gens, ils discutent de plein de trucs

**0254 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers un accompagnement social**

B2 : Les AVS. Les services d'accompagnement social... c'est des madames gentilles qui viennent au domicile de mes psychotiques pour leur renforcer l'estime d'eux

**0255 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers des ateliers de groupe**

D3 : nous ici on fait des trucs de groupe [...] pour ça, je trouve ça vachement intéressant. Des groupes « femmes », des groupes de discussion entre copines assez larges où du coup tu as ce temps là pour toi et pour te faire du bien et boire un thé et juste rien faire et discuter et parce que ça c'est important en fait...Et du coup, ba ouais

D5 : ça marche pas mal au fait sur se rendre compte ça qu'au fait elles savent des trucs, elles sont capables de faire des trucs qui impactent positivement la santé de leurs enfants, elles nous apprennent des trucs des fois. [...] et des fois quand elles se rendent compte qu'on apprend un truc j'ai l'impression qu'effectivement qu'au niveau estime de soi ça joue énormément. Enfin, voilà, cette revalorisation du savoir...Pareil quand parfois pendant un atelier sur un sujet précis ba y'a une maman qui va devenir un peu l'animatrice de l'atelier parce que c'est un truc qu'elle maîtrise [...] je trouve que ça ça joue énormément sur l'estime de soi qu'elles peuvent avoir.

**0256 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers des médiateurs-trices pair-e-s**

E3 : les pairs, par exemple. Les associations de patients [...] les médiateurs en santé aussi, qui sont souvent des anciens patients

E5 : nous on a un corps de métier qui s'appelle inter-médiateur [...] c'est de la méditation culturelle ou un patient sourd mais qui ne maîtrise pas la langue des signes française parce qu'il est d'origine étrangère ou alors qu'il est handicapé...du coup il y a un médiateur sourd et donc du coup, de sourd à sourd, ça passe mieux. Comme de patient à patient, d'une même pathologie, ou [...] ça change tout. [...] au niveau de l'estime de soi, ça renforce

vachement l'estime de soi. Et du coup, ça change tout dans la consultation.

**0257 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers des associations de patients**

E3 : les pairs. par exemple. Les associations de patients...[...] les médiateurs en santé aussi, qui sont souvent des anciens patients

**0258 Les MG pensent que le fait de lever la barrière de la langue permet d'améliorer l'ES**

E3 : l'interprétariat [...] ça aiderait de s'affranchir quand même de la barrière de langage quoi et ça moi je trouve c'est un gros frein [au changement de comportement. Et puis à l'estime de soi aussi parce que du coup, on l'impression d'être mal jugé aussi quand l'autre en face nous comprend pas

**0259 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers un accompagnement éducatif**

B1 : les éducateurs on y pense pas tout le temps

**0260 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, dans le cadre d'un ACC, les MG les orientent vers des associations spécialisées**

B6 : Ou orienter vers le Pélican,

**0261 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, les MG les orientent vers des activités physiques adaptées**

A2 : Les APA [...] mais le problème c'est qu'ils sont dans des structures mais y a pas de prise en charge ; c'est très difficile pour les APA.

**0262 Le renforcement de l'ES permet au / à la patient-e de prendre conscience de ses capacités**

A7 : Il voit qu'il est capable [...] de faire lui même quelque chose  
A2 : Ça lui permet de prendre conscience

**0263 Le renforcement de l'ES permet de renforcer l'autonomie du / de la patient-e, notamment dans la gestion de sa santé**

A7 : Que le patient puise dans ses propres ressources.  
B3 : D'autonomiser le patient dans sa recherche de bonne santé.  
C4 : s'approprier plus leur santé, leur vie, et leur façon de se soigner

**0264 Le renforcement de l'ES permet d'améliorer la santé globale des patient-e-s**

A7 : si on améliore l'estime de soi de nos patients on agit à la fois sur le plan préventif et curatif donc oui bien sur [cette mission serait la sienne]  
B1 : on sera plus efficace dans l'aide qu'on pourra lui apporter au patient. Si on arrive aider le patient à s'estimer. [...] il y gagnera lui le patient et nous parce qu'il arrivera à faire son traitement, à faire son sevrage ou je sais pas quoi  
C3 : si on arrivait à revaloriser un peu tout ça, on sait qu'ils seront mieux dans leur peau donc forcément ils seront en meilleure santé  
C1 : l'intérêt c'est qu'ils aillent mieux  
C2 : on sait que quelqu'un qui va mieux, qui a plus d'estime de lui, va aller mieux sur beaucoup de plans. Enfin l'homme bio-psycho-social, c'est vraiment ça, c'est vraiment le fait qu'il y ait une interaction du psycho avec le bio avec le social, enfin c'est... et je crois qu'on milite

**0265 La question de la posture sociale du médecin biaise le travail de renforcement de l'ES**

B6 : ils mettent toujours [...] le médecin sur un piédestal et ils diront jamais certaines choses à leur médecin. Si on essaie de casser cette image un petit peu du médecin au dessus du lot il y a peut-être cette idée de chercher qu'il arrive plus facilement à se confier pour après travailler avec ce qui est possible.

**0266 Les (jeunes) MG s'interrogent sur la posture à avoir dans ce travail sur l'ES**

B6 : Ca m'arrive souvent de prendre mon exemple personnel pour essayer de leur montrer que [...] moi aussi ça m'est arrivé vous voyez. [...] pour leur dire que c'est possible et pour [...] essayer de leur montrer que c'est humain, pour essayer de normaliser les choses, relativiser.  
B6 : tu te fixes tes propres limites.  
B6 : J'essaie de faire des exemples plutôt négatifs pour essayer de montrer je suis pas mieux qu'eux. [...] Pour essayer de casser cette image de...  
B2 : on est en plein dans la posture  
B2 : J'ai beaucoup plus de mal moi à prendre des exemples personnels dans la valorisation de l'estime d'eux [...] dans mon besoin de me poser en tant que professionnel de santé je me sens pas du tout à l'aise dans donner des informations sur moi, [...] je veux pas qu'ils pensent que je crois que je suis mieux qu'eux[...] j'ai pas envie d'instaurer cette relation là.

**0267 Certains MG sont sensibles au travail sur l'ES car ils sont sensibles à leur propre ES**

D1 : Moi plutôt oui quand même [je l'évalue] [...]peut-être parce que je fais hyper attention à l'image que je renvoie et notamment je fais hyper attention à l'estime que j'ai de moi [...] qui ne soit pas trop bas mais pas trop haut non plus parce que quand il est trop bas je travaille mal et quand il est trop haut je travaille mal. Donc je pense que c'est pour ça que je le transfère chez les patients

**0268 Le fait de travailler sur l'ES de ses patient-e-s est satisfaisant pour le MG**

A1 : ça nous satisfait [...] d'avoir cet échange quand même riche, avec ces patients.  
A8 : ça a été pour le moment je crois la plus belle consultation que j'ai fait sur le sujet  
B1 : on sera plus efficace dans l'aide qu'on pourra lui apporter au patient. Si on arrive aider le patient à s'estimer. [...] il y gagnera lui le patient et nous parce qu'il arrivera à faire son traitement, à faire son sevrage ou je sais pas quoi...Donc en fait c'est un petit peu un intermédiaire [...] pour que notre idée qu'on a puisse aboutir

**0269 L'un des objectifs du travail sur l'ES est de faire prendre conscience de leur situation aux patient-e-s**

B6 : Une prise de conscience de ses propres peurs [...] ils ont pas forcément conscience de leurs qualités et de leurs défauts.  
B4 : L'objectif inconsciemment c'est finalement [...] analyser où est le problème pour pouvoir trouver la solution. Faire mettre ça en reconnaissance. Pour que le patient prenne conscience de sa situation.

**0270 Le fait de travailler sur l'ES améliore les aspects humains de la relation entre le MG et son / sa patient-e**

A1 : y a plus la façade, machin, d'hôpital.  
A8 : l'alliance avec le patient, il va vouloir revenir avec nous pour continuer à travailler avec nous.  
A9 : ça rend plus humain.  
B4 : En fait cette question c'est quelles techniques on utilise pour créer du lien avec le patient pour qu'il adhère

**0271 Pour travailler sur l'ES avec ses patient-e-s, il est nécessaire que le MG ait du temps**

A2 : J'avais du temps, y avait personne derrière. [il m'a senti dispo]  
A1 : Le temps, ça prend du temps.

**0272 Pour travailler sur l'ES avec ses patient-e-s, il est nécessaire que le MG se montre disponible**

A2 : J'avais du temps, y avait personne derrière. [il m'a senti dispo]  
B5 : Ce qui est important c'est d'être capable de répondre à ce signal même quand t'es à la dernière consult de la journée et que t'en a marre, t'es crevé

**0273 Pour travailler sur l'ES avec ses patient-e-s, il est nécessaire que le MG y soit disposé**

C1 : ça dépend vachement des ... enfin ça dépend des jours, ça dépend si t'es fatigué, si t'es bien luné  
C4 : Ça dépend [...] du moment de la journée [...] du moment de la semaine, du moment de l'année. Y a des moments où si t'as pas pris de vacances pendant deux mois [...] Les patients qui sont un petit peu déprimés, qui sont un peu dans la plainte, [...]j'accélère la consult et je les écoute que d'une oreille  
C4 : le manque d'envie [...] le manque de motivation de notre part [...] Y a des jours avec et des jours sans [...] des moments où on n'a pas envie de chercher plus loin que ça. [...] tu dis « hmm hmm » « Ha dommage, ha c'est pas facile hein »  
C1 : Si t'es fatigué, les patients qui te disent « laisse moi tranquille », « OK, pas de soucis, j'vais vous laisser tranquille »  
C4 : Ça dépend déjà combien t'as de retard, combien t'as fait de psychologie dans la journée  
C2 : C'est une perte de chance en fait d'être en fin de journée  
C5 : j'suis sûre que je suis bien meilleure le matin que les après-midis

**0274 Pour travailler sur l'ES avec un-e patient-e, il est important que la relation médecin / patient-e soit déjà établie**

A1 : Et t'aurais peut être pas osé le brancher la dessus si c'était la première fois qu'il venait te voir  
A9 : il faut [...] avoir sacrément de confiance avec le patient pour essayer aussi d'aborder ça parce que c'est une question vraiment intime  
C1 : On peut pas non plus être super empathique si c'est un patient qu'on connaît depuis deux consults ou si c'est un patient qu'on connaît depuis dix ans

**0275 Pour certains MG, le fait que la relation médecin / patient-e ne soit pas déjà établie n'est pas un frein pour travailler sur l'ES avec un-e patient-e**

C4 : j'trouve que quand même tout de suite dès le début tu peux être complètement dans un truc de confiance

**0276 Le fait de travailler ou non sur l'ES avec un-e patient-e, dépend de la relation médecin / patient-e que le MG a établi avec lui/elle**

B3 : Ca dépend de la relation qu'on a avec le patient antérieurement aussi. Y'en a certain j'irai jamais le chercher et évaluer leur estime de soi [...] parce que j'ai pas envie [...] Parce que la relation avec ce patient là fait que j'ai pas forcément envie  
B4 : dans la relation avec ton patient, ça passe mal.  
B4 : Moi je le ressens un peu ça. Là j'ai pas envie de poser la question parce que...Mais j'ai toujours le voyant rouge qui est allumé et j'ai pas compris pourquoi il était allumé et pourquoi est ce que j'ai ce frein. [...] parce que ça va me gêner, du coup par effet de miroir, il va me poser des questions sur

moi

B5 : Ou c'est un patient qu'on aime pas parce que dans le comportement ça accroche pas

**0277 Pour débiter un travail sur l'ES avec un-e patient-e, il est nécessaire que le MG trouve un point d'accroche**

A2 : y a des patients t'arrives pas trop à les cerner. Et puis t'arrives sur le sujet

C2 : à partir du moment où on arrive à ce moment avec le patient où on parle de ça [...] j'ai des patients en tête où spontanément y a pas d'accroche, où j'ai vraiment du mal, [...] Et à partir du moment où on arrive à parler de ça, ça devient plus simple

C2 : y a des gens avec qui tu le sens

**0278 Le manque de temps est perçu comme un frein à l'intégration du travail sur l'ES en MG**

A1 : Le temps, ça prend du temps.

A3 : ça rajoute un truc en plus A4 : Oui oui y a sûrement des patients qui seraient prêts à aborder ça, mais nous est-ce qu'on est prêt à prendre le temps de le faire ?

C4 : Ça dépend combien de temps t'as devant toi

C1 : On n'a pas le temps surtout

C3 : du temps aussi parfois, ça dépend pourquoi il vient [...] mais ça prend du temps de le chercher

C2 : le temps qu'on a aussi dans la consult ça peut être un frein

C1 : la culture du « et sinon ça va ? » c'est effectivement pas quand t'as trop de retard et que t'as encore quinze mille patients à voir

C5 : Bah on prendrait une heure avec chaque patient, on aurait le temps d'estimer leur estime d'eux-mêmes

**0279 Le manque de formation est perçu comme un frein à l'intégration du travail sur l'ES en MG**

A8 : On n'est pas vraiment formé à ça

E1 : par outil, on ne parle pas forcément... d'échelles ou machin...mais outils aussi dans le sens formation

**0280 Le manque d'outils est perçu comme un frein à l'intégration du travail sur l'ES en MG**

C5 : j'veux bien mais qu'on me donne une grille pour savoir comment évaluer l'estime de ses patients

**0281 Certains MG ne sentent pas suffisamment compétents pour intégrer le travail sur l'ES à leur pratique**

C3 : je sais pas faire [...] je sais pas du tout comment on fait

**0282 Certains MG n'ont jamais conscientisé le travail sur l'ES**

D4 : je n'y ai pas pensé [...] ça ne m'a jamais traversé l'esprit.

D2 : je crois que j'ai jamais réfléchi à l'estime de soi avant. En tant que tel dans une consultation de médecine générale ça m'est effectivement jamais venu à l'esprit.

**0283 La difficulté d'appréhender ce concept est perçue comme un frein à l'intégration du travail sur l'ES en MG**

C1 : même pour nous c'est compliqué alors ...

D4 : vu que je le recherche pas forcément chez les patients donc du coup je les oriente pas forcément non plus vers d'autres professionnels vu que voilà y a pas forcément...

**0284 Pour travailler sur l'ES avec ses patient-e-s, il est nécessaire que le MG ait une sensibilité à cet aspect.**

A9 : la sensibilité du médecin

**0285 Le caractère intrusif de cette question est perçu comme un frein à l'intégration du travail sur l'ES en MG**

A7 : c'est intrusif.

B1 : Moi, j'ai une vision un petit peu bizarre parce que j'avais fait une thèse sur des fiches d'informations avec un questionnaire. [...] certains, refusaient de participer quand ils voyaient les questions du deuxième questionnaire parce que ça leur paraissait trop intime alors ça ça nous avait bien embêté. Mais c'était intéressant,

C2 : il faut faire attention à la manière dont on recherche l'estime de soi, parce que j pense que chez certaines personnes ça peut être hyper intrusif [...] ça peut être hard. J'suis même pas sûre que les gens ils comprennent vraiment. Faut vraiment rentrer dans le psychologique des gens et vraiment comprendre leur mode de fonctionnement [...] Pas pour tout [...] ça peut pas être amené n'importe comment [...] Parce que c'est quelque chose de trop violent pour eux en fait. [...] Parce que ça les renvoie à des trucs qui ont été hyper compliqués

C4 : C'est une question très personnelle

**0286 La difficulté à avoir conscience de son ES est perçu comme un frein à l'intégration du travail sur l'ES en MG**

C5 : j'suis même pas sûre qu'ils sachent eux mêmes quelle est leur estime d'eux mêmes

C4 : y a des patients qui sont hermétiques j pense à ça

**0287 Pour travailler sur l'ES avec ses patient-e-s, il est nécessaire que le/la patient-e soit prêt-e, disposé-e à en parler**

A9 : le patient peut ne pas du tout être prêt à en parler

C2 : t'as des gens qui ont juste pas envie

C4 : y a des gens qui ont pas envie d'ouvrir cette porte là

C1 : y a des patients qui vont te dire « Non mais enfin mais laissez moi tranquille ».

C3 : les patients ils choisissent aussi leur médecin qui leur va aussi [...] Moi quand je vois les patients de mes collègues, quand je commence à leur dire « et sinon, le moral ? », les gens ils sont là « non ... mais... »

C1 : la question « sinon ça va », c'est une question où le patient il peut répondre oui deux trois fois et puis la quatrième fois quand tu lui poses en fait ça va pas, mais ça va pas depuis la première fois où tu lui poses des questions quoi. Sauf que c'était pas le bon moment

**0288 Le fait de travailler sur l'ES avec ses patient-e-s, peut être intrusif pour le MG, comporte un risque de résonance. Il est nécessaire que le MG ait une bonne ES**

A5 : Et la résonance, c'est-à-dire que y a l'histoire personnelle du médecin et y a l'histoire personnelle du patient. [...] la confiance en soi [...] C'est [...] lié à l'histoire de chacun. [...] à certains moments ça peut entrer en résonance avec l'histoire du médecin et c'est là où ça vaut mieux que le médecin ait une certaine solidité psychologique de manière à pas entrer en résonance avec le patient quand il est pas bien. Sinon après ça devient très compliqué.

B6 : c'est important d'avoir une bonne estime de soi pour être positif dans le soin. [...] je ne vois pas quelqu'un aider les gens en tout cas efficacement tout en ayant une mésestime de soi très importante

B4 : L'intrusion. L'intrusion dans ta vie à toi. Dans ta personnalité.

B3 : Ça dépend peut-être de l'estime de soi personnelle aussi.

C5 : ceux qui ont plus d'estime d'eux mêmes ils vont te dire, ils remettent en cause un peu, [...] ils te mettent toi en problème ... enfin moi ils me reposit question et du coup je suis plus trop sûre de moi face à eux.

D1 : et d'ailleurs il m'arrive très cassant chez les patients qui devant moi ont une estime de soi trop haut et je trouve que ça biaise la consult et je me sens moins respecté [...] si je le trouve trop haut je ferai ce qu'il faut pour que ça redescende au moins le temps de la consult.

**0289 Dans le travail sur l'ES des patient-e-s, les MG modulent leur propre niveau d'ES**

C5 : si je suis face à quelqu'un dont j'ai l'impression qu'il a moins d'estime que moi je serais plus confiante en moi-même pour essayer de lui remonter. [...] y a des gens j pense qu'ils sont tellement bas donc tu sais que t'es audessus donc tu sais que t'arriveras à [les booster] [...] et puis t'en as d'autres, en fait, même si ils vont pas bien, j'sais pas moi j'suis trop impressionnée [...] enfin j'me sens en dessous ... enfin je sais pas si c'est une histoire d'estime de soi-même mais [...] j'ai pas assez confiance de moi-même par rapport à eux donc j'arriverais pas.. je serais sans doute moins pertinente dans ce que je vais leur dire

C3 : parfois quand t'as quelqu'un en face qui paraît très sûr de soi on a l'impression que nous aussi il faut qu'on soit très sûr [...] pour montrer qu'on a confiance [...] parce qu'on sait que si on a le moindre doute ça va pas du tout passer

C4 : T'es obligée de faire genre

C3 : tu changes toi-même face à ton patient

C1 : C'est un petit peu comme quand tu adaptes ton langage et ta façon de faire [au]... patient que t'as en face

C1 : Notamment [face à] ceux qui ont une très bonne estime d'eux

**0290 Le travail sur l'ES est perçue comme une boîte de Pandore : on ne sait pas sur quoi on va tomber**

B5 : Ouais, c'est la boîte de Pandore tu sais pas ce que tu vas trouver dedans.

B4 : c'est peut-être un peu ça aussi on a peur de la réponse

**0291 Le travail sur l'ES est perçue comme une boîte de Pandore : on ne sait pas si on saura gérer**

B3 : y a ceux aussi ou tu peux sentir qu'il y a quelque-chose qui va pas mais tu sais pas comment aller voir plus profondément parce que tu sais pas ce que ça va sortir pour eux.

B2 : si je tends la perche mais que je sais pas gérer ce que je vais libérer je peux aussi le mettre en danger parce que je libère des choses et que moi j'ai pas la formation pour entendre, pour accompagner, pour canaliser et du coup je pense qu'on peut avoir confiance en nous et on peut avoir un rôle plus néfaste que bénéfique si on ne sait pas gérer ça. Et du coup aller tester, aller évaluer l'estime de soi y a un risque d'ouvrir une porte secrète que derrière on saura pas gérer

**0292 Les MG éprouvent un sentiment d'inefficacité dans le fait de renforcer l'ES des patient-e-s**

A6 : tu peux pas donner une estime à quelqu'un.

**0293 Concernant l'orientation hors MG dans le cadre du renforcement de l'ES des patient-e-s, la motivation est vue comme une difficulté**

A9 : La motivation et le côté financier. Souvent c'est les deux ...

A7 : Quand ils vont bien, ils veulent mais quand ils vont pas bien ils veulent pas

**0294 Concernant l'orientation hors MG dans le cadre du renforcement de l'ES, l'argent est vu comme une difficulté, un facteur limitant**

A9: La motivation et le côté financier. Souvent c'est les deux ...  
B2 : C'est dommage que ce soit pas remboursé parce que c'est bloquant pour beaucoup de patient. Mais c'est pourtant nécessaire, je pense, pour beaucoup.  
D5 : Je trouve qu'il y a le facteur financier qui est assez limitant vers les orientations vers des professionnels et des activités parce que les trucs vers lesquels on pense enfin moi auxquels je pense spontanément c'est : psychologues, nutritionnistes, coachs sportifs, sophrologues...des trucs comme ça...que des trucs qui ne sont pas remboursés, à part par certaines mutuelles sous certaines conditions et du coup c'est souvent assez limitant  
D3 : on bricole avec ce qu'on a, c'est à dire on dit aux gens d'aller lire un bouquin parce qu'ils peuvent pas aller voir une psychologue  
D2 : des fois il faudrait faire les deux et du coup t'en fais qu'un seul truc.

**0295 Concernant l'orientation hors MG dans le cadre du renforcement de l'ES des patient-e-s, le temps apparaît comme une difficulté, un facteur limitant**

A3 : Du temps

**0296 Il existe des contraintes administratives qui freinent les MG dans le fait de recommander aux patient-e-s de prendre du temps pour eux/elles dans le cadre du renforcement de l'ES.**

C2 : « Ha oui mais l'arrêt de travail j'peux pas sortir chez moi »  
C1 : Fuck la sécu

**0297 Il existe des contraintes sociales qui freinent les MG dans le fait de recommander aux patient-e-s de prendre du temps pour eux/elles dans le cadre du renforcement de l'ES.**

D5 : Pareil sur des histoires d'arrêt de travail, des couvertures, de dire au gens « prenez du temps pour vous » du coup « arrêtez de bosser » machin, en fait c'est des gens qui bossent comme des dingues, qui font des horaires de fous et quand ils rentrent chez nous, il en ont juste pas envie d'aller lire un livre, ils ont envie de se poser devant la télé,  
D5 : la société ba elle va dévaloriser ce genre d'activité là, contrairement à aller faire du sport, à un trek[...] du coup c'est vraiment ça qui est problématique pour moi [...] même si on a fait tout le chemin jusque là, on a évalué comme il faut l'estime de soi, on l'a pris en compte, pris en charge et au moment où on doit proposer une solution et bien[...] c'est des trucs, on va avoir du mal à proposer à une certaine catégorie de patients qui malheureusement sont souvent ceux qui en auraient le plus besoin.

**0298 Concernant l'orientation hors MG dans le cadre du renforcement de l'ES des patient-e-s, le manque de « ressources » (lieux, personnes, ...) apparaît comme une difficulté, un facteur limitant**

B1 : Y'en a pas tant que ça des éducateurs ?  
A2 : Les APA [...] mais le problème c'est qu'ils sont dans des structures  
D5 : Faudrait que ça puisse se développer, pareil, comme on disait tout à l'heure, que ça puisse se développer ailleurs que chez des médecins, qu'il y ait cette espace là qui existe ailleurs ça pourrait être chouette quoi.

**0299 Concernant l'orientation hors MG dans le cadre du renforcement de l'ES des patient-e-s, une mauvaise connaissance des possibilités apparaît comme une difficulté**

B1 : les éducateurs on y pense pas tout le temps

**0300 Concernant l'orientation hors MG dans le cadre du renforcement de l'ES des patient-e-s, le fait de devoir être en groupe apparaît comme une difficulté**

A6: Puis parfois les gens ils ont pas envie de se côtoyer à d'autres  
A1 : Ils osent pas faire le premier pas. Ils ont peur du nouveau parfois  
A7 : Ils sont repliés sur eux-mêmes.  
E5 : on a la réflexion de l'éducation thérapeutique qu'il faut adapter, [...] tout le monde ne peut pas forcément faire partie d'un groupe [...] ou ne veut pas

**0301 Le MG a sa place dans le travail sur l'ES, en lien avec d'autres acteurs**

A4: Moi je suis pas sur que ça soit que [sa mission]. C'est pas qu'au médecin de forcément heu ... Le médecin peut y participer à renforcer l'estime de soi mais est-ce que c'est pas non plus à la famille  
A4: C'est la nôtre mais c'est pas qu'à nous, que la notre quoi.  
A6: Et puis après on peut aussi dépister et puis l'envoyer chez des thérapeutes  
C2 : c'est le travail du médecin comme tu disais de n'importe quel intervenant avec qui il y a une relation de confiance qui se crée, une relation d'une personne à une personne [...] dans l'éducation chez l'enfant, mais aussi chez le curé [...] ça incombe au rôle du généraliste parce que y a cette relation qui s'installe

**0302 Le travail sur l'ES fait partie de la mission du MG car cela participe à l'amélioration de la santé des patient-e-s**

A7: si on améliore l'estime de soi de nos patients on agit à la fois sur le plan préventif et curatif donc oui bien sur [cette mission serait la sienne]  
A2: Ça fait partie  
B2 : ça fait partie de nos missions d'aider nos patients à aller vers une

meilleure santé.. Je pense qu'effectivement le renforcement d'estime de soi c'est un pas dans un cycle de motivation pour changer de comportement et que du coup ça fait partie de notre rôle d'induire ce changement et donc de renforcer l'estime de soi.

B1 : on sera plus efficace dans l'aide qu'on pourra lui apporter au patient. Si on arrive aider le patient à s'estimer. [...] il y gagnera lui le patient et nous parce qu'il arrivera à faire son traitement, à faire son sevrage ou je sais pas quoi

C3 : si on arrivait à revaloriser un peu tout ça, on sait qu'ils seront mieux dans leur peau donc forcément ils seront en meilleure santé

**0303 Les MG seraient intéressés pour intégrer le travail sur l'ES à leur pratique**

A6 : Mais on pourrait peut être le faire ça, tiens ? Évaluer ...  
A1: Mais on pourrait l'évaluer, tiens c'est bien ça

**0304 Les MG s'interrogent sur la manière d'intégrer le travail sur l'ES à leur pratique**

A6 : Ça ça rentre pas dans des cases.  
A1: Et comment on l'annoncerait ?

**0305 Les MG s'interrogent sur l'importance de leur place dans le travail sur l'ES par rapport à d'autres acteurs**

C5 : on n'a pas beaucoup d'estime de nous même quand on entend dire que la place du médecin généraliste dans tout ça « pas plus qu'un autre »  
C2 : au contraire j'trouve qu'on aurait trop d'estime à dire qu'on a un rôle [...] Que c'est notre rôle

**0306 Les MG pensent que le travail sur l'ES fait déjà partie de leur pratique**

A7: Moi j'pense qu'on le fait quand même après [...] On l'étiquette pas et on le quantifie pas

**0307 Les MG voient le fait d'intégrer le travail sur l'ES à leur pratique comme quelque chose de plus (ce qui a ses avantages et ses inconvénients)**

A4: Ça fait encore un truc de plus à faire.  
B5 : C'est un outil de plus dans l'arsenal thérapeutique. Ça s'applique pas à toutes les situations.

**0308 Le fait de connaître les patient-e-s est perçu comme un atout pour intégrer le travail sur l'ES à la pratique de MG**

A1: Et c'est ça le médecin de famille aussi, c'est qu'à force de les connaître de les voir, on va s'intéresser [...] à [...] où ils en sont.  
A2: La connaissance du patient  
A3: le médecin généraliste il connaît la globalité du patient, il le coupe pas en morceaux

**0309 L'expérience est perçue comme un atout pour intégrer le travail sur l'ES à la pratique de MG**

A4: Et l'expérience des consultations

## CODAGE THEORIQUE MAUD

**Domaines de spécialisation des médecins :** médecine du sport, hypnose, acupuncture, planning familial, PASS, maison de santé en zone de précaité, sourds,

A noter une interne présente (dernière année d'internat).

**Types de changement de comportements abordés :** allaitement/soins du nouveau-né, anorexie, sevrage tabagique, sevrage alcoolique, diabète, observance médicamenteuse, burn-out, dépression, obésité, pathologies liées au travail, violence conjugale, diminution d'une benzodiazépine

**Biais important :** on peut supposer qu'un médecin participant à un groupe de pair est un médecin qui aime et sait communiquer...au moins avec ses pairs...

### 1.L'expérience prévaut sur les formations théoriques pour la psychologie médicale

A7 : « c'est l'expérience, ouais, c'est incomparable. » « ça s'apprend pas »

### 2.Les médecins exerçant depuis de nombreuses années pensent que la psychologie médicale est désormais plus présente dans leur pratique, une médecine moins technique, plus globale

A4 : « les gens, j'sais ce qu'ils font le we, pourtant je vis pas avec eux mais on connaît leur vies par cœur. Du coup on a une vision de leur vie et quand ils se plaignent de quelque chose voilà, on est beaucoup plus global alors qu'avant on était très technique. »

### 3.Il peut y avoir une distorsion entre l'appréciation des efforts du patient vers le changement de comportement entre le patient et son médecin

A3 : « Un jour en discutant elle disait « je crois que je fais très attention ». Et puis après j'ai vu le petit-fils « oh on va manger chez mamie, elle nous fait de ces plats de lasagnes le we ». J'ai dit « bon, ça va j'ai compris ». »

### 4.L'expérience permet de se libérer du technique (acquis) et de laisser une place au psychologique

A9 : « quand on acquiert effectivement des années d'expériences, on se rend compte que finalement et ba oui ya le côté technique mais qui est plus facile a appliquer parce qu'on l'a déjà fait depuis plusieurs années et du coup on se libère du temps pour le côté psychologique qu'on a peut être pas au début de l'installation. »

### 5.Une absence de formation en psychologie médicale

B6 : « Et au niveau de ma formation en psychologie, elle est est nulle »  
B2 : « Je me suis lancée [...] dans [...] des suivis psychos au cabinet sans avoir vraiment de formation »

A2 : « J'fais ma psychologie propre ... on va dire. »

C1 : « pas du tout formé à la psychologie en règle générale. »

### 6.Une formation à la psychologie médicale par l'expérience professionnelle: l'écoute et les erreurs

A4 : « On apprend sur le tas avec le vécu des gens [...] et nos maladresses »

A6 : « Mais après c'est l'expérience. »

A7 : « avec les années [...] on écoute mieux, de façon plus globale »

### 7.Une formation initiale à la psychologie médicale

B5 : « Dans mes études, en 3<sup>ème</sup> année, [...] on avait eu des cours de psychologie en particulier tournant autour des groupes Balint.

A8 : « j'ai pas fait de formation particulière sur la psycho à part les deux séminaires organisés par la fac sur la communication qui sont très basiques »

### 8.Une formation à la psychologie via internet

A5 : « Youtube te fait progresser beaucoup aussi. »

### 9.Une expérience professionnelle extra-médicale qui donne une autre approche de la psychologie

B5 : « analyse transactionnelle », « les systèmes de communications Van Every Taylor »

### 10.Une approche de la psychologie médicale par communication avec ses pairs

B5 : « j'ai la chance d'avoir une femme médecin qui a fait un DU de psychothérapie et donc on parle beaucoup de psychologie, psychothérapie et donc j'apprends beaucoup »

A5 : « les petites séquences vidéos que nous envoie A3 de Youtube... »

### 11.Multipllicité des voies de formation en psychologie médicale

B5 : « C'est multiforme »

### 12.Des formations continues à la psychologie médicale

B4 : « par le biais de formation MG sur [...] l'entretien motivationnel »

B3 : « dans le cadre de formations continues »

B3 : « des séminaires sur les entretiens motivationnels »

B1 : « La psychologie...j'en ai fait dans mes formations MG [...] c'était sur l'approche systémique.»

B1 : « J'en ai fait aussi un petit peu avec le RESAAD [...] Prochaska, [...] une approche un petit peu cognitivo-comportementale... »

A1 : « j'ai participé à un week-end je me rappelle, il y a très longtemps, mais qui m'avait vraiment aidé sur l'écoute active »

A6 : « j'avais fait aussi un peu de formation à la thérapie comportementale et cognitive avec [une] psychologue. »

C2 : « une formation sur la souffrance au travail »

C1 : « j'avais fait une formation je me souviens c'était « motiver à changer sans chercher à convaincre ». »

C4 : « j'ai fait une formation en addicto sur l'entretien motivationnel qu'était géniale avec des suisses »

### 13.Un intérêt majeur pour la psychologie médicale

B4 : « je trouve ça super important la communication avec les patients. »

B3 : « c'est un sujet intéressant »

A1 : « très vite j'ai été intéressée par la médecine relationnelle »

A8 : « j'ai pas vraiment de formation mais j'essaie d'attraper des visions, des outils et je trouve ça génial. »

C2 : « je suis très peu formée à la psychologie à mon grand regret »

C3 : « j'ai pas de formation en psychologie par contre ça m'intéresse beaucoup »

NB : Attention biais de recrutement

### 14.Une mise en pratique difficile des apprentissages théoriques de psychologie médicale

B3 : « la mise en pratique est pas forcément super facile »

### 15.Un apport important des apprentissages théoriques de psychologie médicale

B1 : « des notions que j'utilise pas mal »

A1 : « j'ai participé à un week-end je me rappelle, il y a très longtemps, mais qui m'avait vraiment aidé sur l'écoute active »

A6 : « dans ma pratique quotidienne j'utilise mais tout le temps ce qu'on avait vu en écoute active. »

### 16.Une demande de suivis psychologiques en médecine générale

B3 : « Je me suis lancée [...] dans [...] des suivis psychos au cabinet sans avoir vraiment de formation mais il y avait une demande »

B1 : « les gens demandent aussi des fois des suivis parce que [...] ils s'attachent à nous, ils veulent qu'on les suive, ils vont pas voir les psychiatres »

### 17.Une formation à la psychologie médicale par apprentissage auprès des maîtres de stages lors des stages ambulatoires lors de l'internat

B2 : « quand j'étais en stage ambulatoire de premier niveau, ma maître de stage, elle faisait des psychothérapies, elle faisait de la TCC et du coup ça m'avait particulièrement questionner à l'époque »

A8 : « y'a le Dr X qui fait énormément d'hypnose, qui me ... essaye de l'inculquer des bases d'hypnoses et d'approches en fait heu, d'utiliser l'hypnose en consultation ou des, enfin un autre regard sur ce qui amène le patient et j'trouve ça , fin c'est les meilleures consultations, les plus satisfaisantes, et les plus belles qu'on arrive à faire.

De l'autre côté y'a le Dr X qui a fait un DU de TCC et qui pareil aussi me forme un petit peu à des bases de psycho et de temps en temps j'arrive à assister à quelques unes des consultations qu'elle fait de TCC »

### 18.Une formation à la psychologie médicale par lien avec l'histoire personnelle, l'aide aux proches

A5 : « c'est pas forcément les patients qui m'ont amené à la psychothérapie. C'est autant les lectures que j'ai pu avoir, les expériences personnelles, les prises en charge personnelles que j'ai pu faire qui m'y ont conduit. »

### 19.Une formation à la psychologie médicale par des lectures

A5 : « c'est pas forcément les patients qui m'ont amené à la psychothérapie. C'est autant les lectures que j'ai pu avoir, les expériences personnelles, les prises en charge personnelles que j'ai pu faire qui m'y ont conduit. »

A8 : « dans mon UPL j'avais une prat' qui m'avait conseillé un bouquin c'est l'alliance thérapeutique de Kunji et ça a été une révélation »

C3 : « j'essaie de lire aussi dessus quand j'ai le temps. »

### 20.Une formation à la psychologie par lien avec un travail psychologique réalisé sur soi-même

B2 : « j'ai commencé une psychothérapie parce que je trouvais ça vachement intéressant et du coup j'ai appris des choses »

B2 : « je suis entrain de me mettre à la méditation mindfulness »

### 21.Le lien de proximité entre médecin traitant et patient, à l'origine d'une demande de la part des patients pour une prise en charge psychologique

B1 : « les gens demandent aussi des fois des suivis parce que [...] ils s'attachent à nous, ils veulent qu'on les suive, ils vont pas voir les psychiatres »

### 22.Une difficulté pour les patients d'aller voir les psychiatres

B1 : « ils vont pas voir les psychiatres »

### 23. Une baisse d'estime de soi à l'origine de consultations ?

B3 : « Ça pose moins de problèmes trop d'estime de soi, en tout cas ça amène moins de consultations le trop d'estime de soi que le pas assez. »  
C2 : « Moi je trouve que c'est vraiment quelque chose qui revient, mais même pas que dans le milieu médical, mais globalement, ce qui revient souvent c'est quand même le manque d'estime de soi, et qui en fait est un .. enfin c'est ... ça handicape vraiment beaucoup de monde quoi... énormément de monde [...] Ouais j' pense que c'est à la source de beaucoup de choses en fait. »

### 24. Regards positifs des médecins généralistes sur l'estime de soi

B4 : « quelque-chose de positif et nécessaire pour faire les choses »  
B5 : « c'est d'abord un élément positif »

### 25. L'absence d'estime de soi diminue notre performance

B4 : « Si on pas une estime de soi [...] on va pas être bon ou performant »  
B4 : « je suis pas bon », « oh je suis nul » (Phrases attribuées au patient ne présentant pas une bonne estime d'eux)

### 26. L'estime de soi est nécessaire à l'action

B4 : « Si on pas une estime de soi [...] on ne va pas se lancer dans une aventure »  
B4 : « quelque-chose de positif et nécessaire pour faire les choses »  
B4 : « Qui permet de faire ce qu'il y a à faire »  
B4 : « il faut avoir un peu d'estime de soi pour se remettre en mouvement. »  
B5 : « C'est un moteur »

### 27. L'estime de soi est considérée comme une force

B4 : « « parce que je suis fort, je vais y arriver » » (Phrases attribuées au patient présentant une bonne estime de soi-même)

### 28. Une formation à la psychologie par le lien avec l'entraînement sportif

B5 : « je suis golfeur et j'ai fait une formation il y a quelques temps sur le mental positif »

### 29. La question de l'estime de soi est une question intime qui peut être gênante pour les patients

B1 : « j'avais fait une thèse [...] avec un questionnaire [...] sur des thèmes très banaux [...] et à la fin on nous a fait un petit peu travaillé aussi sur l'estime de soi. Les gens, certains, ils refusaient de participer quand ils voyaient les questions du deuxième questionnaire parce que ça leur paraissait trop intime »  
B3 : « Mais après y'a ceux aussi ou tu peux sentir qu'il y'a quelque-chose qui va pas mais tu sais pas comment aller voir plus profondément parce que tu sais pas ce que ça va... sortir pour eux. »  
A9 : « faut, quand même avoir sacrément de confiance avec le patient pour essayer aussi d'aborder ça parce que c'est une question vraiment intime je trouve. [...] Et le patient peut ne pas du tout être prêt à en parler sur la 1<sup>ère</sup>, la 5<sup>ème</sup>, la 15<sup>ème</sup> et parfois c'est pas évident... C'est dur d'avouer qu'on va pas bien, j' pense aussi pour le patient. »  
A7 : « Ouais, c'est intrusif. »  
CX : « Moi j'trouve pas que ça soit... enfin il faut faire attention à la manière dont on recherche l'estime de soi, parce que j' pense que chez certaines personnes ça peut être hyper mal vécu. »

### 30. Certains médecins perçoivent la dimension affective à l'estime de soi

B4 : (l'estime de soi) « Je le ressens comme [...] une émotion, un sentiment »  
B5 : « L'estime de soi [...] ça se définit comme un sentiment »  
A1 : « C'est s'aimer »

### 31. Une association faite entre image de soi et estime de soi

B5 : « L'estime de soi [...] ça se définit comme [...] une vision de soi-même finalement et un peu un effet de miroir sur soi-même »  
B6 : « Je suis d'accord avec la vision du miroir »

### 32. Une association faite entre confiance en soi et estime de soi

B5 : « ceux qui ont un mental positif en fait, c'est ceux qui ont une bonne estime de soi, une confiance dans le geste technique. »  
A1 : « La confiance en soi »  
CX : « ils ont pas vraiment confiance en eux, donc ils ont pas d'estime d'eux-mêmes quoi »  
CX : « j' pense que le manque d'estime de soi c'est un manque de confiance en soi. »

### 33. Une association faite entre reconnaissance et estime de soi

A3 : « La reconnaissance »

### 34. Une association faite entre culpabilité et estime de soi

A6 : « La culpabilité »

### 35. Une association faite entre culpabilité et ego/egocentrisme

A4 : « Ego »

A2 : « Egocentrisme »

### 36. L'estime de soi permet le jugement positif

B5 : « l'estime de soi c'est pas seulement au moment de mais c'est après une action donnée arriver à avoir un jugement positif sur ce qui s'est passé »

### 37. Certains médecins perçoivent l'aspect évaluatif de l'estime de soi

B5 : « c'est un jugement de chacun des instants de sa vie »

### 38. L'estime de soi serait variable au cours du temps

B6 : « Je trouve que ça varie énormément, quoi. Par rapport à plein de choses : vie personnelle et puis la professionnelle »  
B4 : « Et en plus ça varie tout le temps ! »  
B4 : « C'est compliqué parce qu'en plus c'est jamais la même estime de soi d'une consultation sur l'autre »  
B2 : « Peut-être qu'il y a une estime de soi globale et puis selon l' humeur du jour... »  
D1 : « Ouais. Et ça peut changer du jour au lendemain. »

### 39. Le médecin doit avoir une bonne estime de lui

B6 : « C'est vrai que c'est important d'avoir une bonne estime de soi pour être positif dans le soin [...] je ne vois pas quelqu'un aider les gens en tout cas efficacement tout en ayant une mésestime de soi très importante »

### 40. Lien entre estime de soi et burn-out

B5 : « L'élément essentiel clef du démarrage du burn-out c'est la perte de l'estime de soi »  
B5 : « Dans le burn-out, les gens ils ont une destruction de l'estime de soi »

### 41. L'accompagnement au changement de comportement lié à la santé est une mission difficile du médecin généraliste

B3 : « C'est difficile à induire »  
B6 : « C'est long »

### 42. Le changement de comportement lié à la santé n'est pas simple pour le patient

B3 : « C'est difficile à faire »  
B6 : « C'est long »  
B4 : « C'est lourd »  
CX : « ça implique vraiment une volonté »

### 43. La pression sociale et familiale sont des freins importants au changement de comportement lié à la santé

A3 : « Y'a la pression familiale parce que je pense que le mari, heu ba il aime bien manger aussi, c'est un bon vivant. Y'a les enfants qui viennent manger le week-end. Un jour en discutant elle disait « je crois que je fais très attention ». Et puis après j'ai vu le petit-fils « oh on va manger chez mamie, elle nous fait de ces plats de lasagnes le we ». J'ai dit « bon, ça va j'ai compris ». Et puis elle participe a des associations donc y'a une pression sociale aussi »

### 44. Changer de comportement c'est courir un risque

B4 : « C'est une mise en danger ou en insécurité »  
B5 : « Je suis d'accord avec toi que la notion de risque et de mise en danger est importante »  
A3 : « je vais changer, comment va me voir l'entourage, comment va me voir mon conjoint. »  
A3 : « Puis si il s'arrête de fumer il fait plus parti du groupe aussi. »

### 45. Changer de comportement renvoie à la peur de l'inconnu

B4 : « il faut que je découvre quelque-chose de nouveau et le nouveau c'est l'inconnu, c'est stressant »  
A5 : « Peur »

### 46. Changer de comportement est stressant

B4 : « le changement de comportement c'est un stress »  
B3 : « C'est toujours appréhender négativement. »

### 47. Changer de comportement demande de la force, de l'énergie

B4 : « c'est un effort »  
A6 : « parce qu'il faut de l'énergie. »

### 48. Changer de comportement comprend différentes étapes

A6 : « Prise de conscience »  
A7 : « Prendre des décisions et les mettre en pratique »

### 49. Faire émerger du patient un avantage au changement de comportement et centrer l'accompagnement au changement de comportement sur ce point

B5 : « Moi, pour les tabagiques, par exemple, j'essaie toujours de les emmener à trouver quelque-chose de positif [...] je ne sens plus le tabac, je n'ai plus l'haleine de coyote...c'est à eux de trouver, c'est pas moi qui leur donne. Et je leur dis une fois que vous l'avez, si vous allumez une cigarette vous le perdez. »

### 50. Toujours rester positif quel que soit l'avancée du changement de

#### **comportement**

B5 : « Je dois dire que malheureusement, j'ai toujours positiver ses consommations même quand il y avait une chute je trouvais toujours le moyen de montrer qu'il y avait quand même une phase positive à un moment ou un autre alors... » (« le cas d'un patient qui est alcoolique »)

D1 : « quand il me dise qu'ils ont réduis leur consommation [...] Je l'appuie ouais. Aussi mineur qu'il soit. »

D3 : « je suis un patient que je suivais au CSAPA, qui avait des problèmes d'alcool, qui là est abstinent, qui hésitait à reprendre un coup de champagne à Noël. Donc on en a discuté, il l'a rebut finalement. Et il s'est retrouvé tout seul au nouvel an et il s'est bu ¾ de bouteille de blanc, tout seul. Et après il a plus bu du tout. Et plutôt que de faire le drame « oh vous avez rechuté c'est terrible », plutôt souligner « voilà vous avez rebu, vous avez un peu craqué, c'est ça qui s'est passé le 31, vous étiez tout seul, mais après vous avez pas rebu, bravo. » »

#### **51.Evaluation intuitive de l'estime de soi**

B5 : « Je peux la sentir, je ne sais pas la mesurer »

#### **52.Les médecins généralistes n'utilisent pas d'outils, de marqueurs ou d'échelles de mesure de l'estime de soi**

B5 : « j'ai pas d'outils pour la mesurer »

B4 : « on a pas de marqueur de l'estime de soi »

B5 : « moi j'utilise des échelles mais pour l'estime de soi j'ai pas d'échelles »

#### **53.Questionnement du médecin sur la confiance en soi par rapport au changement de comportement**

B4 : « éventuellement on demande « Vous pensez que c'est faisable ? » »

#### **54.Evaluer l'estime de soi demanderait du temps**

B2 : « Mais peut-être que ça peut s'évaluer sur des entretiens psychologiques longs avec des gens qui ont bien l'habitude. »

CX : « c'est vrai que le temps qu'on a aussi dans la consult ça peut être un frein. »

#### **55.Ideé d'utiliser les outils des « ressources humaines » pour les transposer a la médecine générale quand à l'évaluation de l'estime de soi**

B5 : « regarder dans les questionnaires utilisés par les RH »

#### **56.Le renforcement de l'estime de soi est plus important que son évaluation**

B3 : « Après pour moi c'est plus dans le sens ou l'évaluer je le fais pas du tout ou peut-être intuitivement éventuellement, je suis surtout la pour renforcer celui qui est là même si il est pas très haut, lui faire grimper l'échelle. »

#### **57.Il est important d'évaluer l'estime de soi des patients avant de la renforcer**

B2 : « Peut-être que c'est comme Prochaska selon la ou il en est y'a des outils a utiliser plus spécifiquement pour être plus pertinent. »

#### **58.Renforcer son estime de soi en valorisant son changement de comportement**

B3 : « Lui dire que le changement qu'il induit et ba c'est bien. »

#### **59.Evaluer son estime de soi en le questionnant sur son image de soi**

B1 : « on peut lui demander comment il se trouve [...] comment il se voit. »

#### **60.Evaluer l'estime de soi grâce à l'observation( de l'habillement)**

B1 : « y'a une partie inconsciente mais y'a une partie observation. Comment observer ? Comment il était habillé ? »

#### **61.Le travail conscient d'observation est moins informatif que celui inconscient pour évaluer l'estime de soi des patients**

B5 : « Mais en fait la partie inconsciente c'est celle qui va te donner le plus d'informations et qui va te faire dire « tiens, y'a un truc là ! ». »

#### **62.L'évaluation de l'estime de soi des patients ne peut pas être réalisée chez tous les patients du fait de la relation qu'il existe entre le médecin et son patient**

B3 : « Ca dépend de la relation qu'on a avec le patient antérieurement aussi. Y'en a certain j'irai jamais le chercher et évaluer leur estime de soi... »

CX : « C'est-à-dire que à partir du moment où on arrive à ce moment avec le patient où on parle de ça, ce qui pas encore une fois n'est pas toujours le cas. Ca peut être chez des patients .. moi j'ai des patients en tête où spontanément y a pas d'accroche quoi.. où j'ai vraiment du mal, où j'ai voilà ... »

#### **63.L'évaluation de l'estime de soi d'un patient peut-être intrusif pour le médecin de par l'effet miroir**

B4 : « j'ai pas envie...parce que ça va me gêné, du coup par effet de miroir, il va me poser des questions sur moi finalement »

#### **64.Réaliser ce travail psychologique au cabinet de médecine générale peut-être dangereux du fait de la non maîtrise par le médecin généraliste de tous les éléments recherchés**

B3 : « Mais après y'a ceux aussi ou tu peux sentir qu'il y'a quelque-chose qui va pas mais tu sais pas comment aller voir plus profondément parce que tu sais pas ce que ça va...sortir pour eux. »

B5 : « c'est la boite de Pandore tu sais pas ce que tu vas trouver dedans »

B2 : « On tend une perche et en fait moi la réflexion que j'ai souvent c'est si je tends la perche mais que je sais pas gérer ce que je vais libérer je peux aussi le mettre en danger parce que je libère des choses et que moi j'ai pas la formation pour entendre, pour accompagner, pour canaliser et du coup je pense qu'on peut avoir confiance en nous et on peut avoir un rôle plus néfaste que bénéfique si on ne sait pas gérer ça. Et du coup aller tester, aller évaluer l'estime de soi y'a un risque d'ouvrir une porte secrète que derrière on saura pas gérer »

B5 : « je pense qu'il ne faut pas s'y aventurer si on a pas l'habitude de s'y aventurer...Moi je file ça aux psychothérapeutes...[...] Je sais qu'elle sait faire... »

#### **65.Evaluer l'estime de soi suppose ensuite un travail sur l'estime de soi**

B3 : « Tant qu'on a pas de réponse, on a rien à faire, si on va pas chercher... »

#### **66.Renforcer l'estime de soi des patients en appuyant uniquement les aspects positifs de sa vie**

B5 : « avez deux personnes y'a une personne qui a une femme des enfants etc c'est Mr Machin Albert Duchrol et Albert Duchrol il se regarde tout les jours dans la glace, il est content de lui parce qu'il a une femme, il a des enfants etc...et puis y'a Mr Duchrol qui est dans l'entreprise qui est maintenant a la valeur 0 ba ça ça n'a plus aucune importance »

B5 : « l'estime de soi je la renforce sur ce qui est » (*sous-entendu ce qui existe*)

B2 : « je vais essayer de me focaliser sur les points positifs de son estime de lui pour justement m'aider à renforcer son estime de soi »

B4 : « c'est essayer de valoriser tout ce qui a été fait de positif dans la vie. »

#### **67.Evaluer l'estime de soi avec les phrases de dévalorisation du patient**

B5 : En fait je l'ai évalué et j'ai vu qu'il était complètement entrain de dire qu'il était le meilleur du réseau, j'étais le meilleur etc... et voilà comment on me remercie, je suis plus qu'une merde... »

B5 : « Je peux dire ce mec là il n'a pas d'estime de lui, chaque fois qu'il boit un verre de trop eh ben il dit « je suis pas capable de » « je suis incompetent » »

A5 : « Y a des patients qui ont l'impression que tout ce qu'ils font c'est pas bien »

A6 : « Des gens qui sont négatifs, qui pensent qu'ils arrivent pas à faire ce qu'ils veulent faire. »

D3 : « Non, moi je ne sais pas comment évaluer l'estime de soi au fait. Je vois quand les gens ils me disent « je me déteste ». »

#### **68.Renforcer l'estime de soi des patients en les amenant à critiquer le jugement d'autrui sur eux-mêmes, à prendre du recul par rapport aux jugements des autres**

B1 : « on peut aussi lui suggérer que c'est pas vraiment sa valeur à lui mais la valeur que lui donne son chef. »

A5 : « Et la famille lui a dit « mais t'es complètement folle, t'as pas envie d'avoir d'enfants, alors que tu t'occupes comme ça de chats ». Alors je suis repartie sur cette histoire en disant « c'est leur critère de jugement, mais ça a pas de sens », après c'est chacun.. et moi j'estimais qu'elle avait pas du tout d'estime d'elle même. A partir du moment où on lui dit « ta réflexion et ton observation la dessus paraît bizarre » elle se l'approprie, au lieu de dire « après tout ma mère pense ça, ma voisine pense ça et c'est leur problème, moi je suis dans ma décision, et je reste dans ma décision, parce que c'est celle-là que j'ai envie de prendre » »

A6 : « Ne pas trop se laisser influencer par les autres. Penser en fonction d'eux même, c'est leur choix à eux, choix de vie. » (*conseil que le médecin donne au patient*)

#### **69.Renforcer l'estime de soi des patients favoriserait les changements de comportement lié à la santé**

B1 : « Si on arrive à ...aider le patient à...s'estimer. Je sais pas si ça peut se faire ça d'ailleurs mais bon...et ba il y gagnera lui le patient et nous parce qu'il arrivera à faire son traitement, à faire son sevrage ou je sais pas quoi »

#### **70.Doutes sur la possibilité de renforcer l'estime de soi des patients au cabinet de médecine générale**

B1 : « Si on arrive à ...aider le patient à...s'estimer. Je sais pas si ça peut se faire ça d'ailleurs mais bon... »

#### **71.Le travail de renforcement de l'estime de soi comme un travail intermédiaire pour aller vers le travail sur le changement de comportement**

B1 : « c'est un petit peu un intermédiaire je dirai pour que ça...pour que notre idée qu'on a nous puisse aboutir...sauf que ça doit rester le choix du patient de vouloir changer son comportement... »

B2 : « Je pense qu'effectivement le renforcement d'estime de soi c'est un pas dans un cycle de motivation pour changer de comportement et que du coup ça fait partie de notre rôle d'induire ce changement et donc de renforcer l'estime de soi. »

B2 : « Mettre le pied à l'étrier » (*renforcement de l'ES*)

D1 : « Dans l'alcoolisme ouais. Je trouve que ça saute plus aux yeux que pour le tabac par exemple. Et puis sur les syndromes d'épuisement professionnel parce que très souvent ils sont vraiment au fond du gouffre. Donc là on est obligé de s'en saisir parce que ça va être la première étape. De retrouver une estime de soi dans sa vie si on l'a perdu au travail...de dire finalement c'est pas parce qu'on l'a perdu au travail qu'on l'a perdu dans toute sa vie...même si souvent ça déclenche sur le couple, ça déclenche sur plein d'autres problématiques...la, dans ces 2cas là. Dans l'alcool et le burn-out, je pense que j'évalue tout de suite, oui. »

D1 : « Oui. Indispensable. J'ai l'impression que si on passe par là...On ne...je ne ferai rien...ni le patient non plus. »

#### **72.Le changement de comportement doit rester un choix du patient**

B1 : « ça doit rester le choix du patient de vouloir changer son comportement... »

#### **73.Utiliser les mots du patient quand il a une bonne estime de lui pour l'aider à renforcer son ES quand celle-ci est basse**

B2 : « l'évaluation de l'estime de soi ça passe par toute ces petites bribes de phrases ou j'arrive à choper des contextes où il a confiance en lui, ou il s'estime pour derrière renforcer. »

#### **74.Connaître les réussites antérieures du patient permet le travail de renforcement d'ES**

B2 : « si il me dit qu'il est sportif et que ça se passe hyper bien et que je le vois deux semaines après et qu'il est effondré, je vais essayer de me focaliser sur les points positifs de son estime de lui pour justement m'aider à renforcer son estime de soi »

B4 : « J'aurais besoin de le connaître plus sur sa vie, sur ce qu'il a fait avant...voilà...les difficultés qu'il a croisé pour ouais pour pouvoir le renforcer, lui dire « t'as réussi à faire ça, tu vois bien, t'es pas un con. » »

B4 : « c'est essayer de valoriser tout ce qui a été fait de positif dans la vie. »

#### **75.Importance de connaître le patient (suivi antérieur) pour commencer un travail sur l'ES**

B4 : « Enfin sur une personne que je verrai sur une première fois, que j'aurai jamais vu et qui voilà a un problème d'estime de soi je trouve que pour le renforcer ça va pas être si simple que ça. »

#### **76.Le renforcement de l'ES des patients passe par le discours du médecin généraliste lors de la consultation, un langage thérapeutique ?**

B4 : « pour pouvoir le renforcer, lui dire « t'as réussi à faire ça, tu vois bien, t'es pas un con. » »

«

B1 : « on peut aussi lui suggérer que c'est pas vraiment sa valeur à lui mais la valeur que lui donne son chef. »

B3 : « Lui dire que le changement qu'il induit et ba c'est bien. »

#### **77.Les médecins généralistes peuvent parfois verbaliser une impression de peu d'estime de soi de leurs patients**

B4 : « Moi je leur dit « vous avez pas confiance en vous » « vous vous sentez incapable de faire quoi que ce soit ». Enfin moi c'est ce que je leur dit. « Je ressens que vous ne pouvez, vous vous sentez incapable d'assumer votre job, vous vous trouvez nul ». Voilà je lui dit ça pour leur faire...comprendre, visualiser ce qu'il me dise... »

#### **78.Banaliser une difficulté du patient pour renforcer son estime de soi**

B6 : « En essayant de normaliser les choses. On dit « Ba c'est normal de ressentir ça dans votre situation » Qu'il est pas le seul comme ça et que tout un chacun a déjà eu comme lui et c'est une des façons de renforcer son estime de soi. »

B5 : « mais arrêter le tabac c'est facile, vous le faites tous les soirs »

B6 : « Ca m'arrive souvent de prendre mon exemple personnel [...] pour essayer de leur montrer que c'est humain, pour essayer de normaliser les choses, relativiser. »

B4 : « parfois il a fait un mauvais choix mais des mauvais choix il en fait 10 par jour...voilà ça peut arriver... »

#### **79.Faire en sorte que le patient dise lui-même les éléments positifs afin de renforcer son estime de soi**

B5 : « J'utilise beaucoup la reformulation. J'essaie de reformuler ce qu'il dit...et j'essaie de lui faire dire ce que je sais être positif »

B1 : « Parce que nous si on lui dit quelque-chose, ça va pas forcément être ce que lui ressent comme point positif chez lui. Si on lui dit « Eh ba vous avez vu vous savez bien faire ça » mais qu'en fait lui ce qu'il voudrait c'est avoir une estime sur un autre domaine...vous voyez non ce que je veux dire ? »

B4 : « B4 : Faire...faire que les gens redisent par eux-mêmes. »

#### **80.Renforcer l'ES en mettant en lumière des compétences communes,**

#### **faire un parallèle entre un comportement actuel du patient et le comportement souhaité ?**

B5 : « Vous avez réussi à faire ça donc vous savez que vous avez la compétence pour faire...vous êtes habile, vous êtes je sais pas quoi...Donc ayant cette habilité vous pouvez la reporter sur cet autre projet et donc l'utiliser. »

B5 : « Recontourner l'obstacle en l'amenant au niveau de la compétence. » B4 : « ce qu'il a réussi. C'est s'appuyer là-dessus. »

A9 : « « Vous êtes de cap de faire quelque chose de super bien, vous êtes cap de le transposer à autre chose. » »

#### **81.L'accompagnement au changement de comportement passe par faire prendre conscience aux patients de ses compétences**

B4 : « si elle se dit, elle prend conscience que « ah ouais mais je peux le faire » « ah...je peux le faire ça » »

B5 : « « C'est bien 2mois. Ba oui, parfait, donc vous savez arrêter ! » »

A1 : « Je me rappellerai toujours d'un jeune qui bossait mal à l'école ou je sais plus trop quoi et qui était hyper doué en surf, donc je m'en rappelle avoir discuté avec lui sur... « le surf au début c'était forcément dur, donc les maths t'y arrive pas, c'est dur donc persiste ». Enfin voilà, on a discuté de ça avec la mère et lui, il était jeune, en 3<sup>ème</sup> ou j'sais plus. Bon voilà. C'est un truc qu'utilise chez le patient aussi : « vous avez déjà réussi quelque chose ». »

#### **82.Renforcer l'ES par le fait de valoriser des petites réussites ou des réussites temporaires en direction du changement**

B2 : « J'utilise beaucoup ce genre de formulation aussi. « Ah j'avais arrêté mais j'ai arrêté que 2mois... » « Mais c'est génial !! » »

A1 : « valoriser là où ils sont bons, là où ils ont réussi les choses. »

A8 : « Il faut valoriser le patient, tous les petits acquis »

A2 : « entre guillemets en les félicitant : « Oh ba c'est super t'as réussi à perdre 3 kg depuis la dernière fois. » »

CX : « Dans les addictions, comme on disait, parfois ils ont rechuté mais on dit « ha mais c'est bien, vous avez tenu une semaine, c'est pas grave, ça arrive euh. Ou voilà quand il y a des confits et que les gens y sont arrivés et bah on dit « eh bah c'est bien d'être déjà arrivé à ça » c'est ... enfin je pense qu'on voilà »

#### **83.L'échec d'un accompagnement au changement de comportement diminue l'estime de soi des médecins**

B6 : « j'ai beau essayer, tout essayer...la seule chose c'est qu'il y arrive pas. [...] Ca me fait face à un échec. Un miroir. Du coup la mésestime de soi... »

E2 : « Et c'est pas forcément évident, parce que moi j'me sentais pas mal en échec, de me dire voilà, mais il a 14 % d'hémoglobine glyquée, franchement, je comprends pas, pourtant j'ai l'impression de dire les bonnes choses, voilà, mais en fait je pense que si le patient il a pas envie de se soigner »

#### **84.Certains médecins utilisent la comparaison avec eux-mêmes pour diminuer le pied d'estal du médecin**

B6 : « C'est pas rare que je me base sur ce que j'ai vécu moi si c'est possiblehein pour leur dire que c'est possible »

B6 : « J'essaie de faire des exemples plutôt négatifs pour essayer de montrer je suis pas mieux qu'eux. »

B6 : « Pour essayer de casser cette image de... »

B1 : « On se place à la hauteur. »

#### **85.La résonance (lien entre histoire personnelle du patient et du médecin) influe l'accompagnement au changement de comportement**

A5 : « la résonance, c'est-à-dire que y'a l'histoire personnelle du médecin et y'a l'histoire personnelle du patient. »

#### **86...D'autres au contraire préfère éviter la comparaison de peur de créer un déséquilibre du fait du statut du médecin, du risque d'intrusion, du risque de se tromper (transposer son histoire à celle du patient)**

B2 : « J'ai beaucoup plus de mal moi à prendre des exemples personnels...[...] parce que je veux pas qu'ils pensent que je crois que je suis mieux qu'eux et...et...et je pense qu'on a...ils nous perçoivent quand même en tant que médecin comme euh... « eh ba forcément elle y est arrivée elle, elle est docteur donc euh c'est évident, moi par contre enfin... » et j'ai pas envie d'instaurer cette relation là. »

B4 : « L'intrusion. L'intrusion dans ta vie à toi. Dans ta personnalité. »

CX : « Je pense même que c'est pas sain du tout quoi. Je pense vraiment que t'as beau avoir vécu les mêmes choses, en fait, selon l'environnement dans lequel t'étais, et selon ta propre personne, tu auras pas ressenti de la même façon et ça t'aura pas construit de la même façon. Tu vois des fois tu peux dire « ha ouais moi j'ai vécu pareil, je vous comprends » tout ça, et en fait non, juste tu comprends pas. »

#### **87.Le fait d'utiliser ou non des comparaisons entre soi et son patient au niveau comportemental peut être lié au niveau d'estime de soi des médecins**

B3 : « C'est une façon différente de...de voir les choses aussi, de... Ça

dépend peut-être de l'estime de soi personnelle aussi. »

**88. Créer une relation plus égalitaire (estime identique de soi et de l'autre) peut permettre au patient de plus se confier**

B6 : « Si on essaie de casser cette image un petit peu du médecin au dessus du lot il y'a peut-être cette idée de chercher qu'il arrive plus facilement à se confier pour après ba travailler avec ce qui est possible. »

**89. Tout les aspects de la vie du patient, tant qu'ils sont positifs peuvent permettre le renforcement de l'estime de soi. Utiliser les réussites personnelles.**

B4 : « c'est essayer de valoriser tout ce qui a été fait de positif dans la vie. »  
B4 : « il faut chercher le positif là ou il est »

A1 : « C'est un truc que j'utilise chez le patient aussi : « vous avez déjà réussi quelque chose ». »

**90. Utiliser des éléments objectifs et mesurables pour renforcer l'estime de soi des patients**

B2 : « et je me base sur le poids de l'enfant en leur disant « Mais voyez vous faites tout ce qu'il faut il grandit bien il grossit bien »

A1 : « En évaluant l'amélioration des constantes, ou des choses comme ça »

**91. Renforcer l'ES c'est amener le patient à croire en ses compétences, capacités**

B2 : « faites vous confiance »

**92. Renforcer l'ES en conseiller d'utiliser la méthode Coué**

B1 : « Après on voit ce qu'il en est, s'ils sont au fond ou pas parce qu'ils y en a ça se passe bien mais après on peut leur donner des petites techniques comme ba je sais pas moi se dire, se dire que, se dire a eux même comme la méthode coué quoi, qu'ils sont, qu'ils ont de la valeur quoi...je sais pas, qu'ils essaient de se le dire à eux-mêmes. »

**93. Eviter la baisse d'estime de soi après une rechute ou un échec dans le changement de comportement en le rendant neutre, en le banalisant Cela peut-être fait en amont de cet échec.**

B5 : « leur faire intégrer l'idée que la sortie d'une addiction c'est pas un truc tout simple et qu'il va y avoir des rechutes et qu'en soit c'est normal, c'est pas un...c'est pas un échec. C'est une évolution normale. Y'a un moment ou ça sera bien et petit à petit il y en aura de moins en moins et c'est ça qui est le plus difficile c'est d'enlever le coté négatif de la perception de la rechute pour le rendre neutre...pas positif, on peut pas leur dire « super, vous avez rechuté, vous avez fait la teuf... ! » mais au moins le rendre neutre. Faire en sorte que « bon ba oui c'est normal vous avez pas pu » »  
E3 : « des fois moi je dédramatise aussi l'échec d'avance. Je parle déjà de l'échec et je dis bah si vous y arrivez pas c'est pas grave vous avez essayé. »

**94. L'objectif intermédiaire d'un travail de renforcement d'estime de soi peut-être une prise de conscience de celle-ci, de son image de soi pour travailler dessus en dehors du cabinet**

B1 : « On peut leur dire « vous vous voyez comme ça mais est ce que vous pourriez imaginer qu'en fait vous soyez différent » par exemple et ba peut-être qu'il se le dise aussi au moment ou ils sont dans leur perte d'estime d'eux, dans la journée, quand ils sont pas avec nous, qu'il se disent « ba moi je me vois comme ça parce que justement mon patron arête pas de me dire que je sui nul mais en fait, en réalité, est ce que je suis vraiment comme ça ? Je me vois mais est ce que je le suis ? » Jouer là-dessus. Je sais pas. Pour donner un outil au patient hein pour qu'il se...qu'il soit mieux dans son...dans son...estime de lui. »

**95. Evaluer l'estime de soi du patient peut être une évaluation parmi d'autres pour évaluer si elle constitue un frein ou non au changement de comportement**

B4 : « L'objectif inconsciemment je me dis c'est finalement moi je veux analyser la situation [...] Pour que le patient prenne conscience de sa situation. « ah oui finalement le problème il est là » ok. Voilà c'est comme ça qu'on va trouver la sortie.»

D2 : « de toute manière cette histoire d'estime de soi, pour moi, elle...je la prends en compte si ça impacte...si ça impacte un truc dans...dans, dans, dans...dans ce pourquoi la personne elle vient au fait. »

**96. Renforcer l'ES des patients permettent de les autonomiser par rapport à leur santé**

B3 : « D'autonomiser le patient dans sa recherche de bonne santé. »

**97. Le travail sur l'estime de soi n'a d'intérêt que dans certains accompagnements au changement de comportement**

B5 « C'est un outil de plus dans l'arsenal thérapeutique. Ca s'applique pas à toutes les situations »

**98. Le travail de renforcement d'estime de soi s'il est nécessaire peut être réalisé par des psychologues sur orientation par le médecin généraliste**

B5 : « je pense qu'il ne faut pas s'y aventurer si on a pas l'habitude de s'y aventurer...Moi je file ça aux psychothérapeutes...[...] Je sais qu'elle sait

faire... »

CX : « Moi je les envoie chez la psychologue, pour dire « faudrait travailler sur votre confiance en vous, faudrait aller voir quelqu'un ». »

**99. travail de renforcement d'estime de soi ne peut pas toujours être réalisé par des psychologues ou autres professionnels du fait de contraintes financières**

B2 : « C'est dommage que ce soit pas rembourser parce que c'est bloquant pour beaucoup de patient. »

D5 : « moi je trouve qu'il y'a le facteur financier qui est assez limitant vers les orientations vers des professionnels et des activités parce que les trucs vers lesquels on pense enfin moi auxquels je pense spontanément c'est : psychologues, nutritionnistes, coachs sportifs, sophrologues...des trucs comme ça...que des trucs qui ne sont pas remboursés, à part par certaines mutuelles sous certaines conditions et du coup c'est souvent assez limitant en particulier dans le quartier ou la question économique et ultra présente et j'ai l'impression que les personnes en précarité économique auront en plus souvent tendance à avoir une estime de soi assez basse. »

**100. Le travail de renforcement d'estime de soi s'il est nécessaire peut être réalisé par des infirmières d'éducation à la santé**

B3 : « les infirmières d'éducation à la santé »

CX : « dans le pôle de santé, on fait de l'éducation thérapeutique patient, du coup effectivement ceux que j'adresse c'est ceux qui sans doute ont pas beaucoup d'estime d'eux mêmes parce que ... ça pêche quoi au niveau médical... et du coup bah ils vont voir soit la diététicienne, soit l'infirmière, et après ils ont un travail en groupe avec d'autres patients de saint martin d'hères et tout ça donc c'est ... Je leur demande d'aller, enfin s'ils sont d'accord, je leur propose de participer à l'ETP »

CX : « l'infirmière Asalée »

E3 : « Ba, moi, dans le même ordre d'idée, les infirmières du centre de santé, qui font de l'éducation thérapeutique. »

**101. Le travail de renforcement d'estime de soi s'il est nécessaire peut être réalisé dans des CSAPA, au réPOP (associations, réseaux...)**

B6 : « Ou orienter vers le Pélican »

CX : (le réPPPOP) « ça j pense que c'est super bien, enfin je pense hein, pour les gamins, parce que du coup y a des psys, y a des coachs sportifs, y a plein de trucs, et du coup ça c'est un truc qui permet vraiment de, justement chez les gamins obèses là de revaloriser un peu.. »

CX : « vers les réseaux, parce que y a plus d'intervenants, parce qu'on n'est pas tout seul à essayer de faire un truc, parce que je pense qu'ils y trouvent plus »

E1 : « Pour le diabète, proxydiab, pour faire euh...de l'éducation thérapeutique. »

**102. Le travail de renforcement d'estime de soi s'il est nécessaire peut être réalisé par des AVS**

B2 : « Les SAVS. Les services d'accompagnement social... »

**103. Il existe un cercle vertueux réussites personnelles/confiance en soi**

A6 : « Quand on a des réussites personnelles ca aide à prendre confiance en soi. »

**104. Notion de renforcement positif (à toutes les sauces)**

A1 : « Un renforcement positif. »

**105. Notion de « moment adapté » au changement de comportement**

A3 : « Elle a envie de faire quelque chose mais elle a pas encore fait le pas [...] c'est pas le moment. Un jour viendra hein. »

D4 : « De toute façon, si le patient n'est pas prêt ba voilà il ne se passera jamais rien »

**106. Dans le cadre de l'accompagnement à la perte de poids, il faut prendre en considération que le patient va modifier son image de soi, son image sociale**

A4 : « il a fondu de 35 de kilos [...] Et en fait la vision de soi, c'est vrai qu'après comment sa femme va le voir, heu, maintenant c'est plus le même quoi, quand on le voit c'est plus le même. »

**107. Changer de comportement a un impact sur son environnement, sur son entourage**

A7 : « Quand tu changes de comportement tu changes aussi des choses. Donc pour l'environnement, tu bouleverses l'environnement. »

**108. Un frein au changement de comportement est la perte du plaisir qui y est associé**

A2 : « Mais ses freins effectivement c'est le plaisir qu'il a, c'est la convivialité qu'il avait »

(pause clope au boulot)

**109. Lancer un défi au patient peut être à l'origine d'un déclic vers un changement de comportement**

A1 : « Cap ou pas cap. Peut-être que ça marche dans ce cas là. »

**110.Parfois faire peur à un patient par rapport à des troubles de santé futur peut lui faire prendre conscience de l'importance du changement de comportement et l'amener à changer**

A4 : « il est allé voir un ophtalmo sur grenoble, j'sais pas lequel, qui lui a dit : « Si vous continuez de boire comme ça vous allez perdre la vue et de toute façon je pourrai rien pour vous, c'est plus la peine de venir me voir ». Il est sorti de là, il est venu au cabinet, il m'a dit : « faut que j'arrête de boire » »

**111.Faire peur à un patient par rapport à des troubles de santé futur ne permet pas le changement de comportement car le risque d'être malade suite à une exposition n'est jamais de 100%**

A5 : « La preuve c'est qu'on en a plein qui sont à des stades très très avancés et c'est pas la peur de la maladie qui va les faire arrêter. »  
B6 : « Parce que le peut-être et le sûr c'est différent. [...] Quand tu sais que tu vas peut-être passer au travers en continuant avec ce plaisir que tu as de fumer. »  
A8 : « C'est que sur le moment les avantages en fait à avoir un comportement qu'on juge pas forcément voilà voilà sont supérieurs aux risques qu'on va encourir et c'est que quand le patient pense, se dit, « faut peut être que j'inverse, à court terme ça sera peut être moins agréable mais à long terme j'peux gagner quelque chose d'autre » que y'a un changement qui peut s'amorcer ou pas. Mais si, y'a pas la vision court terme / long terme, j'pense que y'a pas de changement vraiment qui peut ... »

**112.La nécessité d'un changement de comportement lié à la santé dépend des valeurs du patient**

A7 : « Encore faut-il avoir envie de voir le long terme. Moi j'ai des patients qui me disent : « Moi tant pis je préfère profiter aujourd'hui puis je m'en fiche si je meurs de ça ba c'est pas grave. »  
A9 : « ça dépend des valeurs de chacun, des valeurs de vie. »

**113.Il n'y a pas d'évaluation quantitative de l'estime de soi**

A6 : « Pas quantitativement »

**114.Certains médecins pensent qu'évaluer l'estime de soi serait trop chronophage**

A4 : « Ca fait un truc de plus à faire »  
CX : « On n'a pas le temps surtout »

**115.Au contraire, d'autres pensent que l'évaluation de l'ES grâce une échelle serait un travail rapide**

A1 : « Oh, mais c'est vite fait, ça. »

**116.Certains médecins notent sur le dossier médical la motivation**

A7 : « Mais, sur les dossiers ça vous arrive jamais de marquer motivation zéro ? [...] Moi ça m'arrive »

**117.Rapprochement des concepts d'estime de soi et de motivation**

A7 : « si y'a pas de motivation, c'est qu'y'a pas d'estime de soi moi j'pense. »  
A3 : « Mais l'estime de soi j'ai pas l'impression qu'on l'évalue, si bien, tant que que ça. Mais plutôt la motivation. »  
A2 : « si on le trouve motivé ou pas. »

**118.Intérêts pour l'évaluation de l'ES**

A1 : « Mais on pourrait l'évaluer, tiens c'est bien ça. »

**119.Idées de questions pour évaluation de l'ES**

A1 : « «Est-ce que vous vous sentez bien dans votre peau en ce moment ? » »  
A6 : « « est-ce que vous avez confiance en vous ? » »  
A1 : « on va lui demander où il en est dans son travail, comment ça va dans la famille »  
CX : « « et comment vous vous sentez là, dans votre corps actuellement ? » »  
CX : (questions) « Ouvertes »  
CX : (questions) « Larges »  
CX : « « Est-ce qu'il y a des choses que vous faites plus parce que voilà vous êtes plus... vous avez un peu honte de vous ? » »

**120.L'estime de soi dépend du milieu social dont est issu le patient**

A5 : « ça dépend des milieux sociaux, parce que je pense que même actuellement, dans certains milieux c'est très compliqué. »

**121.On peut faire le lien entre une culpabilité importante (imputabilité interne forte) et une estime de soi basse**

A6 : « on peut bien voir de la manière dont vivent les personnes, de leur discours, si elles se considèrent bien ou si elles pensent qu'elles font tout mal ou que tout ce qui arrive c'est de leur faute, donc ça revient aussi à la culpabilité. »

**122.On peut évaluer l'estime de soi de part la façon de s'affirmer des patients en consultation**

A2 : « dans ce qu'il dit, dans la relation qu'on a avec lui, sa manière de répondre à nos questions ou de nous en poser »  
CX : « ... l'estime de soi, y a des gens qui sont hyper sûrs d'eux, ils ont

sans doute une bonne estime d'eux-mêmes »

CX : « ils ont tendance parfois à nous mettre sur un piédestal alors qu'ils devraient pas ... et du coup ça fait partie de l'estime de soi, ou plutôt d'une mauvaise estime de soi ... »

CX : « Le regard fuyant »

CX : « Mais comme avec n'importe qui dans la vie de tous les jours enfin tu vois en effet si t'as quelqu'un qui est (*en se recroquevillant vers l'avant*) un peu comme ça... »

CX : « elle est très réservée, elle est très... elle est toute tordue, toute comme ça, elle ose pas trop, elle parle tout doucement, enfin... »

NB : *De nombreuses idées à décortiquer là-dedans*

**123.Les médecins supposent que les patients qui n'adhèrent pas aux soins seraient ceux qui ont une mauvaise estime de soi**

A2 : « C'est des consultations qui sont dures, les gens on n'arrive pas à les accrocher, c'est pas facile, on se dit la prochaine j'essaie. »

A7 : « Des patients qui mettent tout en échec. Y en a qui mettent tout en échec. »

(NB : *Est ce que les médecins présupposent ce lien ? Pas sur. J'ai le sentiment que ce focus group leur permet de s'exprimer sur des questions de psychologie médicale et qu'ils abordent toutes les difficultés possibles de cet ordre là dans leurs consultations*)

CX : « Et qu'ils veulent pas se soigner, c'est peut-être parce qu'ils ont une très mauvaise estime d'eux-mêmes et que du coup ils estiment que c'est même pas la peine de se traiter. »

**124.Les patients qui se comparent beaucoup aux autres auraient une moins bonne estime d'eux-mêmes, ceux qui parlent plus des autres que d'eux-mêmes**

A4 : « C'est des patients qui s'auto-comparent. Moi j'ai le cas d'un patient, qui est décédé, qui était diabétique, de type 2, mais à la fin sous insuline, et qui avait perdu déjà un orteil, et ensuite la moitié du pied, etc, qui vivait dans un état ... enfin c'était infernal... et ce gars-là, effectivement, tu as raison, moi je réalisais pas l'estime de soi, mais effectivement il était toujours en train de parler de ses frères qui faisaient ça, qui avaient ça. »

CX : « les gens qui trouvent qu'on a fait un travail formidable, alors qu'on a juste fait notre job quoi [...] ils te revalorisent toi quoi »

**125.Les patients qui ne semblent pas à l'aise au cabinet auraient une mauvaise estime d'eux-mêmes**

A5 : « Y en a certains qui donnent l'impression qui resteraient dans un trou de souris pour passer inaperçus »

A7 : « Je suis d'accord avec A5, dans le non verbal, leur comportement. Celui qui est au fond de son fauteuil déjà... »

**126.Lien entre la dépression et l'estime de soi basse ?**

A6 : « Des gens qui sont négatifs, qui pensent qu'ils arrivent pas à faire ce qu'ils veulent faire. Ça peut rejoindre la dépression d'ailleurs. »

A1 : « S'ils viennent et qu'ils sont pas bien, ils dépriment ou des douleurs »

CX : « j'trouve, dans les syndromes dépressifs, machin là tous les trucs un peu ...y a quand même énormément de, enfin je trouve hein, des gens qui ... ouais ... [...] qui ont aucune estime d'eux mêmes quoi. »  
CX : « surtout ça se confond avec la dépression quoi en fait ... »

**127.Lien entre plaintes psychosomatiques et estime de soi basse ?**

A1 : « justement on en revient au somatique, qui en fait est psychosomatique »

NB : *le lien n'est-il pas plus celui entre plaintes psychosomatiques et dépression ?*

**128.Les médecins n'évaluent pas l'ES consciemment dans le cadre de l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé**

A7 : « Moi je crois pas, par contre on cherche par quel moyen on peut essayer de les motiver. » (*Réponse à évaluer ES/chgmt de cp...*)

**129.Certains médecins affirment évaluer l'ES dans le cadre de l'accompagnement aux changements de comportement inconsciemment**

A6 : « moi j'pense que si, par le biais d'autres choses justement ce qu'on disait. On peut le savoir mais on sait même pas qu'on évalue l'estime de soi. »

CX : « Alors je pense que sans forcément aller chercher l'estime de soi, on le fait quand même tous un peu ... »

D5 : « effectivement, l'intuition, ce que tu disais tout à l'heure D1 effectivement pour l'évaluer on a pas une échelle de 1 à 10 avec des scores...ça ça fait 3 points, ça 5 points...donc effectivement c'est plutôt du feeling effectivement, du ressenti » »

**130.Certains médecins affirment ne pas évaluer l'ES de leurs patients**

A4 : « ceux qui en auraient peut être besoin qu'on l'évalue moi je l'évalue pas du tout. »

**131. Le moment approprié pour un changement de comportement est un moment où le patient se « sent bien »**

A1 : « Pour motiver quelqu'un à changer de comportement faut quand même qu'il soit bien en lui à ce moment là . Parce que faire arrêter le tabac à quelqu'un qui est anxieux, qui est pas bien, qui a des soucis, des parents qui ont un cancer ou voilà. Ba c'est peut être pas le moment d'arrêter ... »

**132. Le changement de comportement nécessite une estime de soi haute**

A1 : « J'pense qu'il faut avoir une estime de soi pour pouvoir changer. »  
A9 : « je pense que le mec qui n'a aucune estime de lui quelque soit le niveau qu'on prend il n'arrivera jamais à changer. »

**133. Renforcer l'estime de soi en les faisant exprimer les réussites du patient**

A1 : « Les faire exprimer des choses qu'ils auront réussies. »

**134. Rechercher les domaines où l'ES est haute pour la renforcer de manière globale**

A9 : « pas spécialement dans le domaine médical. A mon avis il faut essayer de trouver en lui là où il se trouve fier. »

**135. Renforcer l'ES des patients en les valorisant par rapport à autrui**

A1 : « Moi j'leur dis : « Vous allez donner l'exemple à d'autres »

**136. Il n'est pas possible de restaurer l'estime de soi des patients**

A6 : « tu peux pas donner une estime à quelqu'un. »

**137. Faire émerger des idées au patient pour aller vers le comportement souhaité renforce son estime de soi car met évidence la confiance qu'on lui porte**

A8 : « Qu'on a confiance en lui, on lui restitue une confiance en lui, en ses capacités et du coup le fait d'avoir confiance en le patient le valorise. »  
A6 : « Qu'est-ce qu'il faut faire ? Qu'est-ce que vous pensez faire pour aller mieux ? »  
A4 : « Certaines fois c'est, ça leur apporte un plus de savoir que finalement on pense qu'ils ont des ressources grâce à ça, quand on leur donne comme retour : « ba vous, qu'est-ce que vous pensez faire etc ». Ils se disent, ba finalement mon médecin il croit aussi en moi, sinon il me poserait pas la question.»

**138. Montrer au patient qu'on a confiance en lui renforce son estime de lui**

A4 : « Donc j'pense qu'on augmente leur estime d'eux même en leur montrant que finalement on s'intéresse entre guillemets à eux, à dire « ba oui vous pouvez surement faire quelque chose, moi j'y crois ». Donc ba si mon médecin il y croit c'est que peut-être que je peux faire quelque chose. J'pense qu'on renforce leur estime par ce biais là. »

**139. Montrer au patient qu'on s'intéresse à lui renforce son estime de lui**

A4 : « j'pense que, heu, ça renforce leur estime un petit peu dans le sens c'est qu'le gars il te dit ba tiens je vais aller, heu, en Thaïlande et moi ça m'intéresse toujours de savoir où vont les gens. Ça me permet de discuter avec eux. Et en fait j'pense qu'aussi en même temps, ça les, ils se disent un p'tit peu ba tiens ça intéresse mon médecin, donc ça intéresse d'autres personnes ce que j'fais. Donc ça leur, ça estime qu'ils se sont pas gourrés si tu veux dans c'qu'ils, dans leur choix. Ils ont fait un choix, qui tiens, ça intéresse des gens donc heu, c'est que finalement le choix est bon donc, tu vois, tu les, tu les, ça les valorise quoi. »  
A4 : « Si toi, en tant que médecin, si tu t'intéresses à eux je pense que ça les valorise dans leur vie quotidienne. »

**140. Valoriser les choix du patient renforce son estime de lui**

A4 : « Oh ba oui je vais surement au lac de Laffrey. Ba je dis : « Super ça va être chouette si il fait beau, c'est génial là-bas. » Alors les gens ils se disent « Lac de Laffrey c'est sympa »  
A3 : « Ah mais c'est une bonne idée que vous avez. »

**141. Renforcer son estime de lui en lui renvoyant le fait qu'il est maître de sa vie, en le recentrant sur lui-même**

A6 : « T'as raison de dire faites-vous confiance déjà et faites selon vos choix à vous ! »

**142. Il y a des étapes au cours de l'accompagnement au changement de comportement**

A9 : « quand on part dans un changement de comportement y'a toujours plusieurs aspects et voir avec eux lequel aspect ils veulent travailler en premier là où ils sont plus forts ou plus aptes à faire. Et dire ba voilà faites juste ça pour ce temps là et la prochaine fois on en re-discutera et faire des étapes heu, faciles et abordables et les ... »

**143. On peut orienter le patient vers des pratiques permettant de renforcer leur ES tel la sophrologie, la musicothérapie, l'arthérapie, l'hypnose**

A9 : « Sophrologie, arthérapie, musicothérapie »

**144. Le travail de renforcement d'estime de soi s'il est nécessaire peut être réalisé par des professionnels en APA, activités physiques adaptés (?), problématique associée de prise en charge**

A9 : « tu peux l'orienter vers un coach sportif , fin je sais plus comment il appelle ça, prof de sport adapté ou quelque chose comme ça. »  
A2 : « Les APA – activités physiques adaptés. »

A2 : « problème c'est qu'ils sont dans des structures mais y'a pas de prise en charge »

**145. Le travail/ ES au cabinet du médecin généraliste présente comme frein le temps**

A1 : « Le temps, ça prend du temps. »

**146. L'absence de formation au travail sur l'ES est un frein pour le réaliser**

A8 : « On n'est pas vraiment formé à ça. »

**147. Le travail sur l'ES est réalisé inconsciemment**

A7 : « Moi j'pense qu'on le fait quand même après heu ... [...] On l'étiquette pas et on le quantifie pas. »

A6 : « Voilà. On n'étiquette pas : « allez on va faire la consultation estime de soi ». Nan. »

**148. La connaissance du patient faciliterait le travail de l'ES avec son médecin généraliste**

A2 : « La connaissance du patient »

**149. La connaissance du patient permet d'évaluer son ES**

CX : « on les voit quoi chez nos patients qu'on connaît depuis longtemps... »

**150. Le médecin généraliste prend en charge le patient dans sa globalité, ce qui est un atout pour réaliser le travail de l'ES**

A3 : le médecin généraliste il connaît la globalité du patient, il le coupe pas en morceaux, soit sur le plan social ...

**151. Sentiment de manquer de formation en psychologie médicale**

C2 : « je suis très peu formée à la psychologie à mon grand regret et j'essaie de faire des formations en DPC du coup quand je peu quoi, parce que ça m'intéresse et je trouve que je suis pas assez formée. »

**152. Le manque d'estime de soi, un handicap ?**

C2 : « Moi je trouve que c'est vraiment quelque chose qui revient, mais même pas que dans le milieu médical, mais globalement, ce qui revient souvent c'est quand même le manque d'estime de soi, et qui en fait est un .. enfin c'est ... ça handicape vraiment beaucoup de monde quoi... énormément de monde »

**153. Il y aurait un niveau juste d'estime de soi**

CX : « tu vois, c'est vraiment juste, juste vraiment bien s'estimer, ni trop ni trop peu quoi. »

**154. Le manque d'estime de soi est un phénomène sociétal**

CX : « c'est rare de trouver des gens qui ont une estime d'eux-mêmes juste quoi. »

**155. Notion d'une fausse estime de soi avec une façade**

C2 : « à l'inverse, les patients, ou les personnes quoi qui sont aussi très un peu caïds et bah c'est souvent aussi des gens qui un problème d'estime. »  
CX : « c'est comme une façade. »

**156. Certains médecins ne sont pas à l'aise avec l'accompagnement au changement de comportement de par l'aspect dirigiste que cela peut représenter, manipulation ? ingérence ?**

CX : « on est là, on se dit « qui est-ce qu'on est là pour leur dire « faut changer ça » » enfin on n'est pas .. moi j'suis au contraire je suis pas du tout dirigiste parce que moi je voilà j'aime pas du tout ce rôle là, en me disant « qui je suis moi pour leur dire faut pas faire ci faut pas faire ça ». »  
CX : « Et puis on peut avoir un rôle tellement de persuasion, enfin tu vois, enfin j'exagère un peu là , mais tu vois on peut faire prendre des décisions à des gens alors qu'en fait c'est pas à nous de ... »

D3 : « je crois qu'on comprends jamais tout à ce que vivent les gens et si les gens sont comme ci ou comme ça ou font ci ou font ça c'est parce qu'ils ont des bonnes raisons de le faire et qu'elles sont plus importantes que les mauvaises raisons de le faire et que du coup qui je suis moi pour aller dire que ce serait mieux pour eux ? »

**157. Liens entre certains changement de comportement et une mauvaise estime de soi : l'alcool, le diabète ...**

CX : « les découvertes de diabète quoi, c'est souvent des gens qui se laissent vivre complètement et ont pas forcément une hyper bonne estime d'eux. »

**158. Lien entre estime de soi et déni**

CX : « Enfin l'estime de soi c'est ça aussi je pense, de sentir pas bien d'être comme ça et mais surtout de pas s'en occuper comme ça on le sait pas... »

**159. Intérêt du travail de l'ES dans l'accompagnement au changement de comportement en médecine générale**

CX : « Mais surtout, du coup les patients qui veulent pas, enfin tu sais les patients avec des maladies chroniques justement, diabète, hypertension et compagnie, et qui refusent de se traiter ou qui se traitent mal, du coup faudrait peut-être creuser, du coup sur l'estime de soi, parce que ces gens quand on trouve une maladie chronique potentiellement dangereuse, ou plus ou moins mortelle à long terme, c'est ça hein. »

**160. L'évaluation de l'ES intuitive ne permet d'évaluer que l'ES basse**

CX : « Je pense qu'on peut juste évaluer quand il y a une mauvaise estime d'eux-mêmes de toutes façons »

**161. Les médecins n'évaluent l'estime de soi que dans le suivi psychiatrique mais pas dans l'accompagnement au changement de comportement**

CX : « moi je le cherche que pour les maladies psy [...] mais pour un diabétique ou quelque chose vraiment plus, je cherche pas. »

**162. Pour pallier à une estime de soi trop faible, l'humain construit des « défenses »**

CX : « j'pense que tu construis des espèces de défenses qui font que t'es pas trop mal dans ta vie malgré le fait que tu te sois construit avec une estime de toi qui est pas ... optimale quoi »

**163. L'estime de soi est très influencée par l'environnement**

CX : « j'pense que l'estime de soi elle dépend vachement des autres aussi »

CX : « si autour de toi t'as des gens qui te disent t'es top, t'es super, t'es bien entouré et enfin... [...] tu prends de l'estime »

CX : « je pense que c'est beaucoup beaucoup lié à l'éducation en fait l'estime de soi »

**164. Le renforcement de l'ES en milieu scolaire passe par la valorisation et l'encouragement**

CX : « c'est même pas de la récompense, c'est juste de la ... de l'encouragement [...] de la valorisation de l'enfant au lieu de la répression »

CX : « Au lieu de mettre le doigt sur ce qu'il a fait mal, ... on met le doigt sur ce qui est bien »

E2 : « de les encourager, de toutes façons voilà, de dire des mots encourageants [...] quand ils ont atteint leurs objectifs de dire c'est super, je suis contente pour vous. »

**165. Les patients extrêmement observants ou au contraire très peu observants seraient ceux qui présentent une estime d'eux-mêmes faible**

CX : « Moi j'le vois plutôt dans l'autre sens, ceux qui ont pas du tout d'estime d'eux tu vois... enfin que je pense... [...] ils font tout ce que je leur dis »

CX : « Ca permettrait de cibler les patients avec une mauvaise estime pour [...] Enfin c'est ces patients-là qui seront mauvais, enfin qui seront pas compliants du tout au traitement a priori »

**166. Des patients ayant une très forte estime d'eux se sentir plus infailible et moins à risque d'être malade malgré le facteur de risque, ce qui ne serait pas moteur pour le changement de comportement**

CX : « il a une estime de lui qui est là haut là.. don si tu veux, le traitement du diabète.. « non mais attendez, moi j'ai pas le même diabète que tout le monde quoi ».... »

**167. Renforcer l'ES de ses patients au cabinet apporte un bien-être psychique et de fait, une meilleure santé**

CX : « si on arrivait à revaloriser un peu tout ça, on sait qu'ils seront mieux dans leur peau donc forcément ils seront en meilleure santé quoi. »

**168. Evaluer l'ES des patients à partir des éléments traumatiques connus du patient**

CX : « Elle elle a une estime de soi qui est dans ses chaussettes, hein, c'est sûr, parce qu'elle a eu une enfance horrible »

**169. Renforcer l'ES des patients en leur faisant des compliments**

CX : « Et... même à chaque fois j'essaie de lui dire « ha mais c'est super, vous êtes jolie » »

**170. Evaluer l'ES à partir des demandes de réassurance (de valorisation, renforcement positif) de la patiente envers son médecin**

CX : « Et à chaque consult c'est « est-ce que j'ai maigri ? Est-ce que vous me trouvez jolie ? Est-ce que machin ? » »

**171. Si l'on veut évaluer l'ES il faut trouver une approche qui permette de ne pas être trop intrusif : ne pas être frontal et imposer verbalement cette évaluation**

CX : « Moi j'trouve pas que ça soit... enfin il faut faire attention à la manière dont on recherche l'estime de soi, parce que j'pense que chez certaines personnes ça peut être hyper mal vécu. »

CX : « Enfin tu vois : « alors, aujourd'hui nous allons estimer votre estime de vous ». »

**172. On ne peut pas questionner directement l'estime de soi des patients car eux-mêmes ne savent pas forcément quel estime d'eux-mêmes ils ont**

CX : « Et puis j'suis même pas sûre qu'ils sachent eux mêmes quelle est leur estime d'eux mêmes »

CX : « Tu vois moi si on me demandait « quelle est ton estime de toi même ? », eh bah j'pense que je répondrais feuille blanche quoi »

**173. L'estime de soi est variable dans le temps**

CX : « j'pense que ça dépend vachement des ... enfin ça dépend des jours, ça dépend si t'es fatigué, si t'es bien luné »

**174. En fonction de son interlocuteur, on ne présente pas la même estime de soi-même (plus l'autre a une estime forte, moins la notre le sera ou inversement?)**

CX : « ça dépend face à qui »

CX : « j'pense que ton estime de toi même elle dépend de face à qui tu es. »

CX : « si tu sens que l'autre il a plus d'estime de lui-même et ben tu vas ... ; en tous cas moi j'aurais tendance à ... avoir moins d'estime de moi-même ... »

CX : « si je suis face à quelqu'un dont j'ai l'impression qu'il a moins d'estime que moi et bah du coup je serais plus confiante en moi-même pour essayer de lui remonter. »

**175. Certains patients ne souhaitent pas réaliser ce travail psychologique**

CX : « y a des gens qui ont pas envie d'ouvrir cette porte là non plus quoi »

**176. En cas de rechute, pour renforcer l'ES ne pas s'intéresser à la rechute mais valoriser le changement de comportement temporaire**

CX : « Dans les addictions, comme on disait, parfois ils ont rechuté mais on dit « ha mais c'est bien, vous avez tenu une semaine, c'est pas grave, ça arrive »

**177. Renforcer l'estime de soi des gens en orientant vers la pratique sportive**

CX : « j'me rappelle que j'avais un copain qui avait fait sa thèse sur le sport dans le sevrage alcoolique, et c'est en fait que ça a vraiment des vrais effets positifs. »

**178. Renforcer l'ES des patients en les orientant vers des activités que l'on pense qu'ils vont réussir**

CX : « qui leur ramène du bien-être, qui leur ramène du voilà, des choses, . « Je suis arrivé à faire à faire ça, j'suis arrivé à... ». J'trouve que c'est ... ouais, que c'est hyper important. »

**179. Le médecin doit être bien dans sa peau pour réaliser un travail d'ES avec ses patients**

CX : « Mais n'empêche que y a aussi des médecins qui sont complètement dépressifs, voilà, qui sont là « oui ... » Non mais y a pas des patients qui vous racontent des trucs comme ça, sur des médecins qui sont complètement neurasthéniques là, ça donne pas très envie quoi [...] C'est peut-être plus galère pour le renforcement positif. »

**180. Orienter les patients vers une esthéticienne pour renforcer leur ES**

CX : « L'esthéticienne ! »

**181. Un travail de groupe entre patient (dans le cadre de l'Education thérapeutique) peut permettre de renforcer l'ES des patients en leur permettant de se comparer d'autres personnes ayant des problèmes**

CX : « Voilà, séances de groupe quoi. Et effectivement peut-être que ça peut les revaloriser parce qu'en fait ils échangent entre patients et je crois que c'est, enfin moi j'ai jamais participé, mais a priori c'est très riche ce qu'il s'y passe quoi. Et effectivement j'pense que j'ai des patients qui ont peut-être repris un peu.. qui se sont rendu compte que finalement ils faisaient peut-être pas si mal que ça certaines choses et qui ont ... »

**182. Renforcer l'ES c'est valoriser les compétences de son patient**

CX : « pour qu'il se sente valorisé ... et aussi peut-être des choses où il est doué »

**183. Le médecin généraliste peut être acteur du renforcement de l'ES comme n'importe quel autre professionnel qui accompagne le patient**

CX : « Moi je crois que c'est le travail du médecin comme tu disais de n'importe quel intervenant avec qui il y a une relation de confiance qui se crée, une relation d'une personne à une personne. Donc, on en parlait tout à l'heure dans l'éducation chez l'enfant, mais aussi chez le curé »

**184. L'injonction ne permet pas l'accompagnement au changement de comportement**

D3 : « je crois pas du tout que parce que le médecin te dit que c'est pas bien de fumer, tu vas t'arrêter de fumer »

**185. Le comportement à risque à des raisons d'être**

D3 : « je crois qu'on comprends jamais tout à ce que vivent les gens et si les gens sont comme ci ou comme ça ou font ci ou font ça c'est parce qu'ils ont des bonnes raisons de le faire et qu'elles sont plus importantes que les mauvaises raisons »

**186. La question du comportement à risque renvoie à celle des normes sociétales, notion de stigmatisation**

D3 : « Je trouve ça compliqué ça comme question avec toutes les normes que ça peut mettre notamment sur le poids »

D4 : « la société leur fait bien comprendre que si ils sont gros c'est leur faute, que si ils fument c'est leur faute, s'ils bouffent pas comme il faut c'est leur faute alors qu'il y'a des problèmes sociétaux qui sont à l'origine de ça aussi »

**187. Pas ou peu d'initialisation d'accompagnement au changement de comportement mais une réponse à une demande**

D3 : « je l'initie assez peu moi même [...] Je vais peut-être pouvoir l'évoquer des fois enfin je vais très souvent attendre que les gens l'évoquent. »

E5 : « Et en fait l'éducation thérapeutique, qui est bien à la mode en ce moment, c'est vraiment on part des besoins du patient. Et si le patient il veut pas se soigner, et bah tant pis. Et moi ça a vraiment changé ma façon de voir les choses. »

**188. Le médecin, de part son statut, a un rôle à jouer dans la prise de conscience de la nécessité de changement de comportement**

D4 : « du coup quand ça vient de leur médecin, ça aura plus d'impact que quand ça vient de la télé donc je pense l'évoquer, sans dire que voilà appuyer vraiment à chaque fois dessus mais de l'évoquer au moins pour lancer un petit peu une réflexion chez lui »

D4 : « Tu vois les gens ils le savent mais quand ça vient d'un professionnel de santé, de leur médecin d'autant plus...ça n'a pas le même impact »

**189. Ne pas souligner un comportement à risque, c'est le valider**

D3 : « je pense que ne pas le faire du tout, d'un coté, c'est se mordre un peu la queue : « le médecin il ne m'en parle pas c'est que c'est bien ce que je fais » »

**190. Initier un changement de comportement c'est renvoyer le comportement à une cause individuelle plus que sociétale**

D5 : « initier un changement de comportement c'est ramener à une responsabilité individuel de ses comportements »

D5 : « y'a des études qui ont montré que c'était la part individuelle quand tu te met à fumer par rapport à la part sociétale qui te pousse à fumer...la balance est pas si nette que ça, que ce qu'on veut faire croire aux gens et la responsabilité qu'on leur fait porter est peut-être un petit peu plus grande que celles qu'ils ont réellement dans ces choix là. Et du coup je trouve ça...en rajouter une couche quoi. »

**191. Initier un changement de comportement a du sens s'il y a un lien avec un élément repéré en consultation**

D5 : « quand je sens qu'il y'a des trucs qui gravitent autour des fois même loin je vais peut-être quand même aller le chercher donc c'est en ce sens là que je pourrais l'initier mais j'aurais du mal à le faire sortir de nul part si je sens pas un lien qui peut se faire avec un problème, je sais pas de cigarette par exemple, si la personne me dit qu'elle a du mal à respirer ou autre et si je sais qu'elle fume, la peut-être je vais évoqué le truc... »

D4 : « effectivement de prendre appui sur quelque-chose qui leur arrive, qui les concerne à ce moment là, ils seront peut-être plus enclins à écouter, à entendre quelque-chose ou en tout cas à prendre conscience que ah oui peut-être ça peut avoir un lien... »

**192. Utiliser des éléments scientifiques dans l'accompagnement au changement de comportement**

D3 : « Donc du coup, moi je...en fait quand les gens veulent je l'accompagne ça je trouve ça assez facile et après...avec tous les éléments scientifiques qui sont à notre disposition »

**193. L'accompagnement au changement de comportement nécessite des consultations spécifiques**

D2 : « Quand ils initient quelque-chose, je propose, notamment autour du poids, je propose aux gens de revenir pour discuter que de ça quoi. »

**194. Sentiment d'être peu formé à l'accompagnement au changement de comportement**

D5 : « Mais en tout cas, au niveau formation, moi je me sens très peu formé et le peu que j'ai je l'ai acquis parce que je m'y suis intéressé mais au cours de ma formation universitaire j'ai pas eu l'impression d'avoir beaucoup de billes sur ces questions là »

**195. Aborder le changement de comportement de façon suggestive.**

D1 : « Du coup, je pense que j'ai adopté une posture complètement à l'opposé et je suis très suggestif. »

**196. Les médecins accompagnent seulement les changement de comportement dans lesquels ils sont à l'aise**

D2 : « mais y'a plein de trucs ou je n'oserais pas aller parce que je me sens pas compétente et du coup je le ferai moins »

**197. L'écoute active, un principe de l'accompagnement au changement de comportement**

D1 : « L'écoute active [...] j'aime bien laisser terminer [...] l'écoute, ça fait toute la différence »

**198. Le renforcement positif par une posture : être toujours de bonne humeur**

D1 : « quand je rentre dans une consultation, j'ai toujours l'impression, enfin j'essaie toujours d'être de bonne humeur »

**199. Valoriser une intention de changement de comportement**

D3 : « Même quand il y a une volonté. J'aimerais bien arrêter de fumer. « Ouaa mais c'est super !! » »

**200. L'accompagnement au changement de comportement passe par une prise en charge de l'anxiété qui est à l'origine de ces comportements**

**Notion d'un travail sur l'origine de l'anxiété.**

**Notion d'un travail sur le fait de remplacer par une autre prise en charge de l'anxiété.**

D3 : « moi je trouve, que les comportements dont on parle en fait, je sais pas, l'alcool, le tabac, le poids enfin l'alimentation...pour moi, de mon point de vue, c'est vachement des trucs qui viennent pour calmer l'anxiété mais à peu près tout, enfin la bouffe, le tabac, le machin...et l'alcool...enfin voilà moi je pense qu'il y'a un vrai boulot de fond à faire là-dessus. »

D3 : « ce serait un peu l'idéal je trouve de pouvoir voir ce qu'il y'a derrière au niveau psychologique d'un comportement, voir pourquoi ce comportement existe et puis après j'essaie de travailler sur qu'est ce qu'on peut trouver d'autre que ce comportement pour calmer l'anxiété en fait. »

**201 : Valoriser les comportements des patients quels qu'ils soient pour augmenter la confiance qu'ils ont en eux.**

D3 : « Tu disais « je vais dans le sens des gens quand ils font des trucs qui me plaisent », moi je vais dans le sens des gens globalement, c'est à dire pour ce truc de confiance en soi »

**202. Le médecin ne peut pas appréhender toute la complexité d'un comportement donné. Limiter l'ingérence.**

D3 : « Non mais j'exagère un peu mais globalement je trouve que bon les gens font des choix, tous ces choix sont hyper déterminés par plein de trucs, à un moment ils font des choix dans leurs vies. Toi tu captes pas le dixième de ce qui se passe de toute façon dans leur vie, donc qu'est-ce que tu peux faire pour leur faire du bien, et ben à peu près leur dire que c'est bien ce qu'ils font, et bravo, et que voilà. »

D3 : « Ouais moi je le soutiens. Voilà j'estime que mon rôle c'est de le soutenir, quelques soient ses choix, parce que je suis pas là pour juger si ses choix sont bien ou pas bien. »

**203. Utiliser le droit pour accompagner certains changements de comportement (travail, violences familiales).**

D3 : « je place pas mal de truc de droit aussi quoi, par rapport au travail notamment : « là c'est pas normal ce qui vous arrive, c'est pas légal, on n'a pas le droit », ou des trucs comme ça aussi. »

**204. L'une des missions du médecin généraliste est le soutien. Posture de soutien dans l'accompagnement au changement de comportement.**

D3 : « Ouais moi je le soutiens. Voilà j'estime que mon rôle c'est de le soutenir, quelques soient ses choix, parce que je suis pas là pour juger si ses choix sont bien ou pas bien. »

**205. Explorer les « stéréotypes », représentations du patient quand à son comportement pour initier un changement de comportement**

D4 : « d'essayer de rechercher quels sont les stéréotypes que peuvent avoir les gens sur leurs comportements mais en tout cas ça me semble être une piste pour arriver à faire en sorte qu'ils aient envie de changer, initier un changement de comportement. »

D4 : « si les patients ils ont une mauvaise image du comportement qui serait bénéfique, et ben du coup ils vont pas le pratiquer, pas le faire. Alors après je sais pas si ça peut s'adapter à tout ce qu'on a évoqué de changement de comportement mais voilà en tout cas sur l'activité physique maintenant je suis un peu plus sensibiliser là dessus et du coup, d'essayer de voir quelle image le patient peut avoir du comportement. »

E3 : « parce qu'en partant des croyances des gens on peut aussi progresser. »

**206. Dans l'accompagnement au changement de comportement, l'un des objectifs est d'autonomiser les gens.**

D2 : « Moi j'essaie un petit peu, dans ce contexte, les aspects sur lesquels je joue c'est un peu pareil, parce que je peux pas jouer sur grand chose »

d'autre. Faute de billes sur ces questions là. C'est essayer d'autonomiser les gens. »

**207. Redonner aux patients la juste de valeur de leur savoir (populaire) par rapport au savoir (scientifique) du médecin permet d'augmenter leur estime de soi**

D2 : « Sur cette question là vous en savez autant que moi. Du coup un peu une démarche démedicalisante forcée, parce que de fait le médecin vers lequel elle se tourne à ce moment là n'y connaît rien, mais le lui dit : ça vous êtes autant armée que moi. Et voilà aussi ça joue aussi sur l'estime de soi j'ai l'impression, »

**208. Dans l'ACC, déstigmatiser le « mauvais » comportement pour déculpabiliser**

D3 : « je trouve que pour les gens ça fait que « le mal » « moi je suis mal » « moi je fais des trucs mauvais » et du coup « je suis mauvais » et c'est un cercle vicieux parce que encore plus voilà j'essaie d'arrêter de boire, j'y arrive pas, décidément je suis vraiment plus que nul, enfin voilà. Et je trouve qu'une des manières c'est de dire ben oui vous buvez mais c'est normal avec ce que vous avez vécu. Voilà. Toujours un peu dans ce truc là, dédramatiser, enfin dire c'est pas de votre faute en fait, peut-être n'importe qui dans cette situation aurait réagi pareil, et peut-être se serait suicider, vous vous êtes mis à boire ben au final...bon... »

**209. Chercher le sens de tout comportement avant d'accompagner son changement**

D3 : « je trouve que pour les gens ça fait que « le mal » « moi je suis mal » « moi je fais des trucs mauvais » et du coup « je suis mauvais » et c'est un cercle vicieux parce que encore plus voilà j'essaie d'arrêter de boire, j'y arrive pas, décidément je suis vraiment plus que nul, enfin voilà. Et je trouve qu'une des manières c'est de dire ben oui vous buvez mais c'est normal avec ce que vous avez vécu. Voilà. Toujours un peu dans ce truc là, dédramatiser, enfin dire c'est pas de votre faute en fait, peut-être n'importe qui dans cette situation aurait réagi pareil, et peut-être se serait suicider, vous vous êtes mis à boire ben au final...bon... »

**210. Lien entre les addictions et une faible estime de soi**

D2 : « Mais j'ai l'impression que dans les addictions il y a souvent ça au fait parce globalement moi je trouve...enfin globalement...la plupart des gens que j'ai vu qui avait des problèmes d'addiction, en général, effectivement, ils ont une image hyper négative d'eux-mêmes et de leur comportement »  
E1 : « plus les addictions où tu feras plus le lien avec l'estime de soi. On essaye peut-être plus de la renforcer en tous cas. »

**211. Renforcer l'estime de soi des patients dès l'abord du comportement à risque pour amorcer l'ACC.**

D2 : « Mais j'ai l'impression que dans les addictions il y a souvent ça au fait parce globalement moi je trouve...enfin globalement...la plupart des gens que j'ai vu qui avait des problèmes d'addiction, en général, effectivement, ils ont une image hyper négative d'eux-mêmes et de leur comportement d'addiction et en fait ça n'arrive pas souvent finalement que...des gens voir des médecins leur disent en fait si là vous avez ce comportement là c'est parce que vous avez des raisons de l'avoir en fait mais je trouve que c'est un vachement bon levier ça. »

**212. Renforcer l'ES des patients en valorisant leur comportement à risque qui a pu être une solution à un problème donné**

D3 : « Mais du coup non c'est c'est...enfin pour moi c'est vraiment un préalable de se rendre compte que oui au fait l'alcool c'est un super produit qui a des effets...c'est un anxiolytique et un antidépresseur, c'est magique, c'est super quoi. Vous avez trouvé le produit qui vous convient et effectivement, dont vous aviez besoin à ce moment là dans votre vie. »

**213. Lors d'une demande d'ACC, chercher les motivations**

D2 : « Mais moi ça me fait penser que moi j'utilise ça parfois, enfin ça m'a arrivé de le dire, d'utiliser ça parfois par rapport à la cigarette. Y'a des gens qui viennent et qui me disent « J'ai envie d'arrêter de fumer » du coup je leur dis « Ah bon ? Mais pourquoi vous voulez arrêter de fumer ? » »

**214. Lors d'un ACC, le patient et le médecin n'ont pas les mêmes motivations**

D4 : « Parce que je pense que le patient, enfin, a pas du tout la même motivation que le médecin sur le...pour le même objectif qu'est l'arrêt du comportement pas adapté...le patient il n'a pas du tout la même motivation que...enfin le même objectif enfin...je ne sais pas comment dire enfin que...nous en tant que professionnels de santé ou on voit les conséquences néfastes sur la santé mais lui si ça se trouve c'est pas du tout ça qu'il voit de toute façon...si on peut arriver à concorder les deux pour arriver à l'objectif final...ça je pense que c'est effectivement bien de savoir lui aussi ce qu'il recherche. »

**215. l'ACC passe par des objectifs intermédiaires**

D2 : « Et du coup de se donner des petits objectifs enfin d'avoir des petits objectifs comme ça, ça permet de construire au fait...après le cheminement...autour de cette question-là. »

**216. L'évaluation de l'ES a lieu pour certains ACC, pas pour d'autres (OH et burn-out)**

D1 : « Dans l'alcoolisme ouais. Je trouve que ça saute plus aux yeux que pour le tabac par exemple. Et puis sur les syndromes d'épuisement professionnel parce que très souvent ils sont vraiment au fond du gouffre. Donc là on est obligé de s'en saisir parce que ça va être la première étape. De retrouver une estime de soi dans sa vie si on l'a perdu au travail...de dire finalement c'est pas parce qu'on l'a perdu au travail qu'on l'a perdu dans toute sa vie...même si souvent ça déclenche sur le couple, ça déclenche sur plein d'autres problématiques...là, dans ces 2cas là. Dans l'alcool et le burn-out, je pense que j'évalue tout de suite, oui. »

**217. L'attention porté à l'estime de soi ne se fait que s'il apparaît évident que celle-ci est très altérée**

D2 : « Moi j'ai l'impression que je le fais plus en creux...enfin je sais pas comment dire...en creux. Quand je vois que quelqu'un va vraiment pas bien enfin qu'il a effectivement l'air d'avoir un sérieux problème...enfin un sérieux problème...[...] Non, que vraiment, enfin je ne sais pas comment dire ça mais...enfin son estime de soi a l'air altérée, là je m'en saisi plus facilement quoi du coup en fait. »

**218. Le concept d'estime de soi est étranger à beaucoup de médecins**

D2 : « moi effectivement je crois que j'ai jamais réfléchi à l'estime de soi avant. En tant que tel dans une consultation de médecine générale ça m'est effectivement jamais venu à l'esprit. »

D4 : « Enfin clairement, ça ne m'a jamais traversé l'esprit. »

**219. D'autres au contraire y sont très sensibles car sensible à leur propre estime d'eux-mêmes influant sur leur posture en consultation et la qualité de leur travail.**

D1 : « Peut-être parce que je fais hyper attention à l'image que je renvoie et notamment je fais hyper attention à l'estime que j'ai de moi. [...] Qui ne soit pas trop bas mais pas trop haut non plus parce que quand il est trop bas je travaille mal et quand il est trop haut je travaille mal. »

**220. Evaluer l'ES uniquement si le médecin a les compétences pour renforcer l'ES ensuite**

D3 : « C'est aussi vers quoi ça aboutit au fait ? Au bout d'un moment t'as une estime de toi de merde...désolé...enfin...mais moi a part de faire ce que je fais d'habitude c'est à dire de dire « bravo », « allez ! » »

**221. Pratique du renforcement d'ES quel que soit le niveau d'ES initial (non évalué)**

D3 : « C'est aussi vers quoi ça aboutit au fait ? Au bout d'un moment t'as une estime de toi de merde...désolé...enfin...mais moi a part de faire ce que je fais d'habitude c'est à dire de dire « bravo », « allez ! » [...] Qu'ils aient une estime de soi haute ou basse d'ailleurs, je ne sais pas trop quoi faire d'autre. Du coup... »

E1 : « Ouais .. dans ces comportements là on part de toutes façons du postulat qu'ils ont une estime de soi qui est basse en fait. Du coup on essaye avant tout de la renforcer mais je sais pas si . . . moi je pense que je saute la case évaluation de l'estime de soi dans ces comportements là pour me dire de toutes façons s'il a une mauvaise estime de lui et je passe directement à la case revalorisation »

**222. Un médecin évalue l'estime de soi de ses patients par rapport à la sienne**

D1 : « Donc je pense que c'est pour ça que je le transfère chez les patients et d'ailleurs il m'arrive très cassant chez les patients euh...qui...qui devant moi ont une estime de soi trop haut et je trouve que ça biaise la consult et je me sens moins respecté et je ne sais pas et là du coup je vais l'évaluer et si je le trouve trop haut je ferai ce qu'il faut pour que ça redescende au moins le temps de la consult. »

**223. L'expression « se sentir bien dans sa peau », fréquemment utilisée pour vulgariser le concept d'ES par les médecins**

D5 : « Tu te dis tiens, là, cette personne, j'ai l'impression qu'elle se sent bien dans sa peau, telle autre j'ai l'impression que sur cette question précise elle se sent moins bien dans sa peau »

**224. Evaluer l'ES comme une mécanique intuitif non professionnel**

D5 : « autant il y a des trucs où je sais que je vais pas le transposer dans ma vie quotidienne, des dispositions d'état d'esprit que j'ai en consult parce que c'est mon costume de docteur que je me suis construit au cours de mes études et de ma pratique, autant ça l'estime de soi j'ai l'impression que c'est un truc qui est un peu plus transversal, qui est présent en consult mais que je vais pouvoir aussi transposer ailleurs justement parce que ça ne m'a pas l'air d'être quelque-chose de très médical. Il n'y a pas de score, pas d'échelle. C'est vraiment de...l'humain qui rentre en interaction avec un autre humain et voilà comme quand tu croises quelqu'un dans la rue, tu peux dire tiens cette personne elle a l'air sûre d'elle, en forme et tout, telle autre moins bien, et c'est pas le médecin qui parle quand à cette évaluation là de la personne, c'est juste toi ton ressenti d'être humain. »

**225. Prendre en compte l'ES de ses patients en médecine générale permet la compréhension de leurs comportements**

D3 : « En consult, la personne n'est jamais chiant pour moi quasiment pas c'est à dire que la personne a peu d'estime de soi effectivement et du coup ça explique tel ou tel comportement donc il faut le comprendre. »

#### **226. Renforcer l'ES par redonner au patient le droit de prendre du temps pour soi (++)femmes)**

D3 : « moi je trouve que c'est un truc qui revient beaucoup chez les femmes notamment mais la capacité à se considérer assez importante pour pouvoir prendre du temps pour soi est un truc moi sur lequel j'appuie beaucoup beaucoup parce que je trouve que c'est un des gros problèmes de notre...notre société... »

#### **226A. Les groupes de paroles « femme » pour renforcer l'ES des patients**

D3 : « Des groupes « femme », des groupes de discussion entre copines assez larges ou du coup tu as ce temps là pour toi et pour te faire du bien et boire un thé et juste rien faire et discuter et parce que ça c'est important en fait...Et du coup, ba ouais ça ça me semble renforcer l'estime de soi quoi. »

#### **226B. Apporter de la reconnaissance au patient dans des domaines non médicaux augmente leur ES**

D3 : « Enfin « vous êtes une très bonne maman ! Regardez comme vous vous occupez bien de cet enfant » [...] De la reconnaissance aussi même sur des trucs qui sont pas médicaux. »

#### **226C. Autonomiser les patients dans leur prise en charge et leur comportements leur donne de l'estime de soi.**

D1 : « Et pareil en sortant j'ai toujours ma petite phrase bateau « prenez soin de vous » et ça c'est pareil je trouve que ça passe plutôt bien parce que les gens sont contents, ça remet leur santé dans leurs mains et ça redonne un peu d'estime de soi. »

E1 : « lui dire « a vous la parole, qu'est-ce que vous en pensez-vous ? » ça doit lui donner de l'importance aussi et ça doit regonfler son estime »

#### **227. Changer de posture en étant plus familier avec le patient permet de renforcer son ES**

D1 : « Au CHU, tout le monde se foutait de ma gueule, en stage, parce que j'étais toujours là au lit du patient à dire « excellent ! », « super ! » ...c'est vrai que j'en fais trop mais ça aussi les patients aiment bien. Parce...parce que c'est « pump it up » quoi ! Du coup, ils en ressortent plutôt heureux, plutôt plus confiants j'ai l'impression...d'autant plus que ça dénote complètement de l'image qu'on a du...de la relation médecin-malade quoi, du dogme que tu croises le plus souvent...Oui je suis assez familier. [...] Et ça je trouve que ça marche bien. »

#### **228. La prise en charge collective (exemple des ateliers de groupe) permet :**

- de valoriser le savoir populaire et donc ceux qui le détiennent, les patients.

- renforcer l'ES des patients en les sortant de leur isolement face à un problème donné.

D5 : « Nous ici au centre je trouve qu'on a cet outil qui est hyper intéressant qui sont les ateliers de groupe justement. Et dans la révalorisation du savoir populaire par opposition au savoir universitaire que nous on est censé détenir en tant que médecin, je trouve que c'est vachement intéressant... [...] et voilà en fait on se rend compte que des fois, enfin, on se rend compte, nous deux mais aussi le groupe, les mamans qui sont là, que il y a du savoir que elles elles détiennent, qui est médical finalement, parce qu'il impact sur la santé de leurs enfants et qui est tout aussi pertinent que nous ce qu'on pourrait dire en consult. [...] Pareil quand parfois pendant un atelier sur un sujet précis ba y'a une maman qui va devenir un peu l'animatrice de l'atelier parce que c'est un truc qu'elle maîtrise vachement bien et tout euh...d'un coup c'est elle qui va faire circuler la parole, qui va donner des infos, répondre aux questions des autres mamans qui posent des questions...et du coup je trouve que ça ça joue énormément sur l'estime de soi qu'elles peuvent avoir. »

D5 : « Leur dire, en fait, qu'ils sont experts de leur propres...d'eux-mêmes. Juste prendre conscience de ça, en général, je trouve que ça a un très bon impact sur leur estime de soi. »

D3 : « je trouve que déjà se rendre compte que t'es pas tout seul et machin ça aide aussi au niveau estime de soi. »

#### **229. Savoir dire que l'on ne sait pas en tant que médecin renforce l'estime de soi des patients**

D5 : « quand les personnes elles me disent « Ah, sur cette question, qu'est ce que vous en pensez docteur ? » « j'en sais rien, j'y connais rien à votre question, vous m'avez appris 50 trucs rien qu'en me posant cette question donc euh... » Ba, des fois, voilà, ça peut être à double tranchant, ça peut être...parfois il peut dire « Oh merde, j'ai posé une question complètement perché, le médecin, il ne comprend même pas ma question... » mais à l'opposé, j'ai l'impression que ça arrive quand même souvent que les gens me disent « Ah tiens, c'est un truc que j'ai l'air de bien m'y connaître, j'ai même collé le médecin sur cette question » »

#### **230. Utiliser le droit pour renforcer l'ES des patients victimes de**

#### **violences conjugales et les amener à un changement de comportement**

D3 : « « peut-être que vous vous pensez que on peut vous faire ça », un truc un peu comme ça mais je le dis pas comme ça peut-être mais...en tout cas c'est souvent ce qu'il y a derrière. Ba en fait, ba ok « moi, je me sens assez une merde pour pensez qu'il a le droit de me faire ça » mais du coup en fait « non, le droit ne dit pas ça, le droit dit que non, que vous êtes une personne et qu'on n'a pas le droit de vous faire ça » »

#### **231. Si l'ES est évalué basse, le discours du médecin demandera plus d'attention afin de ne pas diminuer l'ES du patient**

D4 : « un peu plus bienveillant. En fait...spontanément...comme ça, comme on disait, pour pas l'enfoncer encore plus quoi. On sent bien qu'il est déjà un peu au fond du trou... [...] Si on lui met la tête sous l'eau, ça va pas aider grandement le patient . [...] faire peut-être attention un peu plus à ce qu'on dit. »

#### **232. La plupart des gens (des patients) auraient une mauvaise ES d'eux-mêmes.**

D3 : « C'est sans doute une image très biaisée que j'ai mais moi j'ai quand même l'impression qu'il n'y a pas beaucoup de gens qui sont hyper à l'aise, tout va bien avec toi même, enfin c'est nickel, c'est parfait. Y'en a pas des masses quand même. *Rires*. Du coup je sais pas... »

#### **233. L'estime de soi des patients est plus basse en consultation médicale que dans la vie quotidienne :**

- du fait de la relation médecin-malade  
- du fait du « droit » à montrer cette mauvaise ES

D1 : « ils se placeront toujours, je crois, dans une relation verticale. En rentrant, donc...avec une estime de soi un peu moins importante. »

D2 : « Mais je ne sais pas si c'est une histoire de relation verticale ou juste de s'autoriser à se montrer plus fragile [...] sans doute que c'est un des seuls espaces dans la société où t'as le droit de chialer. »

#### **234. Adresse un patient à un kiné avec comme objectif « prendre du temps pour soi » (pas dans l'ACC stricto sensu)**

D3 : « Moi ça m'est déjà arrivé mais ça se matérialise plutôt par...prendre du temps pour soi. Ce qui est peut-être un peu différent mais du coup est peut-être quasiment la même chose. Du coup, des fois, moi je...du coup des fois la seule manière que ça se passe c'est par exemple tu fais une ordo de kiné euh. Enfin moi ça m'est déjà arrivé de faire des ordos de kiné pour des vagues douleurs cervicales... »

#### **235. Orienter le patient vers une activité « à lui » qui n'abaisse pas son ES**

D4 : « dire voilà « faites un truc, c'est voilà que pour vous ! » donc sans orienter spécifiquement vers quelqu'un d'autre ou quoi mais de dire « vous prenez une heure, si vous aimez pas courir, vous allez prendre un bouquin ou... » Voilà, enfin, mais vraiment trouver quelque-chose de manière régulière effectivement pour que...et je pense qu'effectivement à longue distance ça revient à se qu'ils aient peut-être un peu plus d'estime d'eux-mêmes parce que voilà ils ont un truc pour eux et ça sort de tout ce qui peut faire baisser leur estime de soi le reste du temps quoi. »

#### **236. Dans des centres de santé communautaire, des ateliers pour renforcer l'estime de soi via l'image de soi sont organisés**

D3 : « Je sais qu'il y'a des centres de santé où il y a des groupes qui ont...qui ont cet objectif là. Réellement quoi. A la place santé à St Denis, donc près de Paris, il y a un groupe donc de femmes qui se retrouvent pour se faire belle. Voilà. Point barre. Se maquiller, se coiffer. Et voilà, ça c'est clairement c'est affiché, l'objectif c'est se...[...] Faire belle, voilà l'image de soi. »

#### **237. Il serait intéressant que des espaces permettant de renforcer l'estime de soi existe ailleurs que chez le médecin**

D5 : « Faudrait que ça puisse se développer, pareil, comme on disait tout à l'heure, que ça puisse se développer ailleurs que chez des médecins, qu'il y ait cette espace là qui existe ailleurs ça pourrait être chouette quoi. »

#### **238. Induire une demande d'ACC est plus difficile que l'ACC lui-même**

E4 : « c'est ça qui est difficile, c'est d'arriver à les amener à vouloir changer »

#### **239. Explorer les peurs du patient dans l'ACC**

E3 : « j'essaye de plus demander au patient ce qu'il pourrait faire lui, ce qui lui semble possible, lui demander de quoi il a peur, en essayant de m'appuyer là dessus. »

#### **240. Dans l'ACC, le patient détermine lui-même les objectifs réalisables**

E3 : « j'essaye de plus demander au patient ce qu'il pourrait faire lui, ce qui lui semble possible, lui demander de quoi il a peur, en essayant de m'appuyer là dessus. »

#### **241. Utiliser l'humour pour éviter la confrontation quand à un comportement à risque**

E5 : « l'humour c'est une bonne technique. Moi j'ai des patients en tête !, du coup chroniques, que je suis, voilà, et c'est vrai que je passe beaucoup par l'humour en fait, pour relativiser les choses quoi »

**242. Faire une visite à domicile dans le but de mieux appréhender le contexte du comportement à risque et du changement de comportement**

E5 : « il y a un truc aussi j'trouve qui est intéressant, c'est d'aller à domicile et de prendre en compte l'aspect social, par rapport au changement de comportement. Par exemple, moi à l'hôpital là je fais plus de visite à domicile, mais pour avoir fait beaucoup de visites à domicile, quand on va chez les gens on comprend pourquoi ils peuvent pas se soigner, et pourquoi ce comportement il peut pas changer, et c'est hyper important, enfin je trouve vraiment... Par exemple là à l'hôpital, même si normalement on ne va pas à domicile, ça m'est arrivé déjà quelque fois d'aller à domicile chez des patients, parce que je me disais enfin il y a un truc qui se passe que je ne comprends pas, et en fait en y allant je me suis dit « ah bah oui, d'accord je comprends » »

**243. S'intéresser à comment il vont atteindre l'objectif du changement de comportement**

E3 : « déjà de poser des questions de comment ils vont faire pour faire ce que tu as demandé, des fois tu te rends compte que c'est mission impossible. »

**244. Le ROSP renforce la motivation du médecin à atteindre certains objectifs de changement de comportement**

E3 : « bah c'est ce qu'on nous apprend quoi, les objectifs de santé publique, d'ailleurs y a les médecins qui sont rémunérés en partie pour ça hein, donc c'est un peu la course aux objectifs, mais pour le patient, ce qui est important c'est plus le retentissement sur sa vie »

**246. Demander au patient quel est leur idéal d'eux-même, évaluation inconsciente de l'ES ?**

E3 : « moi les ados, je demande beaucoup c qu'ils pensent d'eux, l'idéal qu'ils ont d'eux mêmes, ce qui me permet de voir un peu, si l'idéal est trop important, le cap est trop important entre la réalité et l'idéal qu'ils ont d'eux mêmes, bon ça permet un peu de travailler. »

**247. Phrases interrogeant l'es :**

E3 : « comment vous vous voyez ? »,  
E3 : « qu'est-ce que vous pensez de vous ? ».

**248. Utiliser en pratique clinique, une échelle d'évaluation de l'ES serait inutile.**

E3 : « par contre j'ai pas d'échelle. Et je pense que ça sert à rien. Mais après je sais pas si ça existe, mais c'est un chiffre quoi, et en plus ça doit fluctuer, enfin ouais, je suis pas sûre qu'on puisse se servir d'un truc un peu numérique »

**249. L'aide à l'évaluation de l'estime de soi pourrait passer par des questions précises.**

E2 : « non mais ouais, avoir des questions un peu plus précises »

**250. L'évaluation inconsciente de l'ES est suffisante et ne nécessite pas un outil quel qu'il soit**

E5 : « j'pense qu'il y a pas forcément besoin d'avoir des questions pour le voir aussi. Si c'est des patients que tu connaît bien. Moi je sais pas, quand je pose des questions par exemple sur la maladie chronique, des choses comme ça et qu'ils répondent. Enfin moi j'ai une patiente qui répond tout le temps « je sais pas je sais pas », je lui réponds « premièrement je suis sûre que vous savez plein de choses » et puis du coup j'me dis bah en fait elle se dévalorise beaucoup alors qu'elle sait beaucoup de choses, et euh ... voilà, du coup enfin, mais effectivement je pense qu'il y a pas besoin d'échelle. »

**251. Une estime de soi faible repérée par une absence de verbalisation du savoir du patient quand à sa pathologie.**

E5 : « Moi je sais pas, quand je pose des questions par exemple sur la maladie chronique, des choses comme ça et qu'ils répondent. Enfin moi j'ai une patiente qui répond tout le temps « je sais pas je sais pas », je lui réponds « premièrement je suis sûre que vous savez plein de choses » et puis du coup j'me dis bah en fait elle se dévalorise beaucoup alors qu'elle sait beaucoup de choses »

**252. Explorer l'entourage du patient (lien de confiance, bienveillance) permet d'appréhender son estime de soi**

E3 : « Je sais pas c'est plus, j'aurais plus corrélé ça avec le contexte, par exemple de famille, si y a des gens qui font confiance en la personne, elle est entourée, elle a une estime d'elle même renforcée quoi, mais après, je sais pas si c'est ça la question. »

E3 : « Si l'entourage on va dire est bienveillant, c'est un facteur de renforcement de l'estime de soi »

**253. La demande d'ACC passe par une prise de conscience du comportement à risque, d'une incapacité de CC sans aide et ainsi abaisse l'ES**

E1 : « souvent le fait d'être dans la demande d'aide ça a comme effet secondaire de se rabaisser un petit peu, de se dire j'y arrive pas tout seul, du coup j'ai besoin d'aide. Et dans toute demande d'aide souvent le risque ou le corollaire c'est une sous-estime de soi. »

E1 : « quand ils consultent le médecin, c'est qu'ils ont déjà essayé d'arrêter tous seuls et qu'ils y sont pas arrivés, et qu'ils sont donc déjà confrontés à un échec. »

**254. Il y a plusieurs « estime de soi » en fonction des domaines**

E5 : « l'estime de soi face à un comportement. Pour moi c'est pas l'estime de soi générale quoi, sur toutes la vie, je sais pas, sur son rôle au travail, dans le couple, et dans sa famille. Enfin c'est face à un comportement. »

**255. Diminuer l'appréhension d'un changement de comportement en relativisant sa difficulté (diminue l'angoisse ?)**

E4 : « de dire aussi déjà au départ, de dire que c'est peut-être pas aussi compliqué que ce qu'on dit et que il faut peut-être pas en faire autant une montagne que ce que voilà, il faut essayer voilà de faire relativiser le truc et que même si eux ils se sentent en échec justement parce qu'ils ont déjà eu une mauvaise expérience, dire c'est pas grave et puis ça arrive, ça veut pas dire qu'ils y arriveront pas quoi. »

**256. La motivation au changement de comportement renforce l'ES des patients**

E5 : « si c'est le patient justement qui va choisir de changer du coup c'est lui au contraire qui va prendre le dessus finalement du coup son estime de soi quand il va venir te voir elle va être gonflée à bloc comme quand tu dis « j'ai décidé d'arrêter de fumer », voilà c'est pas le médecin qui dit « alors, ce serait peut-être bien d'arrêter de fumer » et donc du coup t'es gonflé à bloc et l'estime de soi est au taquet et donc du coup t'es trop motivé pour y arriver »

**257. Rechercher les freins au CC dans l'ACC**

E1 : « il faut prendre en compte la globalité de sa vie aussi, c'est vrai que des fois c'est pas qu'ils ont pas envie ou qu'ils ont aucune estime d'eux-mêmes mais c'est parce qu'au niveau social, au niveau professionnel, y'a des choses qui ne sont pas réalisables mais je pense qu'un des trucs que nous on doit faire pour changer les comportements c'est quand même avoir aussi pas que le côté médical mais faire un peu le tour des freins et ... »

**258. L'absence de jugement permet l'ACC en renforçant la confiance du patient en son médecin.**

E5 : « Je trouve que c'est important effectivement de pas juger. Ba moi je vois j'ai eu l'expérience d'une patiente qui était donc enceinte et toxicomane enfin qui fumait du cannabis mais beaucoup...grande...enfin voilà et qui était enceinte et du coup euh...j'ai choisi d'une part de l'informer et après de pas du tout la culpabiliser, de lui dire ba voilà « vous savez tout ça » après à chaque fois qu'elle venait tous les mois, on en discutait et euh finalement elle s'est sevré un petit peu quoi, elle a diminué sa consommation à l'accouchement mais euh...elle savait les risques tout ça...et euh du coup je pense que ça renforçait la confiance qu'elle avait en moi, le fait qu'il n'y ai pas eu de jugement quoi. Et euh...ouais je pense que ça c'est aussi important par rapport au changement...à faire changer un comportement. »

**259. Déculpabiliser un absence de CC**

E1 : « Et de pas les culpabiliser. De dire y'a plein de fois ou quand on est entraîné...je sais pas de...entraîné d'essayer de baisser une benzo ou voilà et à côté de ça il y a aussi le tabac ou alors on arrive pas à baisser la benzo eh ba se dire oui effectivement c'est pas le moment euh de le fait de pas les culpabiliser et de comprendre que là, c'est pas le moment eh ba du coup, aussi, ça leur enlève pas mal d'angoisse »

**260. Les croyances (religions) peuvent être des freins au CC**

E3 : « Les croyances, tout ça, c'est des freins...parfois ou...par exemple, les musulmans c'est le mektoum, c'est le destin...c'est comme ça si ça m'arrive...on n'y peut rien, ça devait arriver quoi. Mais du coup ça peut être un frein à des changements profonds de mode de vie »

**261. Prendre en compte la culture du patient, en particulier s'il est d'origine étrangère**

E5 : « Je pense que s'adapter, ce que tu dis, à la culture au fait c'est hyper important parce qu'effectivement, par rapport à, enfin, à...j'ai aussi une activité avec des gens qui viennent vraiment d'horizons et de cultures différentes et du coup la majorité ils sont d'origine maghrébine et en fait là j'ai aussi des patients d'origine asiatique et en fait, ça n'a vraiment rien à voir comme culture et on peut pas du tout adapter enfin...parce que si on change de comportement par exemple pour s'adapter à la culture arabe quand on est de culture occidentale en fait on peut pas le transposer sur une autre culture étrangère enfin euh c'est...ça n'a vraiment rien à voir et du coup il faut changer à chaque fois et du coup comme je dis ça veut dire essayer de se renseigner, de comment ça fonctionne dans une autre culture... »

**262. Renforcer l'ES en montrant de l'empathie**

E1 : « Si ! Parce que quand tu lui dis : « je vous comprends parce que...je sais que » je sais pas, le fait de bien connaître la culture avec, je sais pas,

un régime alimentaire différent ou, je sais pas, ou des interdits différents...le fait que si toi tu le connais tu vas du coup pouvoir être plus compréhensif envers la personne et si la personne elle a l'impression d'être mieux comprise... »

E1 : « C'est pas parce que je continue à faire le ramadan en étant diabétique que... je ne suis pas une sous-merde...ba, la médecin, elle a compris que de toute façon »

E1 : « Mais n'empêche, ce sentiment de se sentir compris, euh ça te renforce aussi. Ça veut dire que tu te légitimes toi-même, du coup euh...je pense que ça renforce aussi l'estime de soi. »

**263. Renforcer l'ES en adressant au diététicien pour travailler sur l'image du corps**

E1 : « Ah ouais diététicien ! »

E2 : « Ouais, effectivement, chez des gens qui ont du mal avec l'image de leur corps. »

**264. Adresser quelqu'un en hypnose pour renforcer son estime de soi**

E2 : « L'hypnose ouais. »

**265. Orienter vers les pairs pour renforcer leur ES**

E3 : « sinon, les pairs ! par exemple. Les associations de patient...Nous on a les médiateurs en santé aussi, qui sont souvent des anciens patients, qui sont dans ce truc là. C'est la ville de Grenoble, qui a monté ce projet je crois et du coup c'est la pair-aidant. »

**266. L'interprétariat renforce l'estime de soi des patients ne maîtrisant pas la même langue que le médecin**

E3 : « Pour le patient, le fait que son médecin, finalement, anticipe ses réactions euh, le fait qu'il n'ai pas le sentiment de pouvoir tout dire, c'est un frein au changement de comportement. Parce que du coup...déjà, c'est l'angoisse de ne pas être compris, de ou j'ai mal, qu'est ce que j'ai et ou sont mes difficultés et des fois, ça aiderai de s'affranchir quand même de la barrière de langage quoi et ça moi je trouve c'est un gros frein. Et pis à l'estime de soi aussi parce que du coup, on l'impression d'être mal jugé aussi quand l'autre en face nous comprend pas euh... »

**267. La formation à la prise en charge de l'estime de soi pourrait être une formation intégrant questions pertinentes et méthode observationnelle**

E3 : « Mais ouais par contre pour savoir quelle question poser ou quoi regarder ou observer chez les patients et l'enseigner au médecin euh...dans sens outil d'enseignement oui ! »

**268. Renforcement intuitif de l'estime de soi**

E2 : « C'est pas facile parce que je pense qu'on fait les choses de façon intuitive et c'est dur d'avoir un regard enfin d'avoir du recul sur ce qu'on fait et de se dire alors comment je réagis à ce moment là pour euh voilà...moi je sais que, voilà, je réfléchis pas à...à ce que je dis dans le but d'augmenter l'estime de...mais je pense que je le fais de façon intuitive

## ANNEXE F : ARBRE CATEGORIEL

1. Intégration de la PEC de l'ES à l'ACC
  - a. Pertinence de l'intégration de l'ES à l'ACC
    - i. Regard sur l'estime de soi M30 M37
      1. Représentations du concept d'ES
        - a. Etranger à la plupart des medecins M218 0108 M219 (AT)
        - b. Désignations « être une sous-merde » « est bien dans sa peau » 0113 0120
      2. Concepts liés à l'ES
        - a. confiance en soi M32 0110
        - b. image de soi M31 M106 0112
        - c. ego M34
        - d. amour M30
        - e. culpabilité M34 M121 0111
        - f. reconnaissance M33
        - g. motivation M117 M256
      3. Construction de l'ES M163 M164 0121 0122 0123
      4. Variabilité de l'ES M38 M173 M254 M174 M233 M237 M120 0115 0116 0117 0118 0119 0136
      5. Un niveau juste d'ES ? M153 M155 0138
    - ii. Perception du lien entre renforcement de l'ES et CC M44, M45, M46, M106, M131 0124 0125
      1. Moteur, force M27 M47 0114 0126 M117 M256
      2. Nécessaire à l'action M26 0146 0147, 041
      3. Augmente performance et compétence (confiance) M25 M103
      4. Faible ES = handicap ? M152 0127 0128 0149 0129
      5. ES permet jugement positif M36
    - iii. Intérêt des MG pour les démarches 054 0284 0301 0302 0270 M97 M2 M13 M159 01 030
    - iv. Demande de la société 015
      1. Rare lieu accessible d'expression possible d'une ES basse 0131, 0132, 0133, 0265, M233, M237, M99, 0298
      2. ES sociétale basse / demande suivis psycho M154, M232, 0130, 0134, 0135 M16 M21 M22 M23 02
  - b. Similitudes de contextes entre l'ACC et la PEC de l'ES
    - i. Difficultés
      1. Sentiment d'inefficacité M70, M136, 0292, 051, M184, 070, 071, 050 M156 M202
      2. Manque de formations 0279, 03, 0158, 064, 065, M146 066 022(at) 025 024
      3. Manque de compétences/Pandore 0281, 0291, 0158, M65, M220, 0290, 072, M64
      4. Manque de temps 0271, 0278, 063, 0156, 0272, 0273, 080, 0228, M54, M114, M115 (AT), M145,
      5. Résonance M39, M179, M63, M85, M83, 062
      6. Intrusion 0285, M175, 0287, 078, M29, M171, M175, M156, M202, M41, M238
      7. Point d'accroche 0277, 0165, 0169, 083, 050 M97
      8. Lien avec le patient M21, M62, M150, 0274, 0275, 0276, 079, 0161 M97
      9. Posture social du médecin 0266, 057, M233, M174
      10. Pertinence d'un accompagnement individuel pour un comportement à déterminisme social fort (questionnement) M186, M190, 058, 059, 060, 061, M164
    - ii. Formations M11 023 04
      1. Expériences 017
        - a. Apprentissages de l'expérience 0309 M4 M1 M6 031 032
          - i. Amélioration du lien avec le patient 029bis (« on grandit avec nos patients ») 0308
          - ii. PEC globale 028
          - iii. Amélioration de la sensibilité à la psycho 030
        - b. Expériences personnelles
          - i. Aide proches M18

- ii. Lectures , Internet M19 018 021
      - iii. Psychothérapie perso M20 019
      - iv. Entraînement sportif M28
      - v. Professionnelles extra médicales M9
    - c. Expériences professionnelles médicales
      - i. MSU M17 027
      - ii. Groupe de pairs M10 020
      - iii.
  - 2. Formations théoriques M7 M12
    - a. Apprentissages des formations M14 014 031(AT) 013 012 016 032
    - b. Types de formations (lien avec communication) 011 066 026 065
      - i. EM 07 088 0231
      - ii. Ecoute active 05 085 0232
      - iii. TCC 08
      - iv. Approche systémique 06
      - v. Hypnose 09
      - vi. ETP 010 (lien 069 084 074)
    - iii. Apprentissages mobilisés dans la pratique
- 2. L'intuition
  - a. Mécanisme d'intuition 0152, 0153
    - i. Perception du lien entre ES basse et CR M210 M158 M157 M162 044 0178 M165 M166 (AT) M225
    - ii. Avec l'XP
      - 1. Connaissance du patient 0161 0197 079
    - iii. Avec la formation
      - 1. Pro
      - 2. Perso
  - b. L'intuition dans l'évaluation
    - i. Toujours intuitive 0150, M51, M61, M129, M147, M160, M224 0195
    - ii. Absence d'outils M52, M113, 0154, 0155
  - c. L'intuition dans le renforcement M268, 0201, 0203, 0204, 0230
- 3. Évaluation de l'ES
  - a. Majoritairement inconsciente M130, M216, 0157, 0159, 0282, 0150 0303 0304 0306 0307
  - b. Prise de conscience
    - i. Difficile 0108 0283 0152
    - ii. Parfois 0189 0190 0191 0192 0169 0153
      - 1. Via résonance 0139, 0140 0180 0185
      - 2. quand point d'appel M160, M217, 0151
        - a. Sur un symptôme 0165
        - b. TCA 0166
        - c. Obésité 0168
        - d. Pathologie psy 0169
  - c. Objectifs
    - i. Meilleure compréhension des comportements M225 0160
    - ii. Adapter son discours 0163
  - d. Biais
    - i. Posture sociale du médecin 0131, 0132, 0265, M233, M237
    - ii. Lieu d'écoute rare 0133
  - e. Moyens Observatoires 0188
    - i. Discours 0183
      - 1. Connaissance de la vie du patient M149
        - a. Milieu social, notion d'entourage bienveillant et de liens de confiance (amis, famille...) M252, 0185
        - b. Événements de vie traumatiques ou positifs M168
        - c. Par comparaison avec une évaluation intuitive de son estime de soi antérieure 0193
        - d. Pas de prise de temps pour soi 0187
        - e. Pas de suivi médical, déni 0179, 0178 044
      - 2. Forme du discours
        - a. Phrases de dévalorisation M67, 0174, 0175, M119
        - b. Imputabilité interne forte des éléments négatifs (notion de culpabilité) M121, 0177

- c. Façon de s'affirmer (verbale) M122
- d. Parler plus d'autrui que de soi, Comparaison ++ avec autrui M124, 0176
- e. Nombreuses demandes de réassurance M170
- f. Absence de verbalisation de connaissance à propos d'une maladie chronique M251
- 3. Posture 0180
  - a. Habillement M60, 0186
  - b. Attitude non verbale M125, 0182, 0181
- f. Moyens interrogatoires 0199 0200 0164
  - i. De l'estime soi M77, M47 (rare)
    - 1. Difficile M172, 0171, 0194
    - 2. Via la question des idéaux M246
    - 3. Via la comparaison avec sa propre ES M222
    - 4. De l'image de soi M59, M247, 0170, 0173 0113
    - 5. Motivation M53, M116, M117, 0184
    - 6. Sentiment d'efficacité personnelle M119, 0172
    - 7. Marqueurs de bien être : se sentir bien, faire des activités M119, M223
  - ii. Résonance 0196, 0289, 0139, 0140
  - iii. Comportement à risque 0167
    - 1. Addictions en général M210, 0152
    - 2. Alcool, lien entre estime de soi et déni ? M158, 0141
    - 3. Surpoids, lien avec l'image de soi
    - 4. Pathologies liées au travail 0145
    - 5. Diabète M157
    - 6. Dépression 0144, M126
    - 7. Maladies chroniques 0148
  - iv. Demande d'ACC M253, 0133
- g. De l'évaluation au renforcement 0139, 0140, 0289, M56, M221, 0233, M57, (M65, M220)
  - i. « Déclenchement » du renforcement 0143 0203

#### 4. Renforcement de l'ES

- a. Inconscient 0201 0203, 0204 0282, 0283 0230
- b. Jamais un but en soi 0205, M200 0154 0286
  - i. Un objectif final de CC 0206
- c. Des objectifs intermédiaires identiques
  - i. Valorisation
    - 1. Autonomie, Prise de conscience 0263, 0225, 0102, 074, 081 0269 0224 0227 096 M96, M137, M226C, M68, M141, M137, M207, M48, M185 M206 040
    - 1. Personne globalité M89, M134, M74, M226B, M66, M212, M73, M134, M137, M139, M257, M43, M242 0264 0208 0207 0101 010 0238 075 0252 0221 055 098 093 0212 0240 053 052 M169
      - a. Par rapport à autrui M135, M68 0216 0177
    - 2. Démarche de CC M199, M58, M82, M50 0223, 084, 0212 098 0218 0219 0231 087 07 055 098 056 088 090 033
    - 2. Du sentiment de compétence M80, M89, M133, M78, M141, M91, M255 0262 0207 0208 0101 010 0222 0174 M81, M182
- d. Des moyens identiques pour arriver aux objectifs intermédiaires
  - i. Posture
    - 3. Soutien inconditionnel M82, M201, M137, M202, M204, M258 0222, 0211 0220 094
    - 4. Dédratisation relativisation, regard positif M176, M50, M208, M259, M78, M93, M255 M203 M230 0215 095 0103 0104 0217 0185 0209 M212, M259
      - 1. Bonne humeur, familiarité M88, M198, M227, M241 0210 099 0100
      - 2. Empathie, bienveillance, vigilance du discours M262, M231 0234
      - 3. Disponibilité 0228 080 0272 0273
      - 4. Humilité M229, M84, M85, M86(AT),M87
  - ii. Outils
    - 1. Démarche de petits pas 084, 0223, M82
    - 2. Renforcement positif M199, M82 0213 097 0214 M104 M76 M49
    - 3. Éléments objectifs, constantes M90

5. Outils de communication (faire dire, EM...) M79, M133, M137, M239 0232 085 05 0236 0235 0224 073 091 092 050 089 M240 M49 M197
  4. S'adapter à la vie du patient et à ses représentations M139, M108, M185, M205, M212, M239, M240, M243, M242, M261, M213, M214, M244 0229 0258 0107 086 075 076 052 053 0238 042 082 034
  5. Comparaison avec ses propres comportements M84, M85, M86(AT), M87 0267
- iii. Orientations externes 0238 075 028 0242
1. Intérêts
    - a. Manque de formation 0279, 03, 0158, 064, 065, M146 0305
    - b. Manque de temps 0271, 0278, 063, 0156, 0272, 0273, 080, 0228, M54, M114, M115 (AT), M145 0307
    - c. Prise en charge collective M228
    - d. Prendre du temps pour « soi » avec d'autres pratiques M234 0252
  2. freins
    - a. motivation 0293
    - b. argent 0294, M99
    - c. temps 0295
    - d. administration 0296
    - e. social 0297 043
    - f. manque lieux 0298
    - g. mauvaise connaissance réseau 0299
    - h. groupe 0300
  3. quels intervenants
    - a. psychologies M98 0243 0105
    - b. programme d'éducation thérapeutique M100 0248 0249 010
    - c. kinésithérapeutes et professionnels en APA M144 M2g34 0261 0251
      - i. objectif de "prendre du temps pour soi"
    - d. diététiciens
      - i. travail sur l'image du corps M263
    - e. réseaux de santé, associations M101 0257 0250 0260
    - f. travailleurs sociaux : SAVS, éducateurs...M102 0259 0106 0254
    - g. soins alternatifs : sophrologie, hynose, arthérapie, musicothérapie M143, M264 0244 0245
    - h. pairs M265 0255 0256 0257
    - i. entourage 0240 053 052
  4. quelles activités
    - a. principes
      - i. faire des choses qui leur plaisent 0241
      - ii. faire des choses qu'ils réussissent, qui n'abaissent pas leur ES M178 M235
      - iii. prendre du temps pour soi M234 0239 0187
      - iv. avoir une activité pour soi-même M226, M226A, M235
    - b. Types d'activités
      1. La Méthode Coué M92
      2. l'activité sportive M177 0237
      3. l'orientation vers des pratiques associatives 0246
      4. des esthéticiens M180
      5. ateliers de groupe M181, M226A

## ANNEXE G : REDONDANCE DES DONNEES

### Codes issus ou enrichis par des idées du 5<sup>ème</sup> focus group :

Olivier -> 07, 010, 032, 046, 053, 054, 056, 062, 063, 065, 069, 070, 074, 075, 076, 078, 079, 080, 081, 082, 084, 086, 087, 088, 089, 090, 094, 0100, 0101, 0102, 0107, 0108, 0114, 0115, 0116, 0117, 0119, 0121, 0131, 0132, 0135, 0137, 0139, 0141, 0142, 0143, 0146, 0150, 0151, 0152, 0154, 0155, 0161, 0170, 0174, 0204, 0214, 0215, 0219, 0223, 0225, 0226, 0229, 0238, 0243, 0244, 0245, 0246, 0247, 0248, 0250, 0256, 0257, 0258, 0275 ; 0300.

Maud -> M83, M93, M100, M101, M164, M187, M210, M221, M226C, M238, M239, M240, M241, M242, M243, M244, M245, M246, M247, M248, M249, M250, M251, M252, M253, M254, M255, M256, M257, M258, M259, M260, M261, M262, M263, M264, M265, M266, M267, M268.

### Parmi eux, seuls codes enrichissant une branche de l'arbre catégoriel-> M251, M246, M263, 0300, 0246

#### **M251. Une estime de soi faible repérée par une absence de verbalisation du savoir du patient quand à sa pathologie.**

**Place dans l'arbre catégoriel : Evaluation de l'ES -> Moyens observatoires-> Forme du discours -> Absence de verbalisation de connaissance à propos d'une maladie chronique**

E5 : « Moi je sais pas, quand je pose des questions par exemple sur la maladie chronique, des choses comme ça et qu'ils répondent. Enfin moi j'ai une patiente qui répond tout le temps « je sais pas je sais pas », je lui réponds « premièrement je suis sûre que vous savez plein de choses » et puis du coup j'me dis bah en fait elle se dévalorise beaucoup alors qu'elle sait beaucoup de choses »

#### **M246. Demander au patient quel est leur idéal d'eux-mêmes, évaluation inconsciente de l'ES ?**

**Place dans l'arbre catégoriel : Evaluation de l'ES-> Moyens interrogatoires-> De l'estime de soi->Via la question des idéaux**

E3 : « moi les ados, je demande beaucoup ce qu'ils pensent d'eux, l'idéal qu'ils ont d'eux mêmes, ce qui me permet de voir un peu, si l'idéal est trop important, le cap est trop important entre la réalité et l'idéal qu'ils ont d'eux mêmes, bon ça permet un peu de travailler. »

#### **M263. Renforcer l'ES en adressant au diététicien pour travailler sur l'image du corps**

**Place dans l'arbre catégoriel : Renforcement de l'ES->Orientations externes->Quels intervenants->Diététiciens, travail sur l'image du corps M263**

E1 : « Ah ouais diététicien ! »

E2 : « Ouais, effectivement, chez des gens qui ont du mal avec l'image de leur corps. »

#### **0300 Concernant l'orientation hors MG dans le cadre du renforcement de l'ES des patient-e-s, le fait de devoir être en groupe apparaît comme une difficulté**

**Ce Code est également enrichi par de idées du 1<sup>er</sup> focus group :**

A6: Puis parfois les gens ils ont pas envie de se côtoyer à d'autres

A1 : Ils osent pas faire le premier pas. Ils ont peur du nouveau parfois

A7 : Ils sont repliés sur eux-mêmes.

E5 : on a la réflexion de l'éducation thérapeutique qu'il faut adapter, [...] tout le monde ne peut pas forcément faire partie d'un groupe [...] ou ne veut pas

#### **0246 Pour renforcer l'ES des patient-e-s, dans le cadre d'un ACC, les MG les orientent vers des pratiques associatives**

**Ce Code est également enrichi par de idées du 3<sup>ème</sup> focus group :**

C3 : nous on a un club de tricot [...] ça fait sortir [...], ils rencontrent des gens, ils discutent, [...] toutes les associations dans les villages qu'on a, de clubs, de sorties, de trucs, pareil, je leur dis d'aller voir

E1 : il y a le monde associatif

### Au final :

Le 5<sup>ème</sup> entretien nous a permis de mieux caractériser certaines catégories : les moyens observatoires et interrogatoires de l'évaluation de l'ES et le renforcement de l'ES par les orientations externes.

Il n'a pas apporté de nouvelles catégories, c'est pourquoi. nous avons conclu à une redondance des données et donc à un échantillon de taille suffisante.

## ANNEXE H : CARACTERISTIQUES DES *FOCUS GROUPS*

Tableau 1 : Caractéristiques des Focus Groups organisés

	Date	Temps d'enregistrement	Département	Nombre de médecins présents
FOCUS GROUP 1	20/07/2016	1'19"48'''	38	9 (A1->A9)
FOCUS GROUP 2	08/09/2016	1'24"04'''	73	6 (B1->B6)
FOCUS GROUP 3	03/10/2016	1'06"48'''	38	5 (C1->C5)
FOCUS GROUP 4	16/01/2017	1'22"52'''	38	5 (D1->D5)
FOCUS GROUP 5	17/01/2017	1'14"24'''	38	5 (E1->E5)
TOTAL				30

Tableau 2 : Lien entre investigateurs et participants

	Lien entre investigateurs et participants
FOCUS GROUP 1	Groupe de pairs de 3 maitres de stage de Maud
FOCUS GROUP 2	Groupe de pairs d'une connaissance du DMG d'Olivier
FOCUS GROUP 3	Groupe de pairs d'une amie d'un maitre de stage d'Olivier
FOCUS GROUP 4	Equipe médicale du centre de santé ou travaille Olivier et 2 connaissances de l'université
FOCUS GROUP 5	Groupe de pairs de la tutrice de Maud

Tableau 3 : Répartition des rôles de modérateur et observateur

	Modérateur	Observateur
FOCUS GROUP 1	Maud	Olivier
FOCUS GROUP 2	Olivier	Maud
FOCUS GROUP 3	Olivier	Maud
FOCUS GROUP 4	Maud	Olivier
FOCUS GROUP 5	Maud	Olivier

# ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DE RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

## Fiche de recueil de données concernant les participants à l'étude

*Ces données sont anonymes et seront analysées en fin d'étude afin de conserver au mieux cet anonymat. Elle nous permettront d'avoir une idée des caractéristiques (moyenne et répartition) des médecins que nous interrogeons.*

Sexe :

Lieu d'exercice:

Age :

Avez-vous déjà du à titre personnel effectuer un changement de comportement lié à la santé ?

*Entourez la réponse qui vous semble appropriée.*

**OUI**

**NON**

Echelle de Rosenberg

*Cette échelle est un outil permettant d'évaluer le niveau d'estime de soi d'un individu.*

*Nous vous proposons de la remplir afin que nous puissions avoir une idée de l'estime de soi (moyenne et répartition) des médecins que nous interrogeons.*

*Entourez pour chaque question le chiffre qui vous semble approprié.*

<u>Tout à fait en désaccord</u>	<u>Plutôt en désaccord</u>	<u>Plutôt en accord</u>	<u>Tout à fait en accord</u>
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

Qu'avez-vous pensé de la réunion d'aujourd'hui ? (Questions, échanges, cadre, durée, thème, ...)

*Réponse libre. Pour vous aider, vous pouvez par exemple donner 3 éléments positifs et 3 éléments négatifs*

**Merci beaucoup pour votre participation !**

## ANNEXE J : CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

### Ages des participants

Tableau 1 : Nombre de médecins de chaque catégorie d'âge par *focus group*

En gris : l'âge exacte des participants

	moins de 30ans	30-40ans	40-50ans	50-60ans	plus de 60ans
FOCUS GROUP 1	1 (28)	1 (37)	2 (45, 47)	5 (53,54,54,55,55)	0
FOCUS GROUP 2	1 (30)	2 (32,37)	2 (43,43)	1 (58)	0
FOCUS GROUP 3	0	5 (33,33,33,34,34)	0	0	0
FOCUS GROUP 4	4 (28,29,29,30)	1 (37)	0	0	0
FOCUS GROUP 5	0	5 (32,33,33,33,34)	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>6 (20%)</b>	<b>14 (47%)</b>	<b>4 (13%)</b>	<b>6 (20%)</b>	<b>0 (0%)</b>

### Sexes des participants

Tableau 2 : Nombre de médecins de chaque sexe par *focus group*

	femmes	hommes
FOCUS GROUP 2	6	3
FOCUS GROUP 1	3	3
FOCUS GROUP 3	4	1
FOCUS GROUP 4	3	2
FOCUS GROUP 5	5	0
<b>TOTAL</b>	<b>21 (70%)</b>	<b>9 (30%)</b>

### Types d'exercices

Tableau 3 : Nombre de médecins exerçant dans chaque type de lieu d'exercice.

	urbain	semi-urbain	rural
FOCUS GROUP 1	4	5	0
FOCUS GROUP 2	2	2	2
FOCUS GROUP 3	4	0	1
FOCUS GROUP 4	5	0	0
FOCUS GROUP 5	3	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>18 (60%)</b>	<b>9 (30%)</b>	<b>3 (10%)</b>

**Changement de comportement lié à la santé effectué à titre personnel :**

Tableau 4 : Réponse à la question : « Avez vous déjà dû à titre personnel effectuer un changement de comportement lié à la santé ? »

	OUI	NON
FOCUS GROUP 1	5	4
FOCUS GROUP 2	4	2
FOCUS GROUP 3	2	3
FOCUS GROUP 4	3	2
FOCUS GROUP 5	5	0
<b>TOTAL</b>	<b>19 (63%)</b>	<b>11 (37%)</b>

**Estime de soi globale des participants calculée par l'échelle de Rosenberg :**

Tableau 5 : Nombre de médecins dans chaque catégorie d'ES

ES catégorielle	ES très faible	ES faible	ES moyenne	ES forte	ES très forte
Résultats de l'échelle de Rosenberg	R ≤ 25	R= [26-31]	R= [32-34]	R =[35-39]	R ≥ 35
FOCUS GROUP 1	2 (24,25)	2 (30,31)	4 (32,33,33,34)	1 (35)	0
FOCUS GROUP 2	2 (23,24)	1 (27,30)	1 (34)	2 (34,36)	0
FOCUS GROUP 3	2 (25,25)	2 (30,31)	1 (34)	0	0
FOCUS GROUP 4	0	3 (29,30,31)	1 (33)	1 (36)	0
FOCUS GROUP 5	1 (24)	1 (28)	3 (32,33,34)	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>7 (23%)</b>	<b>9 (30%)</b>	<b>10 (33%)</b>	<b>4 (13%)</b>	<b>0 (0%)</b>

*En gris : Les résultats de l'échelle de Rosenberg*

# VERBATIMS

Focus Group 1  
20/07/2016  
-VERBATIM-

## Légende :

**ES = Estime de Soi.**

**En gras, les prises de paroles de Maud, médiatrice.**

**En italique, des éléments non verbaux, qui paraissent importants à noter.**

**Par souci d'anonymat et pour garantir le secret professionnel, les prénoms des participants ont été remplacés par un code, et toute indication de lieu ou de nom trop précise a été remplacée par X.**

**M : Nous allons vous poser quelques questions, savoir si vous pouvez vous présenter en quelques mots, vous et votre patientèle, et nous dire si vous avez été formé à la psychologie médicale dans le cadre de votre profession et si oui comment (formation initiale, continue, vos lectures, etc.). Qui veut commencer ?**

*La présentation s'est faite automatiquement en tour de table, dans le sens des aiguilles d'une montre.*

A1: Je vais commencer. Donc moi, je suis installée en semi rural, et ça va faire 20 ans, pile, en 96 et donc j'ai créé mon cabinet, c'est plutôt une patientèle familiale, des enfants, ... qui grandissent aussi avec moi, voilà et ... tu voulais savoir quoi ... ah oui, oui oui... très vite j'ai été intéressée par la médecine relationnelle, j'ai participé à un week-end je me rappelle, il y a très longtemps, mais qui m'avait vraiment aidé sur l'écoute active, voilà. Et puis j'en ai refait un autre heu, avec le groupe de pair qui est là il y a à peu près 5-6 ans, c'était vraiment intéressant ... sur les entretiens motivationnels aussi...

**M : OK Merci**

A2 : Et bah ça fait aussi 20 ans moi que je suis installé, en septembre ça fera 20 ans. Heu, c'est une patientèle familiale, j'ai démarré avec plutôt des jeunes, ils vieillissent tous avec moi aussi, heu. Je fais 20% de mon activité à peu près en médecine du sport et je n'ai jamais été formé à la psychologie. ... Je fais ma psychologie propre ... on va dire.

**M : D'accord**

A2: Je sais pas si c'est la bonne ou pas mais ...

A3: Je suis installé en semi-rural. J'ai créé donc j'ai une clientèle qui m'a plus ou moins suivi qui vieillit aussi avec moi. Heureusement, malheureusement avec des pathologies nouvelles qui apparaissent, de la vieillesse et autres. Et heu j'ai fait quelques formations, mais pas de, pas de formation particulière en matière de psychologie.

**M : D'accord**

A6: Mais si, bah un petit peu quand même. Ba heu A3, tout ce que t'as fait à X (ville)

A3: C'est pas des formations

**M : Tu peux nous dire même si c'est pas ...**

A3 : Bah j'ai fait quelques formations

A7: Formation continue quoi tu dis

A3: Oui voilà, c'est des formations continues

**M : Des formations continues de quoi du coup ?**

A3 : Bah écoute active, heu entretien motivationnel, des choses comme ça. Voilà, tu fais ça un peu pour améliorer ta pratique, voilà c'est tout.

**TOUS :** *brouhaha, « oui c'est vrai ça », « on se ressemble un peu tous »*

**M : C'est une très bonne chose, c'est ce qu'on veut savoir aujourd'hui.**

A5: Youtube te fait progresser beaucoup aussi.

A7 : Et puis tu fais de l'hypnose, je pense que c'est important à dire.

A3 : tout se rejoint, en fait

**M : Ok**

A4 : A4 ... installé à X depuis 24 ans, donc heu, pareil moi j'ai pas créé je m'étais associé pendant, j'étais associé pendant 4 ans. Et ensuite je me suis désassocié depuis. Je, j'exerce seule. Heu bah effectivement ma clientèle elle vieillit aussi avec moi, je fais aussi de la médecine du sport, avec heu oui, c'est à peu près 15 à 20 % de médecine du sport, 20%. Avant je faisais beaucoup de pédiatrie j'en fais

un peu moins parce que les gens vieillissent, les enfants grandissent. Voilà. Moi j'ai pas vraiment fait de formation non plus de ... psychologie médicale, pas du tout. On a fait effectivement quelques entretiens, enfin j'ai fait la formation 2 fois aux entretiens motivationnels des trucs comme ça mais bon est-ce que c'est purement de la psychologie, pas sûr. On apprend sur le tas.

**M : C'est ce genre de formation en tout cas, notre question elle va dans ce sens là.**

A4 : Voilà j'ai fait 2 formations comme ça. Mais après on apprend surtout sur le tas heu avec le vécu des gens je trouve.

A3 : Et nos maladresses.

A4 : Et nos maladresses.

**M : Ok**

A5 : A5. Moi je suis installée depuis 25 ans. Au départ j'ai fait de l'acupuncture quasiment exclusive et puis après j'ai fait de plus en plus de médecine générale. Et là je refais heu beaucoup beaucoup plus d'acupuncture que de médecine générale. Heu. Ce qui m'a amené à la psychologie, j'ai pas fait de diplôme particulier, on a fait la formation commune avec A3 mais heu disons qu'après c'est heu, c'est pas forcément les patients qui m'ont amené à la psychothérapie. C'est autant les lectures que j'ai pu avoir, les expériences personnelles, les prises en charge personnelles que j'ai pu faire qui m'y ont conduit. Et c'est vrai que plus, plus on travaille avec les patients et plus on a envie de lire de choses importantes concernant ce sujet là. Alors par des moyens totalement différents, que ça soit la FMC qu'on a pu faire, que ça soit l'hypnose ou que ça soit toutes les lectures personnelles, et puis euh ...

A3: Les groupes de pairs.

A5 : Les groupes de pairs oui. Et heu je disais avec beaucoup d'humour que même les petites séquences vidéos que nous envoie A3 de Youtube... et bah mine de rien y'a des choses qui sont très très intéressantes et qui nous amènent de fil en aiguille à aller voir d'autres sites après et d'autres vidéo sur d'autres sujets.

**M : En fait les échanges mail que vous faites, c'est aussi de la psychologie médicale finalement ...**

A7 : C'est de tout mais c'est aussi ça peut être.

**M : Ca vous permet d'échanger sur ce thème là.**

A5 : Il nous a envoyé la vidéo sur les, sur les nourrissons. C'était vraiment très très intéressant. Quand on va retrouver le nom de la personne qui faisait l'intervention sur la vidéo y a plein d'autres articles qui sont liés au travail de cette dame là et c'est très intéressant. Donc y en a un qui a initié quelque chose et après ça continue. Voilà

**A6:** Moi c'est A6..... Je suis installée depuis 28 ans et demi. Vous vous rendez compte. Heu en groupe à X (ville), à trois. Heu je fais de la médecine générale pure, de 0 ans à 102 ans.

**M : D'accord. Rires**

A6: Et bah voilà, heu. Moi j'aime bien justement, on a fait deux formations avec A3 justement sur l'écoute active, et l'entretien motivationnel ?

A3 : Non c'est l'écoute active.

A6 : C'est l'écoute active. Et puis j'avais fait aussi un peu de formation à la thérapie comportementale et cognitive avec une psychologue. Je sais pas on avait fait 2 soirs ou 3. Et puis y'avait aussi des psychiatres qui nous avait fait des ... donc c'était très intéressant et ça m'a permis de profiter de cette initiation pour m'en servir en consultation pour certaines choses. Et, et voilà. Et moi dans ma pratique quotidienne j'utilise mais tout le temps ce qu'on avait vu en écoute active. Je pense que j'ai pu améliorer ma technique. Mais après c'est l'expérience. Moi je traite dans la globalité surtout les patients. A mesure que je vieillis c'est de plus en plus ca. Voilà

**M : Merci**

A7 : Donc A7. Donc moi je suis installée depuis heu bah 15 ans, heu, moitié à X (ville) moitié à X (ville) et je fais de la médecine générale, médecine générale et comme A6 de 0 à 102 ans exactement. Ce ne sont pas les mêmes patients mais 0 à 102 ans aussi. Alors on avait tous fait enfin sauf A2 qui était pas là. Cette même formation, c'était un we de formation sur l'écoute active. C'était vraiment très très intéressant, très enrichissant, ça m'a beaucoup apporté heu, heu. Pour gérer bien les consultations, enfin voilà, pour

mieux écouter le patient, voilà et puis après moi je trouve quand même qu'avec les années, c'est ce qui a été dit, je trouve qu'on progresse énormément en ... en écouteur, fin on écoute mieux, de façon plus globale aussi comme disait A6 et moi je trouve que j'ai beaucoup beaucoup progressé en psychologie médicale au bout des, de toutes ces enfin de ces années.

**M : De part l'expérience.**

A7: Ah ouais, c'est l'expérience, ouais, c'est incomparable.

A6: Y'a des choses qui nous font « tilt » quand les gens parlent.

A7 : Quand on est jeune on est jeune, on a tout ce qu'on a appris à la fac, on est très heu... ça s'apprend pas.

A4 : C'est en fonction des gens comment on fonctionne.

A7: On rencontre quand même beaucoup de personnes, beaucoup de souffrance, beaucoup de joie aussi etc et on avance quoi. Puis dans nos vies personnelles aussi on avance. Donc les deux se rencontrent.

A3: On consulte pas du tout pareil à l'heure actuelle par rapport à y a 20 ans, quoi, ça n'a rien à voir.

A4: Je pense qu'on consultait technique avant.

**Tous : oui.**

A4 : Et on consulte beaucoup plus global comme tu dis, c'est à dire plus le patient dans sa globalité avec ses soucis. Et aussi parce qu'on connaît les gens. Bah les gens, je sais ce qu'ils font le we, pourtant je vis pas avec eux mais on connaît leur vies par cœur. Du coup on a une vision de leur vie et quand ils se plaignent de quelque chose voilà, on est beaucoup plus global alors qu'avant on était très technique.

**M : Donc c'est plutôt votre expérience et le fait que vous connaissez mieux vos patients qui fait qu'aujourd'hui vous êtes meilleurs en psychologie médicale.**

**Tous : Meilleurs je sais pas.**

**M : Ou une approche plus forte.**

A7 : Moi je pense qu'on est meilleur.

**Tous : Ouais**

A5: C'est notre évolution à nous, même si on ne connaît pas les patients.

A7: C'est aussi la sagesse qu'on acquiert avec l'âge...

A2: ... et avec l'expérience.

A1 : On n'est plus concentré que sur le symptôme. On a compris qu'il y avait toute une histoire que nous apportait les gens qui parlait pas forcément, on les motive à parler. Plus que 20 ans auparavant.

**M : OK**

A4 : Un truc tout simple, quand on voit quelqu'un qui a une douleur thoracique, moi je peux le voir par rapport aux internes qu'on a depuis maintenant 10 ans. Heu, une douleur thoracique ça semble tout bête. Mais des fois des douleurs thoraciques heu, on peut tous se gourer bien sûr. Un interne va, moi je faisais pareil avant. L'interne c'est beaucoup plus technique, c'est-à-dire que, faut éliminer ça ca on sait jamais il a peut être fait. Moi et je pense que tous on va se dire par expérience il a rien, c'est, c'est psychologique.

**A6 : Attention, piègeux.**

A4 : Non, mais.

A7 : Oui mais je comprends.

A4 : Oui bien sûr c'est une manière de dire les choses. Tu tu vas pas tout épilucher parce que tu vas te dire, ouais je le connais y'a ça. Mais ce côté d'expérience en fait qui est pas...

**M : L'intuition un peu.**

A4 : Et puis la connaissance, l'expérience des gens. L'expérience qu'on a.

A1: D'être médecin de famille quand même c'est vrai qu'on a suivi, qu'on grandit, tous on l'a dit, on grandit avec nos patients. Et je veux dire par exemple, des exemples tout concrets. Quand on envoie à l'hôpital parfois, c'est vraiment pas pour rien. Quand on se dit lui il a un vertige et ca a pas l'air normal. On a tout fait, on l'envoie à l'hôpital, y'a intérêt derrière que l'hôpital tu vois suive, suive ce patient. Moi j'ai eu un exemple, il renvoie le patient et heu en fait il faisait un AVC donc heu.

**M : D'accord.**

A1 : C'est un copain médecin qui m'a parlé de cette histoire là. Il a renvoyé le patient, en disant nan mais attendez là, je vous l'envoie pas pour rien ce patient, il a vraiment des vertiges anormaux. Il faisait un AVC de la fosse postérieure.

Tu vois c'est dingue.

**M : Vous arrivez mieux à percevoir si le patient a des symptômes, euh .**

A4 : Et puis la psychologie du patient, comment il est.

A1 : Si il se plaint pas pour rien, si y'a des symptômes anormaux on est un petit peu plus attentifs.

**M : Du coup là je vais entrer un peu plus dans le vif du sujet de notre thèse.**

A4 : Y a Aurélie qui a pas parlé.

A9: A9. Moi je suis installée depuis 8 ans avec A2, je fais de la médecine tout venant, je sais jamais si il faut dire rural ou semi-rural,

A2 : presque urbain

A9: ... semi-urbain. Voilà. Médecine tout venant. Moi par rapport à tout ce que vous avez dit, j'ai de la chance je passe dernière. En fait je suis pile à ce virage là, on devient sensible à la psychologie. C'est-à-dire qu'effectivement au début quand on applique, tous nos patients, on sort la batterie d'examen, ils viennent pour un problème hyper technique, ils ont un souci, on répond par la technicité et je pense qu'on ne veut peut être pas être sensible au côté psychologique. Et quand on acquiert effectivement des années d'expériences, on se rend compte que finalement et bah oui ya le côté technique mais qui est plus facile à appliquer parce qu'on l'a déjà fait depuis plusieurs années et du coup on se libère du temps pour le côté psychologique qu'on a peut-être pas au début de l'installation. Voilà. Moi c'est vraiment euh ... Et zéro formation, vraiment zéro.

**M : Je t'ai pas interrogée du coup (en s'adressant à A8)**

A8 : Je suis pas complètement d'accord avec ce que tu viens de dire.

A9 : Moi c'est comme ça que j'l'ai vécu en tout cas.

A8 : Moi, dernière année d'internat, j'ai pas fait de formation particulière sur la psycho à part les deux séminaires organisés par la fac sur la communication qui sont très basiques on va dire. Qui ne répondent pas vraiment à grand-chose. Et dans mon UPL j'avais une prat' qui m'avait conseillé un bouquin c'est l'alliance thérapeutique de Kunji et ça a été une révélation, vraiment hyper enrichissant avec des vidéos où ils filment aussi des entretiens avec les patients et toute une technique d'écoute, de ce comportement, j'avais trouvé ça génialissime. Et dans le stage là en ce moment à X (ville) heu bah j'ai d'autres approches donc y'a le Dr X qui fait énormément d'hypnose, qui me ... essaye de l'inculquer des bases d'hypnoses et d'approches en fait heu, d'utiliser l'hypnose en consultation ou des, enfin un autre regard sur ce qui amène le patient et j'trouve ça, fin c'est les meilleures consultations, les plus satisfaisantes, et les plus belles qu'on arrive à faire. De l'autre côté y'a le Dr X qui a fait un DU de TCC et qui pareil aussi me forme un petit peu à des bases de psycho et de temps en temps j'arrive à assister à quelques-unes des consultations qu'elle fait de TCC et c'est mais c'est génialissime, fin moi j'adore j'adore j'adore. Alors. Pour faire le lien entre comment on déroule la consultation sur une douleur thoracique, oui je vais éliminer bêtement avec la méthode CHU les grandes urgences, faire les examens si y'a besoin de faire les examens, mais maintenant je reconvoque systématiquement mes patients et si tout est normal on va aborder un autre angle. Mais je peux pas en tout cas à mon niveau aborder tout de suite avec un autre angle.

**Tous : C'est normal.**

A8 : Au final j'ai eu des consultations de suivi derrière qui ont été – mais géniales. J'avais une patiente qui allait tout le temps tout le temps aux toilettes, pratiquement 6 à 8 fois par heure. Et ça passait pas, et à un moment quand tous les examens étaient normaux ca la satisfaisait pas, au contraire elle était encore plus en détresse. On a pris le temps d'expliquer plein de choses, enfin tranquillement et ... pendant la consultation elle s'est relâchée, fin, il s'est vraiment passé plein de choses, « mais oui bien sûr j'suis tout le temps en train d'écouter ma vessie » et là ça fait bah 1 mois et demi, elle est pas revenue, enfin décommandé le dernier RDV parce qu'au final elle a plus de problème. Et ca a été pour le moment je crois la plus belle consultation que j'ai fait sur le sujet, avec les petits bouts, j'ai pas vraiment de formation mais j'essaie d'attraper des visions, des outils et je trouve ça génial. Voilà

**M : Ok. Ça marche. Alors pour entrer un peu plus dans le vif du sujet de notre thèse. Pareil on va faire un tour de table, un petit peu plus rapide.**

*Rires.*

**M : Lorsque vous entendez estime de soi, qu'est-ce que ça vous évoque ?**

A6 : Mais de la part de qui ? Des patients ?

**M : Oui l'estime de soi, pour vous c'est quoi, qu'est-ce que ça vous évoque.**

A1 : C'est s'aimer, La confiance en soi.

**M : N'hésitez pas hein.**

A6 : La culpabilité.

A3 : La reconnaissance.

A9 : Force moi je dirai.

**M : Y a d'autres mots qui vous viennent ?**

A4 : Ego

A2 : Egocentrisme.

A1 : Confiance en soi.

**Tous : Ouais, confiance, confiance en soi.**

**M : D'accord. On a fait à peu près le tour ? Vous voulez rajouter quelque chose ?**

*Silence.* **Maintenant lorsque vous entendez changement de comportement lié à la santé, à quoi vous pensez ?**

A2 : Au mode de vie. Pas mal de chose.

A8 : Changement de comportement lié à la santé ? Tabac, sevrage du tabac

A2 : Mode de vie, addiction

A1 : Motivation pour changer de comportement nocif.

A6 : Prise de conscience.

A5 : Peur

**M : Ok.**

A7 : Prendre des décisions et les mettre en pratique

A1 : Volontaire. Une volonté.

**M : D'accord.**

A5 : Je vais rajouter comme adjectif : difficile.

A4 : Ca dépend. Moi j'dirais, y'a toutes les dérives justement des médecines parallèles qui entraînent des changements de comportement des patients et pas forcément dans le bon sens.

**M : Donc des mauvais changements comportements.**

A3 : Ca peut être aussi une prise de conscience.

A4 : Ouais.

**M : Prise de conscience pour le changement ?**

A3 : Ca peut.

**M : Je vais revenir sur quelque chose qu'avait déjà abordé A5 tout à l'heure. Est-ce que des éléments de votre histoire personnelle, des lectures personnelles qui vous ont apporté une sensibilité particulière à cette notion d'estime de soi ? *Silence*. C'est très personnel comme question... En gros comme vous l'avez compris on va parler un peu d'estime de soi dans le cadre des changements de comportements liés à la santé en médecine générale. Est-ce que ça fait référence à certaine chose de votre histoire personnelle et ... est-ce que vous auriez envie de nous en parler si c'est le cas ?**

A1 : Des réussites quelque part...

**M : Des réussites ?**

A1 : ... personnelles par exemple, qui nous valorisent.

**M : Et qui vous permettre de mieux aider les gens du coup ?**

A1 : Sans doute, je sais pas. *Elle hésite.* mais inconsciemment du coup.

A2 : Sur son propre mode de vie peut être mais sur un mode de lecture, non.

**Tous : Oui si si si oui.**

A6 : Quand on a des réussites personnelles ca aide à prendre confiance en soi.

A1 : Moi c'est quelque chose que j'utilise c'est vrai pour des gens. Quand ... Je me rappellerai toujours d'un jeune qui bossait mal à l'école ou je sais plus trop quoi et qui était hyper doué en surf, donc je m'en rappelle avoir discuté avec lui sur ... « le surf au début c'était forcément dur, donc les maths t'y arrive pas, c'est dur donc persiste ». Enfin voilà, on a discuté de ça avec la mère et lui, il était jeune, en 3<sup>ème</sup> ou j'sais plus. Bon voilà. C'est un truc que j'utilise chez le patient aussi : « vous avez déjà réussi quelque chose ». C'est ça que tu voulais dire un peu ? Un renforcement positif.

**M : C'est ... en tout cas, ça rejoint le sujet.**

A5 : Et la résonnance, c'est-à-dire que y'a l'histoire personnelle du médecin et y'a l'histoire personnelle du patient. Et heu la confiance en soi c'est, c'est pas uniquement lié à la décision de dire ca y'est je vais changer de comportement j'ai confiance en moi je vais faire autre chose de différent. C'est à mon avis tellement lié à l'histoire de chacun que, sauf qu'à certains moments ca peut entrer en résonnance avec l'histoire du médecin et c'est là ou ca vaut mieux que le médecin ait une certaine solidité psychologique de manière à pas entrer en résonnance avec le patient quand il est pas bien. Sinon après ca devient très compliqué.

**M : Mmm.**

*Silence.*

**M : D'autres choses ?**

*Silence.*

**M : Du coup notre thèse, donc c'est sur l'évaluation et le renforcement de l'estime de soi dans le cadre de l'accompagnement aux changements de comportement lié à la santé en médecine générale. Je vous explique un petit peu quand même comment on en est arrivé là. Parce que ça peut paraître très psycho et assez bizarre comme thème. Il y a 2 internes en fait qui ont passé leur thèse en décembre 2015, Muriel Daudin et Elise Lepinay qui mettaient en évidence un lien statistique entre le niveau socio économique et l'estime de soi au cabinet en médecine générale. C'était une thèse quantitative. Et on s'est posé la question de l'intérêt de ce travail en pratique clinique. C'est-à-dire est-ce que l'estime de soi c'était quelque chose que nous on pouvait utiliser dans le cadre de notre pratique, est-ce qu'il y avait un intérêt, une pertinence à s'intéresser à l'estime de soi, et à éventuellement la renforcer ?**

**Et puis on a découvert que le prisme du changement de comportement c'était le plus adapté pour travailler sur cette notion d'estime de soi puisque beaucoup de travaux en psychologie en fait mettaient en évidence un lien très important entre l'estime de soi et l'action, et donc le changement de comportement avec en fait énormément de publications en psycho mais rien en médecine, et encore moins en médecine générale. Et pourtant on l'entend beaucoup. Moi j'ai fait une formation en addictologie récemment et j'entends tout le temps tout le temps parler d'estime de soi. Finalement pas grand-chose et donc on avait envie de voir quel était la pertinence et les modalités de pratiques d'utiliser cette notion en médecine générale. Voilà. Du coup. On va prendre quelques minutes pour que chacun puisse se remémorer une situation d'un patient, une situation récente du coup, d'un patient que vous accompagnez dans le cadre d'un changement de comportement lié à la santé. Et puis notez soit par écrit soit dans vos têtes comme vous voulez, quel est ce changement de comportement et quels ont été les principaux freins au changement de comportement d'après vous lors de cette consultation. Voilà je vous laisse un peu de temps.**

*Temps de silence pendant 1'30"*

**M : Est-ce que vous avez fini ? ... Presque, y en a qui écrivent encore... Est-ce que quelqu'un se sent de parler de son cas ? On va juste parler d'un des cas. Est-ce que quelqu'un se sent de parler de son cas ?**

*Echange de regards gênés.*

**M : Sinon je vous désigne, attention.**

*Rires.*

*Silence.*

**M : Personne ne trouve que son cas est intéressant ?**

A3 : Moi je peux.

**M : Vas-y A3.**

A3 : C'est une dame de 65 ans, par là, qui est à la retraite, elle s'occupait de personnes âgées. Une dame d'origine italienne, qui aime bien cuisiner, qui est en surpoids, qui a une gonalgie, qui a des problèmes d'allergie. Bon je pense elle, je la vois pas très souvent, je dois la voir 2 ou 3 fois par an. Elle j'ai reçu un courrier d'endocrinologue, heu parce que elle a aussi un problème de thyroïde, elle hésitait à se faire opérer mais ca y'est c'est décidé. Son problème de

poids en fait elle le traîne depuis longtemps, y'a plein de freins à ce qu'elle a, à ce qu'elle fasse pas quelque chose pour avancer dans ce sens là. Y'a le stress parce que elle s'est occupée un moment de son beau père qui est très malade, je crois qu'il avait une maladie d'Alzheimer. Ca c'est arrivé tout de suite quand elle était à la retraite. Y'a la pression familiale parce que je pense que le mari, heu bah il aime bien manger aussi, c'est un bon vivant. Y'a les enfants qui viennent manger le week-end. Un jour en discutant elle disait « je crois que je fais très attention ». Et puis après j'ai vu le petit-fils « oh on va manger chez mamie, elle nous fait de ces plats de lasagnes le we ». J'ai dit « bon, ca va j'ai compris ». Et puis elle participe à des associations donc y'a une pression sociale aussi. Et puis je pense que y'a l'envie aussi qui...

**M : ... Le plaisir ?**

A3 : Oui. C'est un moyen aussi pour elle de déstresser, d'être bien. Elle a envie de faire quelque chose mais elle a pas encore fait le pas.

A1 : C'est pas le moment

A3 : Voilà c'est pas le moment. Un jour viendra hein.

**M : Ok. Donc le stress, la pression sociale, le plaisir.**

A3 : La pression familiale, la difficulté aussi de changer ses habitudes ou son comportement. Pas forcément les lasagnes mais en manger une portion au lieu de deux. Des trucs simples. Elle a du mal je pense à ...

A4 : C'est la vision qu'on a de soi dans le cadre du surpoids, de ... On voit des gens qui veulent maigrir tout le temps mais, mais est-ce qu'ils ont réellement envie de maigrir parce que ca veut dire qu'ils vont changer de morphologie. Enfin, je prends l'exemple j'ai un patient là y'a pas longtemps c'est marrant c'est un jeune, c'est un gars qu'à une quarantaine d'années, 42 ans, qui était en surpoids hein il faisait pratiquement 100 kilos etc il faisait un peu de plongée, il faisait de la sous marine mais il faisait rien d'autre. Sa femme pareil, elle elle est pas en surpoids spécialement, un peu ronde mais sans plus. Et là il a fondu de 35 de kilos sans rien faire. Mais au point qu'il fait de la montagne, il fait plein de trucs quoi. Et donc heu, et c'est vrai qu'au point que quand on le croise l'autre jour j'ai cru, bah je l'ai pas reconnu quoi. Et en fait la vision de soi, c'est vrai qu'après comment sa femme veut le voir, heu, maintenant c'est plus le même quoi, quand on le voit c'est plus le même.

**M : Donc l'image de soi qui est vachement modifiée.**

A4 : Voilà, qui est modifiée donc la vision de soi même qu'on a mais y'a aussi la vision de la conjointe.

A3 : Est-ce qu'inconsciemment justement ca modifie pas, c'est pas un frein ? Bah voilà je vais changer, Comment va me voir l'entourage, comment va me voir mon conjoint.

A4 : On voit des fois des couples qui se séparent. Des patientes qui ont fait des gastroplasties heu etc. qui ont fondu de 50 kilos et par fait heu quand on interroge le mari heu.

A2 : Il reconnaît pas sa femme.

*Rires*

A4 : Nan mais. C'est plus sa femme.

A7 : C'est pour ça qu'ils attendent si longtemps maintenant avant de les opérer hein.

A4 : C'est pas si évident que ça.

A7 : Y a des entretiens psychologiques souvent très poussés, au CHU ils attendent parfois un an. Ca c'est valable pour le poids, après pour d'autres changements de comportement c'est pas vérifiable. Quand tu changes de comportement tu changes aussi des choses. Donc pour l'environnement, tu bouleverses l'environnement. Tu arrêtes de fumer, heu ...

**M : Est-ce qu'il y a des freins différents de ceux qu'a identifiés Serge, que vous aviez identifié vous dans vos cas ?**

A2 : Moi c'est un patient type d'une soixantaine d'année qui vient d'être traité et qui doit arrêter de fumer parce qu'il est essoufflé parce qu'il a été marqué par un problème de santé lié au tabac chez un proche. Donc il est motivé là dessus puis il sait que c'est pas bon. Mais ses freins effectivement c'est le plaisir qu'il a, c'est la convivialité qu'il avait, et au boulot, alors là il aura plus mais c'était la pause avec les copains donc bah quand on fait la pause à 10h bah tout le monde allait fumer quoi, un café une cigarette, heu, c'était

cet esprit là et il profite de sa retraite, ca sera peut-être plus facile de... il espère que ca sera un peu plus facile d'arrêter justement pour pas avoir les sollicitations qu'il avait au travail avec sa journée qui était rythmée.

A3 : Puis si il s'arrête de fumer il fait plus parti du groupe aussi.

**Tous : Ouais.**

A6 : Il y a le déni de la personne aussi.

**M : Ouais.**

A6 : Y'a des personnes qui ont, j'parle pour l'alcool moi, qui ont le déni de leur maladie alcoolique.

**M : Le déni que leur comportement est pas ...**

A6 : est pas adapté.

**M : Ouais.**

A4 : Et pour l'alcool le frein social. Je suis un patient qui a arrêté de boire, qui a, qui avait essayé d'arrêter de boire « x » fois ca a jamais marché et c'est le seul d'ailleurs, on en a parlé une fois. Moi je suis un peu déçu avec ces suivis d'alcool. Mais lui j'avoue que c'est un peu surprenant. Et un jour il a, il a pris le déclic, parce qu'un jour il avait des gros troubles de la vue, il est allé voir un ophtalmo sur Grenoble, j'sais pas lequel, qui lui a dit : « Si vous continuez de boire comme ca vous allez perdre la vue et de toute façon je pourrai rien pour vous, c'est plus la peine de venir me voir ». Il est sorti de là, il est venu au cabinet, il m'a dit : « faut que j'arrête de boire ». Je lui dis « bah on va essayer ». On avait déjà essayé. « Et j'arrêterai tout seul ». Bah je dis « bah ca va faire comme d'habitude, vous voulez arrêter tout seul ça marchera pas. » Et ce mec là, ca fait sept ans ou dix ans maintenant qu'il a arrêté de boire.

A6 : Parce que tu lui avais dit qu'il y arriverait pas tout seul.

**Tous : Ouais.**

A4 : C'est possible. Peut-être aussi.

A3 : Ceci dit ca fait des années qu'on lui dit qu'il n'y arriverait pas tout seul.

A2 : Chiche !

A1 : Cap ou pas cap. Peut-être que ça marche dans ce cas là.

A4 : Lui, je lui avais déjà dit qu'il y arriverait pas tout seul mais il avait jamais arrêté, mais il a arrêté ce jour là. Et c'est rigolo parce que ... et en fait par contre ce qu'il a fait, on parlait des freins je pense qui en était un, c'est qu'il voit plus les mêmes amis, il voit plus les mêmes personnes. *Tout le monde acquiesce.*

Il est toujours avec sa femme, mais voilà. Et le gars j pense que ca c'était un sacré frein social, et bon il a changé de boulot et maintenant il est dans un boulot qui pourtant est dans le bâtiment, il voit quand même des gens qui boivent, mais il a maintenu ça. Y'a quand même un frein qui devait être celui là. Mais c'est vrai qu'il a changé de boulot à peu près au moment où il a arrêté de boire aussi. Il a ... donc j pense qu'y avait aussi ce frein qu'était heu avec les gens qu'il avait avant et il a changé sa vie un peu.

*Discussion en parallèle entre A5 A6 et A7 sur la peur... « si, ça peut jouer »*

A6 : Attend quand on dit que tu vas plus voir, ça motive quand même.

A5 : La preuve c'est qu'on en a plein qui sont à des stades très très avancés et c'est pas la peur de la maladie qui va les faire arrêter.

A6 : Ce qu'ils voient pas, ça les pousse pas ...

A2 : Ca dépend il faut qu'il y ait un déclic, y'en a à qui ça peut donner un déclic quand même.

A7 : Ca peut, ça peut

A8 : Quand t'as un proche qui meurt d'un cancer du poumon un truc comme ça y'en a des fois qui ont un déclic.

A4 : Y'en a pas tant que ça j pense. Suite à des événements comme ça qui traumatisent.

A5 : Autrement y'en aurait un paquet qui aurait arrêté.

A2 : Mais c'est sûr que la modification des habitudes ... heu, y'a 2 jours j'ai vu un patient qui vient de prendre sa retraite il est chauffeur routier et lui il disait mais quand on s'arrête dans les routiers et bah tout le monde paye sa tournée et c'est obligatoire et si on la paye pas, c'est, bah c'est mal vu. Et ...

A3 : la pression sociale

A7 : C'est souvent la pression sociale qui est importante.

A4 : Moi j'vous racontais, moi quand j'étais médecin en gendarmerie, plusieurs fois j'ai pas pu prendre autre chose

que de l'alcool.

A6: En gendarmerie ?

A4 : Pourtant on était en tenue militaire, on allait dans un bar, dans un bar tenu par un ancien gendarme. Je me rappelle on revenait du, de l'hôpital de X (*ville*) et j'étais avec 2 gendarmes, on était avec l'estafette de gendarmerie. On arrivait dans le bar et puis « ah salut » ils se font « machin bonjour ». « Bon alors toubib vous prenez quoi ? ». Je réponds « bah, jus d'orange ». « Vous déconnez attends, tu vas pas boire un jus d'orange ici ! Nan mais attendez, vous prenez un truc normal quoi ». Et j'ai été obligé de prendre un truc à boire avec alcool.

**M : Grosse pression sociale.**

A4: La pression sociale, en gendarmerie c'est impossible, et comme tu disais le coup du bar. Ba t'arrives, y'en a un qui paye sa tournée, si tu dis que tu prends un jus de fruit l'autre il te regarde « bah attends tu vas pas prendre un jus d'orange, prends un pastis ! »

**M : D'accord.**

A8 : C'est que sur le moment les avantages en fait à avoir un comportement qu'on juge pas forcément voilà voilà sont supérieurs aux risques qu'on va encourir et c'est que quand le patient pense, se dit, « faut peut être que j'inverse, à court terme ça sera peut être moins agréable mais à long terme j'peux gagner quelque chose d'autre » que y'a un changement qui peut s'amorcer ou pas. Mais si, y'a pas la vision court terme / long terme, j'pense que y'a pas de changement vraiment qui peut ...

A7: Encore faut-il avoir envie de voir le long terme. Moi j'ai des patients qui me disent : « Moi tant pis je préfère profiter aujourd'hui puis je m'en fiche si je meurs de ça bah c'est pas grave. » Y'en a qui nous le disent ça, vraiment.

A9: ça dépend des valeurs de chacun, des valeurs de vie.

**M : Est-ce que de manière générale vous essayez d'évaluer vous l'estime de soi de vos patients au cabinet ? De manière générale, si on s'extrait même du changement de comportement.**

A7: En se disant vraiment je vais estimer l'estime de soi de mon patient ? Ou ... inconsciemment ...

**M : Ca peut être inconsciemment.**

A6: Inconsciemment oui.

A7: Oui, c'est automatique.

*Plusieurs acquiescent*

A5 : Pas de façon formelle.

A6 : Pas quantitativement

A7 : Oui, on met pas une note comme on le fait avec la douleur par exemple, on se dit pas : « estime de soi 3/10 » mais oui on se le dit. *Plusieurs acquiescent*

A6 : Mais on pourrait peut être le faire ça, tiens ? Evaluer ...

A7: Oui.

A4: Ca fait encore un truc de plus à faire.

A1: Oh, mais c'est vite fait, ça.

A4: Oui je sais bien. Oui mais plus tu te mets des échelles de cotation plus il va falloir à un moment donné ...

A7: Mais, sur les dossiers ça vous arrive jamais de marquer motivation zéro.

**Plusieurs :** Oui. Si.

A7: Moi ça m'arrive.

A4 : Mais c'est motivation, ça c'est pas l'estime de soi.

A7 : Ah mais ouais mais si y'a pas de motivation, c'est qu'y'a pas d'estime de soi moi j'pense.

A1: Par contre quand y'a un projet comme la retraite moi j'ai eu le cas, j'ai mis, j'ai aussi ce cas là avec le tabac. J'ai mis : « a le projet d'arrêter en octobre il est à la retraite, sa femme aussi ». Et j'ai le cas aujourd'hui moi là d'un monsieur effectivement hyper addict au tabac qui vient de faire un Doppler il a des athéromes et tout. Je lui ai dit « vous avez vu quand même là elles sont bien abimées vos artères ». « Oh ba non pas tant que ça 30% ». A 60 ans, pas encore, 59. Mais en fait ça marche pas ça.

*Plusieurs interviennent. Rires*

A1: Par contre il m'a dit : « Mais c'est vrai ma femme fume aussi, elle est à la retraite bientôt, on a le projet d'arrêter. On a une fille qui fume pas et qui nous fait la guerre à chaque fois qu'elle revient de ses études machin ». Donc voilà, des gens en projet je le marque aussi comme toi.

A3: Mais l'estime de soi j'ai pas l'impression qu'on l'évalue, si bien, tant que ça. Mais plutôt la motivation.

TOUS : Ouais., pas tant que ça

**M : Plutôt la motivation ?**

TOUS : Ouais., plutôt la motivation.

A1: Mais on pourrait l'évaluer, tiens c'est bien ça.

A7: Qu'est-ce qu'il pense de lui ? Je suis pas certain qu'on le fasse tant que ça.

A1: Et comment on l'annoncerait ? « Est-ce que vous vous sentez bien dans votre peau en ce moment ? »

*Brouhaha. Tous acquiescent.*

**M : Du coup vous utilisez des éléments intuitifs, presque tous, vous dites presque tous « on l'évalue mais intuitivement ». Quels sont les éléments intuitifs que vous utilisez pour vous faire une idée de l'ES de vos patients ?**

A6 : Bah ce sont la confiance, comme tu disais, « est-ce que vous avez confiance en vous ? ».

*A7 s'écarte pour téléphoner*

A5 : Y a des patients qui ont l'impression que tout ce qu'ils font c'est pas bien et que ... je pense à ça parce qu'aujourd'hui j'ai une dame qui est venue, qui a une histoire familiale compliquée, qui est d'origine Russe, et euh donc qui ne veut pas d'enfants et euh toute sa famille ne comprend absolument pas pourquoi elle n'a pas de désir d'enfants. Et paradoxalement elle travaille avec des animaux et elle héberge tous les chats malheureux elle les accueille. Et la famille lui a dit « mais t'es complètement folle, t'as pas envie d'avoir d'enfants, alors que tu t'occupes comme ça de chats ». Alors je suis repartie sur cette histoire en disant « c'est leur critère de jugement, mais ça a pas de sens », après c'est chacun.. et moi j'estimais qu'elle avait pas du tout d'estime d'elle-même. A partir du moment où on lui dit « ta réflexion et ton observation la dessus paraît bizarre » elle se l'approprie, au lieu de dire « après tout ma mère pense ça, ma voisine pense ça et c'est leur problème, moi je suis dans ma décision, et je reste dans ma décision, parce que c'est celle-là que j'ai envie de prendre »

**M : Donc en fait très influencée par le milieu social ?**

A5 : Exactement. Euh ... milieu social... L'environnement.

*A7 revient*

A4: Le milieu familial, social

**M : Les gens autour d'elle**

A5 : A mon avis, c'est très lié à l'histoire personnelle, depuis la toute petite enfance. Les parents qui rabâchent « t'as fait ça qui va pas », au bout d'un moment c'est sûr qu'on est pas .. ça évolue un petit peu dans certains milieux aujourd'hui, que les enfants, les petits enfants on les valorise, mais bon autrement c'est pas ça.

**M : OK**

A5 : Et puis ça dépend des milieux sociaux, parce que je pense que même actuellement, dans certains milieux c'est très compliqué.

**M : Est-ce qu'il y a d'autres éléments intuitifs, c'est pas forcément facile de parler de l'intuition, mais ...**

*Silence*

**M : ...l'intuition c'est aussi un peu l'expérience, vous avez beaucoup parlé d'expérience.**

A6 : Bah l'estime de soi c'est comme disait A7 c'est aussi la confiance en soi, et on peut bien voir de la manière dont vivent les personnes, de leur discours, si elles se considèrent bien ou si elles pensent qu'elles font tout mal ou que tout ce qui arrive c'est de leur faute, donc ça revient aussi à la culpabilité.

**M : Est-ce qu'il y a des éléments dans la présentation du patient ?**

A2: C'est un peu dans le contact en fait avec le patient, son discours, c'est l'entretien qu'on a avec ... et c'est là-dessus qu'on peut moi je trouve être un peu intuitif, sur son comportement, si on le trouve motivé ou pas.

**M : Et donc dans sa présentation ?**

A2 : Dans sa présentation, oui, et dans le discours en fait

**M : Dans la façon dont il parle ?**

A2 : Oui, dans ce qu'il dit, dans la relation qu'on a avec lui, sa manière de répondre à nos questions ou de nous en poser, euh il y a parfois des gens entre guillemets qui subissent notre consultation, où c'est très difficile, qui ne parlent pas. Moi parfois je trouve que chez les diabétiques par exemple, c'est difficile de faire changer le... C'est des consultations qui sont dures, les gens on n'arrive pas à les accrocher, c'est pas facile, on se dit la prochaine j'essaie.

**M : Finalement des fois, la relation qui se fait pas ?**

A2 : qui se fait pas, ou pas assez bien à notre goût.

**M : Ouais, OK**

A1: Le message passe pas.

A2 : Le message passe pas, mais peut-être que la personne n'a pas envie que le message passe non plus.

A7 : Des patients qui mettent tout en échec. Y en a qui mettent tout en échec.

A1: Jamais contents.

A2: « J'ai pris 4 kilos, je mange rien mais j'ai pris 4 kilos ».

A7 : Tout ce qu'on leur propose. C'est insupportable ces patients.

A4 : C'est des patients qui s'auto comparent. Moi j'ai le cas d'un patient, qui est décédé, qui était diabétique, de type 2, mais à la fin sous insuline, et qui avait perdu déjà un orteil, et ensuite la moitié du pied, etc, qui vivait dans un état ... enfin c'était infernal... et ce gars-là, effectivement, tu as raison, moi je réalisais pas l'estime de soi, mais effectivement il était toujours en train de parler de ses frères qui faisaient ça, qui avaient ça.

Lui c'était un gars qui avait été enseignant, et il vivait, je blague pas, quand j'allais chez lui, je savais même pas où poser ma mallette tellement c'était dégueu, il fallait que je trouve une chaise, parce que j'osais pas la poser par terre. Ça puait chez lui. Et quand il s'est mis à dauber, un jour il a daubé pour de bon, il est parti aux urgences, et ils l'ont jamais récupéré en réa. Et ce type-là, c'est marrant, il parlait toujours en disant ... Je pense que, alors qu'il avait été enseignant, il n'avait pas non plus raté dans sa vie, mais il avait effectivement, une mauvaise estime de lui.

**M : En fait c'est des patients qui parlent pas beaucoup, ou pas beaucoup de eux ?**

A4: Il parlait pas de lui oui, il parlait toujours des autres

**M : D'accord.**

A5 : Et de temps en temps, on a aussi des cas qui sont beaucoup plus rares, d'excès d'estime de soi. Des patients qui sont tellement sûrs d'eux que ça nous interroge quand même un petit peu quoi.

**M : Et ça vous interroge ?**

A5: Sur leur mode de fonctionnement, c'est-à-dire qu'ils ne tolèrent... qui ont l'impression que de toutes façons tout ce qu'ils font, tout ce qu'ils ont dit c'est parfait, et qui sont absolument hermétiques à quelque discussion que ce soit.

A7: Est-ce que ça serait pas une fausse estime de soi ?

A5: Bien sûr, c'est une fausse estime de soi, totalement, mais ça peut être vécu comme un excès au premier abord mais c'est clair qu'ils laissent absolument pas de faille de manière à ne pas ....

**M : Est qu'il y a des données de l'interrogatoire que vous pouvez utiliser, les données que vous recueillez, que vous pouvez utiliser justement pour évaluer l'ES de vos patients ?**

A5: Bah le non verbal déjà, leur attitude. Y en a certains qui donnent l'impression qui resteraient dans un trou de souris pour passer inaperçus, .... donc en général ceux-là déjà c'est pas... ils n'ont pas une estime d'eux.

A7: Je suis d'accord avec A5, dans le non verbal, leur comportement. Celui qui est au fond de son fauteuil déjà...

A6 : Des gens qui sont négatifs, qui pensent qu'ils arrivent pas à faire ce qu'ils veulent faire. Ça peut rejoindre la dépression d'ailleurs.

A1: dans la façon de parler, dans le regard.

A4 : Dans la maladie, tu parlais de la présentation des patients, ça me remémore une patiente, pareil, qui a eu un cancer ORL. C'est une femme qui était fumeuse et qui était toujours arrivée... Elle est décédée elle devait avoir 60 ans.. et elle arrivait toujours avec son petit tailleur, toute pimpante, super sapée. Pour pas se décoiffer, elle mettait son foulard sur ses cheveux pour enlever son pull pour enlever son truc, et cette dame elle a fait un cancer de la gorge, elle a été opérée, c'est X qui l'avait opérée, ils lui ont refait le visage complètement, et après ça a daubé.. et pour dire voilà, moi je suis allé 2-3 fois chez elle, et cette dame, ça m'a d'ailleurs frappé, parce qu'on parle d'ES, c'est une dame qui avait une estime, elle voulait toujours bien présenter. Et moi je suis allé chez elle, elle était au fond de son lit, et donc un énorme pansement là (*il montre le cou*), et quand j'arrivais, elle se recoiffait et caetera, toujours un peu pimpante dans son lit, et puis une fois, quand je voulais regarder le pansement – horrible-, elle me dit « docteur,

vous pouvez me passer le miroir, que je voie comment est la plaie », et là tu te dis « ouh », moi ça m'avait marqué, parce que cette dame, jusqu'au bout elle est restée d'une dignité, elle avait une estime, enfin pas une estime exagérée, mais elle avait vraiment...

A1 : une prestance ?

A4: Oui, mais elle a gardé, il fallait qu'elle paraisse bien face à son médecin, il fallait qu'elle paraisse bien face à tout le monde, et effectivement elle avait une présentation... surprenante enfin moi ça m'a ... jusqu'au jour où elle est morte chez elle.

**M : D'accord.**

A1: Bah on évalue l'ES aussi quand on voit ce patient-là, quand on va l'interroger dans le présent quoi, on va lui demander où il en est dans son travail, comment ça va dans la famille, et voilà, est-ce que ... c'est vrai ceux qui sont pas bien on le voit dans le non verbal, ça se voit dès la salle d'attente quand il marche vers nous, enfin le non verbal est vachement important ... et là on sent qu'il y a quelque chose, qui est soit pas dit, effectivement, soit nous il va falloir qu'on aille aux informations quoi.

**M : Donc vous allez pas directement à l'information d'estime de soi, mais par contre vous recherchez les éléments qui finalement sont liés à cette estime de soi ?**

A1: Bah on recherche. S'ils viennent et qu'ils sont pas bien, ils dépriment ou des douleurs ... justement on en revient au somatique, qui en fait est psychosomatique, et forcément qu'on va évaluer à un moment donné de notre consultation où ils en sont, et si l'estime de soi va être exprimée parce que...S'ils commencent à nous dire que ça va mal, que déjà dans la famille, socialement, voilà quoi. Là on va savoir, tiens, un mois avant ils étaient pas mal, enfin on le sentait bien et là ... Ça ça va se faire vraiment spontanément en fonction des symptômes qu'ils ont. On va aller à la recherche, oui c'est vrai.

**M : Et si on se recentre un peu sur du coup le contexte de l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé, sur les cas que vous vous êtes remémorés tout à l'heure, est-ce que vous cherchez plus spécifiquement du coup chez ses patients là à évaluer de façon intuitive leur estime de soi ?**

A2 : Compliqué.

A3: Moi je dirai non, je crois pas.

A7: Moi je crois pas, par contre on cherche par quel moyen on peut essayer de les motiver.

A3: Ouais mais c'est différent, c'est pas pareil, parce que l'estime de soi... Combien de fois tu dis : « ah bah lui ce qu'il pense de lui c'est pas top ». Y'en a pas souvent.

A4: Je dirai même jamais.

A2 : Rarement, exceptionnellement.

A6: Moi si, moi j'y pense que si, par le biais d'autres choses justement ce qu'on disait. On peut le savoir mais on sait même pas qu'on évalue l'estime de soi.

A2 :Oui moi j'aurai pas mis de mot dessus quoi.

A4: Est-ce qu'on pense pas plus à évaluer l'estime de soi de quelqu'un comme tu disais qui est en surestime de lui plutôt que quelqu'un qui a une mauvaise estime de lui ?

A3: Parce qu'il te gêne.

*Plusieurs acquiescent, tentent d'intervenir.*

A4: Oui parce qu'effectivement ça nous dérange, voilà. Moi personnellement je pense que j'estime plus l'estime des gens qui, que je me dis « lui il se surestime » ... Ou ils s'estiment mais peut-être à juste titre mais qui mettent en valeur leur estime d'eux, alors que ceux qui en auraient peut-être besoin qu'on l'évalue moi je l'évalue pas du tout.

A3: Mais là est-ce que tu parles d'estime de soi ou d'ego ?

A5: Elle est où la différence ?

A8: Moi j'en n'ai pas fait beaucoup de consultations comme ça, mais j'en ai fait une notamment qui me vient en tête, c'était une jeune qui venait parce qu'elle était toujours à faire des crises de colère mais à tout envoyer balader, du coup ça devenait très dur pour elle dans sa relation avec son copain et avec sa famille aussi. Et heu, la première fois je l'ai rencontrée c'était parce qu'elle avait eu un accident de la route parce que elle avait pas respecté le code, ça aussi ça l'énervait, ça entravait sa liberté comme elle disait. Et au fur et à mesure des consultations on en est arrivé à se dire que en fait elle est en colère, alors oui y'a du truc

positifs sur le moment parce que ça permet de se défouler, mais après les conséquences sont pas bonnes. Et cette colère en fait on est arrivée mais je sais plus par quel moyen c'était en fait parce que elle se sentait pas sur d'elle, qu'elle se dévalorisait énormément. Et donc moi je suis arrivée à la notion que l'estime de soi était très fragile et donc du coup, on a travaillé sur comment elle se ressentait, et on est toujours en train de travailler sur comment elle se sent elle, qu'est-ce qui fait qu'elle peut se sentir pas bien ou qu'elle peut se sentir mieux, et petit à petit elle arrive de plus en plus à contrôler la montée de ces crises. Donc au final c'est en se basant sur un symptôme je suis remontée moi sur un problème d'estime de soi. En mettant vraiment les mots dessus. Après y'en a pas beaucoup des consultations comme ça. Donc si je pense que c'est la base de beaucoup de chose moi je pense.

*Plusieurs : C'est bien, c'est intéressant.*

A1: Pour motiver quelqu'un à changer de comportement faut quand même qu'il soit bien en lui à ce moment-là. Parce que faire arrêter le tabac à quelqu'un qui est anxieux, qui est pas bien, qui a des soucis, des parents qui ont un cancer ou voilà. Ba c'est peut-être pas le moment d'arrêter ...

A2 : Oui mais ça c'est la vie aussi, donc y'aura toujours quelque chose.

A1: Ah nan nan nan, moi je veux dire quelqu'un qui a une addiction au tabac, je vais pas arriver à le motiver si il me dit moi ça me détend, c'est mon moment un peu comme ton italienne ou je sais pas, qui a plein de soucis et qui mange ... elle peut pas arrêter, elle a déjà tellement de soucis ... Tu peux lui dire qu'on va attendre un petit peu.

*A5 quitte l'assemblée car elle a des impératifs le lendemain matin .*

A1: Je pense qu'il faut avoir une estime de soi pour pouvoir changer.

*Plusieurs parlent en aparté. Quelques rires.*

**M : Là on a parlé de l'évaluation, est-ce que du coup de manière générale vous essayez de renforcer l'estime de soi de vos patients ?**

A1: Oui, de valoriser là où ils sont bons, là où ils ont réussi les choses.

A2 : C'est les encourager, est-ce que c'est renforcer ?

A1: Les faire exprimer des choses qu'ils auront réussies.

A3: des points positifs.

A2: Des points positifs oui.

A1: Moi tout à l'heure le petit jeune qui réussit des trucs dans le surf ... oui dans des cas comme ça, ça m'arrive.

A2 : Bah sur l'arrêt du tabac, moi c'est vrai que je leur demande : « est-ce que vous vous sentez mieux au niveau du souffle, de l'activité des choses comme ça ». Mais c'est au niveau de la motivation. Est-ce que c'est de l'estime de soi j'sais pas je l'ai jamais appelé comme ça. Mais peut-être on sait jamais.

A8: Il faut valoriser le patient, tous les petits acquis, c'est ...

A2 : Il faut commencer par ça dans le changement de comportement ouais c'est ...

**M : Et du coup, comment ? Vous essayez donc de trouver dans des domaines où ils réussissent bien ?**

A2 : Ouais bah entre guillemets en les félicitant : « Oh ba c'est super t'as réussi à perdre 3 kg depuis la dernière fois. » Voilà.

A8: 3kgs, 3L d'eau en moins à porter tous les jours, des images positives.

A3: en ayant un langage positif.

A1: En évaluant l'amélioration des constantes, ou des choses comme ça ...

A3: Même si ça s'est pas amélioré.

A6: Du bilan lipidique. *Rires.*

**M : D'accord. De pas être dans le négatif.**

A4: Oui faut être dans le positif, faut pas être dans le négatif. *Plusieurs : Ouais, ouais.*

A9: Et pas spécialement dans le domaine médical. A mon avis il faut essayer de trouver en lui là où il se trouve fier. Parce que même le mec qui est au bout du bout du trou, y'a obligatoirement un truc où il peut se sentir fier de lui et utiliser ça en disant : j'en sais rien l'escalade, ce que disait A1 avec le surf, pas spécialement la médecine. Parce que parfois y'en a qui ont des bilans catastrophiques, et on a beau chercher ... même l'hémoglobine glyquée, même le rein, y'a rien qui va. On peut essayer de trouver un autre

truc et dire : « Vous êtes de cap de faire quelque chose de super bien, vous êtes cap de le transposer à autre chose. ». Mais pour qu'il y ait des changements -bon, j'ai loupé la partie du milieu, désolée je pense que le mec qui n'a aucune estime de lui quelque soit le niveau qu'on prend il n'arrivera jamais à changer. Il faut qu'il ait un minimum de trucs où il se sent capable de faire quelque chose pour arriver à changer derrière.

A6: Oui parce qu'il faut de l'énergie.

A1: Il faut un entourage aussi. Si les autres fument autour de lui, comment arrêter tout seul ?

A2: Y'en a qui y arrivent ...

*Plusieurs réponses s'entrecoupent. « Oui mais c'est qu'il a un truc qui le ... » « Effet boule de neige »*

A1: Moi j'leur dis : « Vous allez donner l'exemple à d'autres », ça c'est pas mal aussi.

A9: Ouais peut-être pas hésiter à sortir du domaine médical pour les aider.

A4: C'est vrai qu'au niveau de l'alcool, y'a beaucoup de gens qui ont peu d'estime d'eux.

A1: L'alcool j'trouve c'est le plus dur.

A2 : Parce que l'alcool y'a un déni.

A4: Du coup ça les met dans un tel état qu'ils peuvent plus faire grand-chose et du coup ils pensent qu'ils pourront jamais rien faire d'autres.

*Plusieurs discussions s'entrecroisent.*

A7: Y'a une telle pression sociale pour l'alcool, moi j'trouve que c'est vachement dur pour les patients.

A4 : J'parle pas de l'alcoolique modéré, qui va bien, j'parle du gros alcoolique qui ...

A7: Celui qui boit comme un trou quoi.

A4 : ... et celui là, pour trouver la faille de l'estime d'eux, comme tu dis, c'est des gens j'pense qu'ils ont tellement plus d'estime d'eux.

A1 : Mais y'a pas que l'alcool. *Plusieurs acquiescent.* Y'a une maladie psychiatrique parfois.

A6 : C'est compliqué

A9 : Ouais et puis y'a tout l'environnement social, perso, professionnel ...

**M : Est-ce que vous verbalisez un travail autour de l'estime de soi avec vos patients ? et si oui comment ?**

A6 : Ca veut dire quoi ?

A3 : proposer des choses ?

**M : Est-ce que vous travaillez sur l'estime de soi ?**

A7 : Est-ce qu'on prend une consultation pendant laquelle on va ...

**M : Pas forcément que pendant la consultation ... mais est-ce qu'il y a un travail ...**

*Tous : « Non, non, ... », hésitent.*

A4 : Non, moi je... non

A6 : Moi j'peux pas dire que j'en fais pas, c'est dans toutes les ...

A4: Mais tu travailles pas la dessus

A6: Ba oui mais c'est pareil c'est sur d'autres symptômes qu'on n'appelle pas forcément estime de soi mais ...

A2 : Oui c'est vrai c'est ça, on n'arrive pas forcément à mettre un nom là dessus.

A1: Mais en concret qu'est-ce que tu leur fais faire par exemple ?

A6 : Bah par exemple le renforcement positif

A1: Moi parfois je leur dis de faire 2 colonnes, bah ça c'est bon pour les déprimés, pour parler autour de ça. « Qu'est-ce qui va pas en ce moment ? », je commence par ça. « Qu'est-ce qui va pas en ce moment ou depuis des semaines ? » et « qu'est-ce qui va bien ? » Des trucs simples. Ou alors ils ramènent la prochaine fois.

A2 : Ca se fait pour le tabac aussi, « quels sont les avantages d'arrêter et les inconvénients ? ».

A1: Voilà

A2 : Ca permet ...

A1 : Mais que ça vienne d'eux, c'est bien.

A8: Oui c'est pas nos raisons, c'est les raisons du patient, c'est la motivation des patients.

**M : Hmm**

A6: tu peux pas donner une estime à quelqu'un.

A1: Oui, tu peux pas dire ça vous fera ça, vous respirerez mieux machin.

A2 : Ils le savent

A1: Si ils viennent de eux, c'est pas mal

**M : Quels outils de communication ou outils psychothérapeutiques vous utilisez dans ce cadre là, dans ce renforcement ?**

A6: Y'a un truc qu'on avait appris en écoute active et que j'utilise beaucoup, c'est les ressources personnelles.

**M : D'accord.**

A6: Essayer de voir si ils ont des idées pour faire autrement dans leur vie ou par rapport à une situation donnée.

**M : Donc que ça soit eux qui donnent les idées pour trouver une solution ?**

A6: Oui, adaptée à eux. C'est bien.

A7: Oui, « Qu'est-ce que vous pensez vous pouvoir faire pour améliorer telle chose ? ». Ca effectivement c'est dans cette formation qu'on avait eu, elle était vraiment bien. Et le patient en fait, il est un peu surpris qu'on lui pose cette question, il s'attend à ce que le médecin donne toutes les réponses posées sur un plateau. *Plusieurs acquiescent.* Et puis en fait, bah il comprend que bah oui, il faut que ça vienne de lui parce que ... si ça vient pas de lui, y'a un moment où nous on peut rien faire.

**M : Et en quoi ces outils du coup renforcent l'estime de soi de vos patients ?**

A7: Il voit qu'il est capable.

A2: Ca lui permet de prendre conscience

A8: Qu'on a confiance en lui, on lui restitue une confiance en lui, en ses capacités et du coup le fait d'avoir confiance en le patient le valorise.

A7: Qu'il est capable de faire lui même quelque chose aussi

A6: C'est la résilience aussi

A2 : Une prise de conscience de la part du patient.

A1: Parfois il répond « Mais moi j'sais pas docteur, c'est à vous de me dire. »

A2 « Oui mais moi j'ai pas la réponse. » Je leur dis parfois moi, « j'ai pas la réponse »

A6: « Qu'est-ce qu'il faut faire ? Qu'est-ce que vous pensez faire pour aller mieux ? »

A4: Certaines fois ça leur apporte un plus de savoir que finalement on pense qu'ils ont des ressources grâce à ça, quand on leur donne comme retour : « bah vous, qu'est-ce que vous pensez faire etc ». Ils se disent, bah finalement mon médecin il croit aussi en moi, sinon il me poserait pas la question.

A7: Tout à fait. C'est vrai ça.

A4: Donc j' pense qu'on augmente leur estime d'eux même en leur montrant que finalement on s'intéresse entre guillemets à eux, à dire « bah oui vous pouvez surement faire quelque chose, moi j'y crois ». Donc bah si mon médecin il y croit c'est que peut-être que je peux faire quelque chose. J' pense qu'on renforce leur estime par ce biais là.

**M : Est-ce que et comment vous modifiez votre attitude face à ces patients pour qui vous avez cette démarche de renforcement de l'estime de soi ? Dans votre posture, votre façon d'être avec eux ?**

A6: Dans l'empathie déjà. La posture, c'est toujours en écoute active ... reformuler ...

A7: Les silences

A6: Ecouter

*Plusieurs discussions et rires en parallèle car une bâche claque dans le jardin, avec le vent.*

A6: Je me force parfois à me dire : « faut pas que je lui coupe la parole, retiens toi », parce que parfois ...on sent qu'il y a quelque chose qui va être dit et faut surtout pas qu'on parle.

A1: C'est vrai que le silence je le fais pas assez ...

A7: C'est dur les silences, moi j'ai vraiment du mal.

A1: Oui c'est dur, mais quand tu le fais ca peut servir.

A9 : C'est que quand même, il s'installe parfois une espèce de gêne dans les silences.

*La bâche claque à nouveau.*

A9 : Et puis t'as le contact physique aussi, tu peux prendre la main, tu peux prendre le bras. Même si tu l'écoutes et tu travailles sur l'estime, tu peux aussi l'aider en ... avec le physique. Même si c'est au moment où on discute.

A6 : A9 elle caresse ses patients. Rires

A9 : Je suis devenue très tactile effectivement ...

*Rires.*

**M : Dans ce cadre là, quel objectif précis vous cherchez à atteindre ?**

A6: Précis ? Pff

A4: Dans les consult on a rarement d'objectif complètement précis. Rires.

**M : Ok.**

A7: Que le patient puise dans ses propres ressources.

*Rires en parallèle, les voix s'entrecourent.*

**M : D'accord, ça c'est l'objectif.**

A7: Que le patient puise dans ses propres ressources.

**Plusieurs** : Ouais.

A8: Moi c'est l'alliance avec le patient, il va vouloir revenir avec nous pour continuer à travailler avec nous.

A6: Oui pour qu'il revienne.

A8: Du coup, bah continuer à avancer ensemble, c'est le patient qui, qui avance et nous on est à côté pour ...

A1: Pour l'accompagner.

A8: Ouais.

A7: Dans le but de signer un formulaire de déclaration de médecin traitant.

*Rires.*

A1: Ouais s'il nous agace pas, quoi.

A2: C'est pas toujours évident ça.

*Rires*

A7 : *en s'adressant au micro.* Je plaisante évidemment.

A6 : Sans atteindre d'objectif, mais ça vous arrive jamais les patients qui partent en disant : Oh merci Docteur, rien que de vous avoir revu et de parler ca va beaucoup mieux. Bah rien que ça !

A3: Ba si !

A1: Mais bien sûr.

A6: Là ça peut être un objectif.

**M : De savoir que la consultation a été agréable.**

A6: Ba la tu te dis ...

A9: Peut-être que ça l'a soulagé.

A6: T'as l'impression d'avoir fait quelque chose !

A9: Rien que d'avoir parlé ça peut aider à partir effectivement sur autre chose. Et heu, et puis rien que le fait de soulager, ca peut déjà le rassurer et se dire « bon bah je peux retravailler, j'ai vidé mon sac et j'peux repartir et voilà. »

A2 : Ca c'est surtout du coup dans des réactions à des situations éprouvantes, des syndromes dépressifs ou des choses comme ça. Où les gens arrivent vraiment à ... L'autre fois j'ai eu une patiente qui me disait : je savais pas que ca me faisait aussi bien de venir pleurer chez vous.

*Rires*

A7: Ouais. Nan mais c'est sûr.

A9: Regardez y'a le paquet de mouchoirs là.

A2 : Qu'est-ce qu'il y a comme patient qui pleurent d'ailleurs.

A6: Moi j'leur dis : « mais pleurez, c'est l'endroit où vous pouvez pleurer. »

A1: Ca reste entre 4 murs, voilà.

**M : Quels aspects de la vie du patient vous pouvez aborder ? On en a déjà un petit peu parlé hein ...**

A1: Leurs passions...

**M : Voilà, leurs passions, le sport.**

A7: leur famille, leur travail.

A6: Mais tout. Tout. Franchement oui.

A7: Leur vie conjugale, leur, leur rapport avec leurs enfants, leur vie professionnelle ...

Heu tout.

**M : D'accord. Pas de choses particulières que ... ?**

A7: tout a un impact sur leur santé.

A2: Ouais.

**M : D'accord.**

*Silence.*

A4: Ouais, tout peut être abordé si le patient le souhaite

**M : Mais dans le cadre de ce renforcement de l'estime de soi là, comme l'exemple ...**

A7: Ouais tout. Si la vie conjugale va mal, si bah, le patient il va moins bien ...

**M : Donc fonction du patient.**

A2: Ouais.

A7: Oui.

A2: Ouais. C'est marrant comme des fois y'a des patients t'arrives pas trop à les cerner. Et puis t'arrives sur le sujet ...

A6: Ouais ils te sortent un truc.

A2: Ouais. J'en ai eu un ce matin là, tu sais le grand type

que t'as croisé à la fin qui, qui est assez particulier. Et heu, il parlait et j'lui dit : « Et alors vous partez où en vacances ? » Et il m'dit : « J'vais en Indonésie voir des volcans. » Et alors j'suis parti là-dessus et alors il a parlé, il arrivait plus à s'arrêter alors que c'est un monsieur qui parle pas du tout. C'est assez curieux.

A7: Ah ouais.

A1: Ca a du lui faire du bien.

A7: C'était le sujet qui ...

A2: Exactement. Et alors que c'est un type qui vient et qui, qui a toujours, j'arrive pas à le cerner. Heu. C'est un monsieur vraiment anxieux qui se livre pas, qui a toujours mal au dos.

A1: Et t'aurais peut être pas osé le brancher la dessus si c'était la première fois qu'il venait te voir.

A2: Oui probablement.

A1: Tu t'es dit oui tiens je vais m'intéresser un peu à lui.

A2: J'avais du temps, j'avait personne derrière.

A1: Voilà, voilà, y'a tout ça.

A6: Il t'a senti dispo.

A2: Exactement.

A1: Et c'est ça le médecin de famille aussi, c'est qu'à force de les connaître de les voir, on va s'intéresser, tiens, à leurs enfants, où ils en sont.

A4: Tu vois, un truc qui paraît basique pour ... par exemple les vacances là. Moi tous les patients je leur demande toujours : « vous partez en vacances ? »

Tous : ouais

A4: Moi je leur demande toujours aux gens. Ca paraît curieux d'ailleurs. Et après ils me demandent : « Et vous vous allez où ? »

A6: Ouais ouais

A4: Du coup je leur parle de ce que je vais faire. Et c'est rigolo, c'est qu'en fait ça j'pense que, heu, ça renforce leur estime un petit peu dans le sens c'est qu'le gars il te dit bah tiens je vais aller, heu, en Thaïlande et moi ça m'intéresse toujours de savoir où vont les gens. Ca me permet de discuter avec eux. Et en fait j'pense qu'aussi en même temps, ça les, ils se disent un ptit peu bah tiens ça intéresse mon médecin, donc ça intéresse d'autres personnes ce que j'fais. Donc ça leur, ça estime qu'ils se sont pas gourés si tu veux dans c'qu'ils, dans leur choix. Ils ont fait un choix, qui tiens, ça intéresse des gens donc heu, c'est que finalement le choix est bon donc, tu vois, tu les, tu les, ça les valorise quoi.

**M : Ouais, donc ma vie est intéressante.**

A4: Voilà ma vie est intéressante.

A1: Alors faut faire gaffe parce que tout le monde part pas en vacances. C'est plutôt : « qu'est-ce que vous faites cet été ? »

A4 : Non mais plutôt moi, mais disons qu'ils partent pas en vacances, y'a des gens ils me disent : « Oh bah non je pars pas. » Et bah j'dis mais heu. « Oh bah oui je vais sûrement au lac de Laffrey. Bah je dis : « Super ça va être chouette si il fait beau, c'est génial là-bas. » Alors les gens ils se disent « Lac de Laffrey c'est sympa »

A1: Oui voilà positiver. Moi quand je dis ça, c'est pas que le mec il part en Thaïlande, c'est que les gens ils disent ils vont faire une activité sportive. Oh bah tiens je vais aller faire du vélo. « Ah bon vous allez faire du vélo ? »

Rires.

A4: J'aime bien discuter avec les gens je trouve ça génial quoi.

A7: Il sait faire du vélo ! Mais tout le monde sait faire du vélo ! Rires.

A3: Oh bah non pas tout le monde justement.

Rires.

A6: Et y'a les vélos électriques maintenant.

A1: C'est vrai qu'heureusement qu'on dépasse le côté médical, c'est sûr c'est important.

A4: J'pense que les gens ...

A1: ... ils aiment bien. Qu'on s'intéresse à eux

A4 : Si toi, en tant que médecin, si tu t'intéresses à eux je pense que ça les valorise dans leur vie quotidienne. Moi je fais pas ça pour les valoriser mais ça se fait intuitivement, voilà, heu, je pense qu'on le fait tous. Et en fait, à un moment donné le patient il se dit bah ma vie est intéressante, donc ça le surestime dans sa vie, ça l'estime dans sa vie le type. Alors que si personne s'intéresse à lui,

heu, j'pense effectivement heu ...

A1: C'est un peu dur.

**M : Ok.**

A1: Au tout début de notre installation on ne se permettait pas trop ces choses là.

A2: Oui c'est sûr.

A3: Oui complètement.

A4: C'est là qu'on était beaucoup plus théorique.

A1: On était un peu coincés.

A1: Et même du coup nous aussi ça nous satisfait de ... d'avoir cet échange quand même riche, avec ces patients.

A9: Ouais ça rend plus humain.

A1: Y'a plus la façade, machin, d'hôpital.

A7 : Oui et on a pris du recul, on sait à quel moment on peut avoir ce genre de discussion sans que ça soit non plus déplacé dans la consultation.

A1: Ouais faut pas que ça soit déplacé ouais.

A7 : Ça c'est l'expérience qui nous a...

A6: Oui parce que si on parle que de la vie du mec et qu'on fait pas attention à ce pourquoi il est là ça va pas non plus.

A1: Oh bah non.

A3: Non c'est sûr.

A7 : Il faut que ça prenne sa juste place dans la consultation, mais ça c'est toujours cette fameuse sagesse que nous acquérons avec les années. (*pointe d'ironie*)

A1: Voilà.

**M : Est-ce qu'il y a des conseils et dans ce cas quels sont-ils, quels conseils vous pouvez apporter à votre patient, des conseils qui du coup pourront renforcer leur estime qu'ils auront d'eux même ?**

A6: Ne pas trop se laisser influencer par les autres. Penser en fonction d'eux même, c'est leur choix à eux, choix de vie.

A1: Et que peut-être leur changement va faire plaisir à l'environnement. J'pense à celui qui fume et la fille fume pas, peut être que voilà. Donc dire qu'il va y avoir un plaisir qui va arriver.

**M : Changer de comportement pour faire plaisir aussi aux autres.**

A1: Voilà, aussi aux autres. Bien sûr d'abord eux.

A2: Bah qu'il pense à eux surtout moi j'trouve.

A1: Ouais mais ça peut faire boule de neige, mais moi j'dis toujours vous allez montrer un exemple, aussi peut-être que ...

A7: Ah j'sais pas moi si ...

A3: Moi j'donne pas de conseils. (*Avec un sourire*)

Rires.

A7: Tu donnes pas de conseil ?

A3: Nan.

**M : Aucun conseil ?**

A3: Non.

A1: Bah ? Bah si !

A6: Tu peux pas donner des conseils : « faites ci ou faites ça ! »

A3: C'est ça, pour moi c'est ça.

A7 : Tout médecin ...

A6: T'as raison de dire faites-vous confiance déjà et faites selon vos choix à vous !

A2: « Pensez à vous », c'est pas donner un conseil ça.

A7 : Un médecin donne des conseils tout le temps

A6: Tu conseilles toujours les gens avec tes feuilles là, tu fais des propositions !

A7 : Tu conseilles bien, sur la diversification

A3: Si tu leur dis faut pas manger ça

A2: *en riant* « Je vous conseille de ne pas manger ça. »

A3: Et faites ci et faites ça

A9: Mais surtout qu'ils courent pas tout en même temps, c'est-à-dire que quand on part dans un changement de comportement y'a toujours plusieurs aspects et voir avec eux lequel aspect ils veulent travailler en premier là où ils sont plus forts ou plus aptes à faire. Et dire bah voilà faites juste ça pour ce temps-là et la prochaine fois on en discutera et faire des étapes heu, faciles et abordables et les ...

A6: C'est la TCC ça.

A9: J'en sais rien, je mets pas de nom là-dessus.

A6: Si si ça rejoint la TCC.

A9: Et dire voilà quel aspect on peut, on peut travailler tel et tel, quel aspect vous semble le plus facile pour vous, lequel vous êtes le plus prêt à faire. Et des fois on se plante, moi

j'étais persuadée qu'il allait choisir ci ou ça et après c'était pas du tout

A3: Tu déguises, ça vient d'eux et puis heu ...

A9: Voilà mais ça vient d'eux.

A3: L'idée c'est ça c'est que en fait ... tu fasses émerger

**M : Conseiller des choses qui sont faisables.**

A9: Ouais faisables pour lui en fait

A1: Voilà vraiment

A9: C'est, c'est l'exemple c'est la contraception. C'est un parallèle, mais, de dire toute contraception est bonne mais la meilleure c'est celle que la femme choisit même si c'est pas celle que le médecin pensait la mieux. Ça rejoint un peu, moi dans ma tête.

A3: Ah mais c'est une bonne idée que vous avez.

A9: Voilà.

**M : Quelles orientations vers des prises en charge spécifiques hors médecine générale vous proposez à vos patients pour renforcer leur estime de soi ?**

A9: Attends, recommence la question. *Rires.*

**M : Quelle prise en charge, quelle orientation en fait vers d'autres prises en charge ...**

A1: Que nous ? Hors nous médecins généralistes ?

**M : Que vous.**

A4: De réaliser des choses, de réaliser des choses heu, s'inscrire dans une ... le gars qui fait pas du tout de sport, d'aller marcher.

A3: Tu donnes un conseil là, nan ?

A4: Non. Non, c'est des préconisations, c'est heu ...

A7: T'es anti-conseil A3.

A6: Nan mais c'est prise en charge spécifique dont elle te parle. Bah c'est psychologique moi souvent.

A1: Ça dépend, si c'est du stress, ça va être d'aller faire des choses qui les relaxent et les questionner un peu sur comment on peut se relaxer.

A3: C'est un conseil

A7: Faire du sport, faire des maquettes, badminton,

A1: faire de la gym

A7: Nan mais ouais.

A4: Trouver un truc qui leur plait.

A6: Moi j' pense c'était pas leur question.

A1: T'aimerais qu'on te parle de sophrologie, de psychologie ?

**M : Nan moi j'aimerais que vous parliez de ce que vous voulez !**

A9: Sophrologie, art thérapie, musicothérapie fin tout ce qui peut le, l'accrocher, qui peut l'aider et le, le valoriser. Après ça dépend du patient hein, on peut pas leur assigner tous la même chose hein, des prises en charge spécifiques.

A4: A3 tu veux pas donner de conseil. Mais tu peux les orienter, leur dire c'est comme dans le cas d'un diabétique pour un gars qui est en surpoids, tu lui conseilles, tu lui préconises de faire une activité. Le problème c'est que le gars quand tu lui dis bah « allez faire du vélo » il te dit « bah j'ai pas de vélo », « bah allez faire de la marche » « bah j'veux pas marcher. »

A9: Mais tu peux l'orienter vers un coach sportif, fin je sais plus comment il appelle ça, prof de sport adapté ou quelque chose comme ça.

*Brouhaha. Plusieurs discussions s'entrecroisent.*

A9: Dans les centres de santé, moi de mémoire j'en avais dans les centres de santé, et puis t'en as qui sont en libéral. J'sais plus comment on appelle ça.

A2 : Les APA – activités physiques adaptés.

A9: Ils sont pas nombreux

A2: mais le problème c'est qu'ils sont dans des structures mais y'a pas de prise en charge ; c'est très difficile pour les APA.

A6: Et les APA dans le monde, dans ce monde là, on les appelle des sous-kinés.

A9: Des sous-kinés? Ha ouais.

A6: Oui, ils sont mal reconnus.

**M : Donc c'est pas pris en charge financièrement ?**

A6 : Non.

**M : C'était un peu une de mes questions du coup, quelles étaient les difficultés ensuite par rapport à ces prises en charge.**

A9: La motivation et le côté financier. Souvent c'est les deux ...

A2: Les APA tu vois par exemple, ils sont formés pour

l'encadrement de patients diabétiques des choses comme ça pour la reprise d'activité physique y'a aucune heu, alors sauf si y'en a qui sont parfois dans certains réseaux

A6: ... associatifs.

A2: Mais sinon après, voilà, c'est, ...

A6: ils sont très mal payés

A2: c'est y'a aucun financement là-dessus. Donc ils ont monté cette profession là mais ...

A1: Ça peut être tout simplement les gens souffrent de solitude et en plus qui veulent maigrir, bah, leur proposer de s'inscrire à un club quoi. Au moins ils vont voir du monde.

A7: Moi je le propose souvent.

**M : Vous avez quoi comme difficultés par rapport à ça ?**

**Quoi comme obstacle ?**

A4: Ça peut être financier.

A6: Puis parfois les gens ils ont pas envie de se côtoyer à d'autres.

A7: C'est ça, c'est exactement ça, j'suis d'accord avec toi.

*Tout le monde parle en même temps.*

A3 : Du temps aussi.

A1 : Ils osent pas faire le premier pas. Ils ont peur du nouveau parfois, de l'autre...

A7 : Ils sont repliés sur eux-mêmes. Ils ont pas envie d'aller vers les autres, c'est souvent ça.

A1 : ... du regard de l'autre.

*Tout le monde parle encore en même temps.*

A7: La gymnastique volontaire, je leur propose moi très souvent, mais ils veulent pas.

A6: ... la gymnastique volontaire. A nous de les motiver.

A7: Quand ils vont bien, ils veulent mais quand ils vont pas bien ils veulent pas. Parce que t'es dans une salle avec plusieurs.

A2: T'es confronté à l'image des autres.

A6: Ouais, bah voilà, l'estime de soi.

A2: Eh oui.

A6: T'es en collant machin, et euh... ils ont pas envie.

**M : Du coup, il me reste encore quelques questions de conclusion un petit peu.**

*Rires.*

**M : Suite à tout ça quelles difficultés vous voyez à l'intégration de l'estime de soi dans cette prise en charge qu'on discute depuis tout à l'heure ?**

A1: Le temps, ça prend du temps.

A2: Pendant les consult ouais ça prend du temps.

A3: C'est ce que je disais, ça rajoute un truc en plus Le temps, oui. Ça reste un problème de temps.

A9: Nan et puis faut, quand même avoir sacrément de confiance avec le patient pour essayer aussi d'aborder ça parce que c'est une question vraiment intime je trouve.

A7: Ouais, c'est intrusif.

A9: Et le patient peut ne pas du tout être prêt à en parler sur la 1<sup>ère</sup>, la 5<sup>ème</sup>, la 15<sup>ème</sup> consult et parfois c'est pas évident... C'est dur d'avouer qu'on va pas bien, j' pense aussi pour le patient.

*Silence. Quelques uns chuchotent des réflexions qu'ils se font à eux-mêmes, sans reprendre la parole.*

**M : D'autres choses du coup ? Vous voyez ... ? Qui seraient négatives finalement par rapport à des difficultés ...**

A4: Les difficultés elles viennent j' pense en partie de nous, hein, en partie de l'intervenant, du médecin, difficultés parce qu'on n'a pas forcément le temps et parce que ...

A7: Moi j' pense que y'a beaucoup de patients qui seraient prêts à aborder ça...

A4: Oui oui y'a sûrement des patients qui seraient prêts à aborder ça, mais nous est-ce qu'on est prêt à prendre le temps de le faire ? en tout cas pour heu ..

A8: On n'est pas vraiment formé à ça.

A4: Et en plus on n'est pas formé à ça.

A9: Ouais et la sensibilité du médecin.

A7: On n'est pas formé à ça mais j' pense que si on avait réellement mais heu ... mais peut-être qu'on le fait implicitement.

A6: Ba on n'est pas formé si, regardez heu...

A8: Dans les études en tout cas pas vraiment, nan.

A2: Mais t'as des consultations où tu vas prendre plus de temps.

A6: Bien sûr !

A7: Moi j' pense qu'on le fait quand même après heu ...

A9: Ouais on l'étiquette pas.

A7: On l'étiquette pas et on le quantifie pas.

A6: Voilà. On n'étiquette pas : « allez on va faire la consultation estime de soi ». Nan.

A7: Mais y'a 20 ans, on mettait pas une note à la douleur, et les premiers temps où on a commencé à faire ces échelles de douleur au départ les médecins ils étaient surpris de cette idée de quantifier la douleur. Les gens on leur disait « vous avez mal ou vous avez pas mal ». Ba peut être qu'un jour on va quantifier l'estime de soi et on sera pas plus surpris que ça de ...

A3: Maintenant il faut plus quantifier la douleur.

A6: Il faut plus quantifier la douleur ?

A7: Ah bon pourquoi ?

A3: Parce que, ça n'a pas de sens.

A4: Moi je la quantifie jamais avec les échelles.

A6: Ca a un sens par rapport à ...

**M : Pour finir sur mes questions, c'est vraiment bientôt fini.**

Rires

**M : Quels sont les atouts pour vous du médecin généraliste dans, dans un travail autour de l'estime de soi ?**

A2: La connaissance du patient

A6: Voilà, oui

A4: Et l'expérience des consultations, de X consultations.

A1: Ouais.

A3: Moi j'suis pessimiste parce qu'en fait y'a de l'expérience mais elle est pas formalisée et elle est pas évaluée ... et j'pense que ce serait encore plus performant si bah effectivement on prenait un cas clinique comme ça ...

A9: SFMG ! On arrive ! Toutoudoutou !

A2: Tu veux absolument faire rentrer les choses dans les cases et ça rentre pas toujours dans les cases !

A6: Ca ça rentre pas dans des cases.

A3: Nan c'est pas rentrer dans les cases, c'est se poser la question sur ce qu'on a fait et l'améliorer, c'est tout.

A4: Oui bah c'est rentrer dans les cases. Parce que comment tu évalues que ce que tu as fait était bien ?

A3: Comment on fait depuis 10 ans ? Au début tu donnais des antibiotiques dans le mélanome, maintenant t'en donnes plus.

A9: Quoi tu faisais ça ? Tu faisais ça ?

A7: Mais tais-toi toi t'es toute jeune, t'es bébé toi, t'as pas connu cette époque où on donnait des antibiotiques à toutes les rhino !

Rires. *Plusieurs anecdotes, sur les antiinflammatoires, etc*

...

**M : Et pour finir en quoi cette mission serait-elle la sienne ou pas ? au médecin généraliste ? celle d'évaluer et de renforcer l'estime de soi.**

A4: Moi je suis pas sûr que ça soit que la sienne. C'est pas qu'au médecin de forcément heu ... Le médecin peut y participer à renforcer l'estime de soi mais est-ce que c'est pas non plus à la famille heu ...

A2: Ça fait partie...

A7: A quoi sert un médecin généraliste ? C'est quoi notre rôle ?

**M : C'est pour ouvrir, c'est la dernière question.**

A6: C'est assurer la santé physique et mentale.

A7: C'est soigner, être curatif et préventif. Moi j'pense que si on améliore l'estime de soi de nos patients on agit à la fois sur le plan préventif et curatif donc oui bien sûr. Maintenant heu ...

A1: ...on nous demande beaucoup de choses quoi !

A4: C'est la nôtre mais c'est pas qu'à nous, que la nôtre quoi.

A6: Et puis après on peut aussi dépister et puis l'envoyer chez des thérapeutes.

**M : Oui comme on disait tout à l'heure, du coup on peut orienter.**

A4: Mais est-ce que les thérapeutes ils font évaluer l'estime de soi ?

A6: Bah si on leur dit ...

A7: Pas toujours hein.

A6: Y'a ceux qui parlent pas.

A3: Je dirais, le médecin généraliste il connaît la globalité du patient, il le coupe pas en morceaux, soit sur le plan social ...

A7: Mais nous on les coupe de moins en moins en morceaux

A3: Nous on les coupe pas.

A4: Mais est-ce que le thérapeute il le coupe pas ?

A6: Oh bah un psychologue il va pas couper !

A3: Même le psychiatre. Combien de psychiatres prennent la tension ?

A2: Ba aucun, y'a pas d'appareil à tension dans les cabinets.

A6: Ba ça ils sont pas là pour prendre la tension les psychiatres.

A3: Ils sont pas là pour prendre la tension mais ils donnent des traitements qui peuvent être hypotenseur donc de temps en temps ...

A1: Ils savent même pas que le Seropram faut plus le prescrire parce que ... Ça c'est vrai.

A3: Un médecin généraliste dans la globalité ils connaissent leur patient dans la globalité

A7: On a le meilleur métier nous ! Haha ! Qu'est-ce que vous voulez !

Rires

**M : On finit là dessus ?**

Rires

A3: Yes !

**M : Bon, ben merci beaucoup**

FOCUS GROUP 2  
09/09/2016  
VERBATIM

**M :** Du coup déjà merci d'avoir accepté de participer à notre thèse à travers ce focus group. Il va y avoir plusieurs temps dans le focus group. Je vais d'abord commencer par vous expliquer un petit peu ben comment ça fonctionne et puis on va commencer en fait par se présenter déjà. Et peut-être faire un tour des prénoms et la première question c'est savoir est ce que vous êtes d'accord pour qu'on se tutoie tous ?

*Tout le monde acquiesce de la tête.*

**M :** OK.

B1 : Ah la bouille de B6 quoi !

B6 : Si ! si !

*Rires*

**M :** Non parce que sinon ça va faire des gens que je tutoie et des autres que je vouvoie ça ne va pas être très pratique. Je me présente ? Alors, Maud LE GUILLOUZIC, moi je suis interne en dernier semestre, il me reste deux mois là.

B4 : Où tu es ?

**O :** A Domène, A Revel, à Gières et au Versoud. J'ai aussi attaqué un poste en addictologie au pélican tarentaise depuis Aout. J'y travaille un jour par semaine. J'ai pour objectif d'y travailler deux jours par semaine. J'ai fait aussi un DU d'addictologie. Heu... que dire sur moi de plus ? J'ai fait le stage de médecine de précarité ici à Chambéry comme Olivier et c'est un peu par ce biais là qu'on s'est rencontré et aussi via le GAC. Un stage du coup à la PASS, au Pélican ici et à la prison d'Aiton. C'est aussi comme ça qu'on avait rencontré du coup Brieuc Galès qui dirige notre travail.

B2 : Et qui me fait passer...enfin...heu...du coup j'ai covoituré avec lui aujourd'hui. Qui me dit qu'il est un tout petit peu inquiet par ce qu'il a pas du tout de vos nouvelles...

**O :** Il va en avoir...

B2 : Alors c'est parce qu'il ne lit pas ses mails...

**M :** C'est dans la liste...Voilà alors du coup : Olivier BEAUD, enfin on s'est un peu présenté. Moi je suis remplaçant maintenant. J'ai fini au 1<sup>er</sup> mai mon internat, enfin, mes stages. Et je vais commencer à bosser à partir de...enfin je suis déjà salarié depuis lundi là dans un centre de santé qui ouvre à Echirolles au quartier village 2 qui est au Sud à la limite avec Pont de Claix. Et on va essayer de mettre en place une approche communautaire donc d'impliquer les habitants du quartier dans la vie du centre et dans leur santé...Voilà. Ce qui peut avoir un petit lien en fait avec la discussion de ce soir.

B4 : Le sujet de votre thèse c'est quoi ?

**M :** Le sujet de notre thèse, alors on en viendra juste un petit peu après mais le sujet de notre thèse, en gros, c'est : comment intégrer l'estime de soi dans la pratique de médecine générale avec le prisme du changement de comportement en fait de l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé. Voilà. On refera juste un tout petit topo de pourquoi ce sujet-là juste après le premier tour de table. Donc voilà, est-ce que pour introduire... ? Oui si ! Et les règles de fonctionnement, pardon, avant que vous puissiez vous présenter...En Focus Group, l'idée c'est pas de faire un consensus entre les personnes d'accord ? L'idée justement c'est qu'il y ait du débat mais tout en respectant, enfin que chacun respecte la parole des autres quoi. Donc moi je vais être là pour modérer, pour animer les discussions. Maud, elle sera observatrice c'est à dire qu'elle prendra des notes et qu'elle fera une petite restitution à la fin. Mais, voilà, chacun doit essayer de garder à l'esprit qu'il faut s'écouter et ça permettra aussi tout concrètement qu'on puisse aussi réécouter l'enregistrement. Voilà... Du coup, on va commencer par vous demander de vous présenter vous, votre patientèle et puis savoir en fait si vous vous êtes formés à la psychologie dans le cadre de votre profession. Si oui comment ?

B6 : B6, je suis médecin installé à X, milieu rural, semi-rural,

depuis maintenant un peu plus d'un an. Donc ma patientèle est principalement rurale et puis un petit des néo-ruraux qui viennent s'installer parce que c'est à 20min de X donc heu...C'est un peu varié donc c'est bien. Et au niveau de ma formation en psychologie, elle est nulle ...

B4 : Pas temps que ça...

B6 : (il regarde B4, sourit) : J'ai été un petit peu formé par mon maître de SASPAS...

B2 : ha ! ha ! ha... ! (Rires)

B6 : Mais je ne m'en souviens plus, c'est vite oublié.

**M :** J'ai posé effectivement la question à travers votre histoire professionnelle mais sinon ça peut être aussi à travers des expériences personnelles.

B6 : Heu...ouais non...j'ai pas de ...d'histoire. Bon je ne me sens en tout cas pas forcément très calé là-dessus.

B5 : B5, je suis installé à X. depuis 4ans. J'ai un parcours un peu complexe, vu mon âge. Je me suis installé assez tard. Ma patientèle c'est une patientèle urbaine.. X, c'est la banlieue de X avec beaucoup de zones industrielles, entreprises, camionnages etc...donc vraiment on voit vraiment de tout... des cadres, des camionneurs... un petit peu rural aussi parce que il y'a quand même un bon tiers du territoire qui est agricole. Voilà. Si je suis formé à la psychologie ? Alors, je vais dire oui ! Par plein de canaux...Dans mes études, en 3<sup>ème</sup> année, il y avait... heu j'ai fait mes études bien avant votre naissance...(rires) on avait eu, au cours d'un trimestre, on avait eu des cours de psychologie en particulier tournant autour des groupes Balint.

**M :** OK

B5 : Avec...heu...j'ai un peu oublié. Ensuite, dans mon expérience de cadre de l'industrie pharmaceutique, on avait beaucoup de formations qui tournaient autour de la communication...donc des aspects psychologiques, analyse transactionnelle...comment ?...les systèmes de communications Van Every Taylor enfin bref tout ces outils de communication et d'interrogation...et puis j'ai la chance d'avoir une femme médecin qui a fait un DU de psychothérapie et donc on parle beaucoup de psychologie, psychothérapie et donc j'apprends beaucoup. Elle a lu pas mal de truc... J'apprends pas mal de choses... Elle s'intéresse beaucoup à la théorie de l'attachement du nourrisson... etc... donc voilà. C'est multiforme.

**M :** Très bien. Ça marche.

B4 : B4, installé à X, zone plutôt rurale, et pas centre-ville, pas la grosse ville...c'est plutôt esprit petit village avec un peu de tout, un peu résidentiel, un peu des cadres, un peu qui bossent dans des grandes boîtes, un peu des ouvriers...Pour ça c'est diversifié. Est-ce que je suis formé à la psychologie ? Je sais pas ce que c'est que la psychologie...J'ai...

B5 : Il faudrait peut-être le définir en fait.

B4 : Est-ce que j'ai été formé à l'écoute, à la discussion, au dialogue ? Un petit peu par le biais de formation MG sur la moitié l'entretien motivationnel et puis autre chose... Donc oui ça ça m'intéresse beaucoup, je trouve ça super important la communication avec les patients. Voilà, j'ai pas fait de DU de psychologie, de psychiatrie ou je sais pas quoi d'autre. Voilà.

B3 : B3, je suis installée à X, donc juste au-dessus de X. C'est un peu comme tout le monde. Une patientèle très...j'allais dire mixte mais c'est pas mixte c'est...pas du tout mixte ! Mais ethniquement et socialement ! C'est du rural, des agriculteurs, et aussi des néo-ruraux, des cadres... Plutôt des revenus un peu élevés. Je fais pas mal de gynéco et de pédiatrie et au niveau de la formation c'est dans le cadre de formations continues. C'est, voilà, des séminaires sur les entretiens motivationnels...on s'est formé après la mise en pratique est pas forcément super facile...mais c'est un sujet intéressant.

**M :** OK. Très bien.

B2 : B2, je suis installé depuis un peu plus d'un an à X, ça rejoint ce que disais B4 sur le type de patientèle sachant que effectivement je fais beaucoup de pédiatrie du coup mais je fais aussi pas mal de suivi de personnes âgées à domicile, de fin de vie à domicile, de jeunes qui vont bien...et c'est varié. Je me suis lancée, du coup, aussi, dans parfois des suivis psychos au cabinet sans avoir vraiment de formation mais il y avait une demande et du

coup en concertation avec le psychologue de notre maison de santé, on a déjà abordé...enfin on a pris en charge des patients conjointement. J'ai pas de formations particulières si ce n'est que quand j'étais en stage ambulatoire de premier niveau, ma maîtresse de stage, elle faisait des psychothérapies, elle faisait de la TCC et du coup ça m'avait particulièrement questionné à l'époque et c'est l'époque où moi-même j'ai commencé une psychothérapie parce que je trouvais ça vachement intéressant et du coup j'ai appris des choses mais du coup plutôt sur le versant personnel. Et puis en ce moment, je suis en train de me mettre à la méditation mindfulness (rires) Le DMG c'est stressant. Donc, voilà, je ne suis pas convaincue mais j'essaye.

**M : OK**

B1 : B1, je suis installée depuis 6 ans dans le centre de X donc c'est ...comment on dit...une patientèle urbaine. La psychologie...j'en ai fait dans mes formations MG ? C'était où ? Je me rappelle d'un truc c'était sur la systémique par exemple...l'approche systémique. J'en ai fait aussi un petit peu avec le RESAAD, c'était un réseau qui n'existe plus...sur le tabac, alcool, prise en charge, ça veut dire un peu... Prochaska enfin le cycle là...une approche un petit peu cognitivo-comportementale...Voilà, j'ai des notions que j'utilise pas mal là pour le coup et donc ça m'aide aussi parce que enfin certains petits trucs comme ça que je sais parce les gens demandent aussi des fois des suivis parce que voilà un peu par comment dire...voilà, ils s'attachent à nous, ils veulent qu'on les suive, ils vont pas voir les psychiatres, ils veulent qu'on essaye voilà un peu comme ça du suivi comme tout le monde je pense. Sinon j'ai pas d'autres formations particulières...

**M : OK. Bien. Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose ?**

*Personne ne prend la parole.*

**M : Ça marche. Parfait !**

**Ensuite, du coup, pour... l'idée du premier temps c'est ça, c'est de dégrossir un petit peu le sujet pour se mettre en jambe pour la suite (rires). La question suivante qu'on voulait vous poser c'est : lorsque vous entendez « estime de soi », qu'est-ce que ça vous évoque du coup ? Voilà, qu'est-ce que ça vous passe par la tête ?**

B2 : C'est important.

B3 : C'est souvent dans le sens de la baisse de l'estime de soi qu'on en parle du coup, qu'on le ressent. C'est très peu dans trop d'estime de soi quoi ! Ça pose moins de problèmes trop d'estime de soi, en tout cas ça amène moins de consultations le trop d'estime de soi que le pas assez.

B1 : En fait ils sont chiantes...

B4 : Je le ressens comme une chose, une émotion, un sentiment...enfin bref quelque-chose de positif et nécessaire pour faire les choses. Si on a pas une estime de soi « oh je suis nul » « je suis pas bon » machin tout ça on va pas être bon ou performant, on ne va pas se lancer dans une aventure alors que si on a une bonne estime de soi « bah si, je vais y arriver » « bien sûr, je vais y arriver, pas de problème » « parce que je suis fort, je vais y arriver » donc c'est quelque-chose de positif et de nécessaire.

**M : OK**

B4 : Qui permet de faire ce qu'il y a à faire.

**M : Comme un peu un prérequis pour se lancer dans autre chose...**

B4 : Oui ! Quelqu'un qui veut arrêter de fumer « mais non, je n'y arriverais jamais...je veux dire j'ai arrêté 3 fois » « mais c'est pas un problème, on peut y arriver, vous pouvez y arriver » « ah bon je peux y arriver ? » Donc il faut avoir un peu d'estime de soi pour se remettre en mouvement.

**M : OK**

B1 : Moi, j'ai une vision un petit peu bizarre parce que j'avais fait une thèse sur des fiches d'informations avec un questionnaire. On avait...les médecins généralistes donnaient des fiches d'information à des patients sur des thèmes très banaux comme l'angine ou aussi sur l'hypertension voilà...et à la fin on nous a fait un petit peu travaillé aussi sur l'estime de soi parce qu'on avait aussi un questionnaire sur ce que les gens avaient retenus de leur fiche d'information, s'ils avaient compris certaines choses très médicales. Et il y avait un questionnaire pour comparer ceux qui avaient justement les meilleures réponses avec

ceux qui avaient une bonne estime ou pas d'eux. Voilà. On avait un truc, je ne sais plus quel était le questionnaire...sur l'estime d'eux.

B4 : Et il y'avait une corrélation entre ceux qui retenaient bien et ceux qui avaient une estime de soi... ?

B1 : Je crois pas, non. Le résultat était...mais je sais plus, il faudrait que je regarde. Ça m'avait pas marqué et puis les gens, certains, ils refusaient de participer quand ils voyaient les questions du deuxième questionnaire parce que ça leur paraissait trop intime alors ça ça nous avait bien embêté. Mais c'était intéressant, un peu difficile du coup pour nous à intégrer dans ce genre de fiche...parce que c'était sur des trucs très banaux, angines, tout ça...c'était sur du diabète chez des jeunes qui veulent pas...mais bon...

**M : OK**

B5 : L'estime de soi, moi, je le vois comme...alors ça se définit comme un sentiment, comme une vision de soi-même finalement et un peu un effet de miroir sur soi-même. Et c'est d'abord un élément positif. Et alors moi je le vois aussi d'un autre œil, parce que je suis golfeur et j'ai fait une formation il y a quelques temps sur le mental positif parce que dans ce sport idiot c'est 99% de mental. Et le reste c'est de la technique. Et tout ceux qui ont un mental positif en fait, c'est ceux qui ont une bonne estime de soi, une confiance dans le geste technique. Et donc c'est en fait un élément positif et à la fois de mémorisation parce que l'estime de soi c'est pas seulement au moment de mais c'est après une action donnée arriver à avoir un jugement positif sur ce qui s'est passé, garder un jugement positif pour mieux mémoriser parce que la mémorisation de quelque-chose de positif est plus longue que la mémorisation de quelque-chose de négatif.

**M : OK. C'est intéressant**

B1 : On apprend des trucs !

**M : Du coup il y a plusieurs aspects, il y a la fois ce côté prérequis un peu base et puis...**

B5 : C'est un moteur l'estime de soi, c'est pas un état, c'est un jugement de chacun des instants de sa vie si on veut être tout le temps à se regarder.

**M : OK**

B6 : Je suis d'accord avec la vision du miroir. Je trouve que ça varie énormément, quoi. Par rapport à plein de choses : vie personnelle et puis la professionnelle...C'est vrai que c'est important d'avoir une bonne estime de soi pour être positif dans le soin. C'est dur de...enfin je ne vois pas quelqu'un aider les gens en tout cas efficacement tout en ayant une mésestime de soi très importante parce que...

**M : D'accord. Du coup, en tant que soignant là.**

B6 : Oui.

B5 : Si tu le prends en tant que soignant ou en tant que professionnel quel qu'il soit, il faut quand même garder à l'esprit que le burn-out...L'élément essentiel clef du démarrage du burn-out c'est la perte de l'estime de soi, qui conduit à courir après la réalisation de plus en plus d'actions pour rechercher cette récompense et comme on a plus l'estime de soi on attend la récompense de l'autre et dès qu'elle est refusée paf...

**M : OK. On a fait un peu le tour. Il y a plusieurs notions qui ont été évoquées après y'a d'autres notions, notamment celles que tu abordais B1, on reviendra dessus un peu après. Si on vous dit « changement de comportement », pareil, qu'est-ce que vous entendez ? Qu'est-ce que ça vous évoque ?**

B3 : C'est difficile.

B4 : C'est très difficile...

**M : C'est difficile...**

B3 : C'est difficile à faire, c'est difficile à induire...

B6 : C'est long.

B1 : C'est une motivation, motivation avant le changement...

**M : Ouais**

B4 : C'est lourd. C'est une mise en danger ou en insécurité parce qu'en fait un comportement c'est un peu comme une routine, c'est ce qu'on établit pour pouvoir faire que les choses se fassent le plus facilement possible, automatiquement, naturellement, sans avoir à réfléchir etc.. et on dit « eh bah non maintenant il faut que tu changes ! » Merde, j'étais bien dans mon monde mais là maintenant il faut que je change et du coup il faut que je découvre

quelque-chose de nouveau et le nouveau c'est l'inconnu, c'est stressant, ça va pas être sympathique spontanément. Donc le changement de comportement c'est un stress, pour moi c'est stress

B3 : Même si c'est présenté positivement, pour obtenir à la fin quelque-chose de positif. C'est toujours appréhender négativement.

B4 : « Bon ok j'y vais, j'ai compris pourquoi il fallait que je change mon comportement, bon pffff allez je me jette à l'eau c'est parti » Bah, voilà, c'est un effort.

**M : Uum...cette incertitude...**

B5 : C'est le mot « comportement » qui me gêne un peu parce que « comportement » c'est un mot un peu générique. Il faut le définir de façon plus précise pour...je suis d'accord qu'on l'utilise là comme mot générique pour le focus group...mais quand on a...

**M : En tout cas pour cette question.**

B5 : Quand on a un patient a qui on veut faire changer quelque-chose, alcool, tabac...il faut le définir précisément.

**M : Le comportement ?**

B5 : Oui. Pour lui donner des cibles précises.

B2 : Pour construire des cibles ensemble.

B5 : Je suis d'accord avec toi que la notion de risque et de mise en danger est importante. Moi, pour les tabagiques, par exemple, j'essaie toujours de les emmener à trouver quelque-chose de positif quand ils ont arrêté en leur faisant comprendre que ce positif ils le gardent et s'ils rallument une clope ils le perdent et non pas peut-être que si je rallume une cigarette j'aurais peut-être une maladie dans quelques temps...non, ça, c'est complètement peut-être...c'est j'ai quelque-chose, je ne sens plus le tabac, je n'ai plus l'haleine de coyote...c'est à eux de trouver, c'est pas moi qui leur donne. Et je leur dis une fois que vous l'avez, si vous allumez une cigarette vous le perdez.

B4 : Ouais, là, concret, tout de suite.

B5 : Vous avez 45 secondes pour résister. Donc à partir de là, quand vous y tenez...le plus dur c'est de trouver le positif...ça c'est leur truc.

B4 : Ouais...c'est leur truc.

**M : Donc...**

B2 : T'as des clopes ? (*d'un ton humoristique*)

*Rires*

B4 : Tu m'en passes une ?

B6 : J'ai juste un briquet...c'est vrai en plus.

*Rires*

**M : Ça marche. Donc, quelque-chose qui est difficile, une mise en danger mais un comportement qu'il faut préciser pour pouvoir accompagner quoi. Ok. Donc, effectivement ça fait un peu le lien. Nous, dans notre thèse, on a choisi de se concentrer sur le changement de comportement lié à la santé, hein d'accord, pas un changement de comportement...et d'essayer d'évaluer dans l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé comment le médecin généraliste pourrait essayer d'intégrer l'estime de soi du patient dans la prise en charge ? Comment est-ce qu'il pourrait essayer d'évaluer et de renforcer l'estime de soi de ses patients ? Est-ce que c'est pertinent ? Si oui comment ? Etc...Toutes ces questions-là... Après avoir chargé un peu ce qui avait pu déjà être fait là-dessus, y'avait pas grand-chose en fait qui identifiait l'estime de soi en tant que telle et c'est pourquoi on choisit de se concentrer là-dessus et c'est pour ça qu'on a choisi de se concentrer là-dessus et qu'on fonctionne avec des groupes. Des focus group. L'estime de soi, si on doit du coup un peu définir les concepts : c'est un peu tout ce que vous avez dit au fait c'est à la fois la vision de soi, la confiance en soi...ça regroupe pas mal de choses...mais voilà on a choisi d'étudier à travers ce prisme du changement de comportement pour parler plus concrètement et ne pas faire un focus group de « philosophie ». Du coup, avant d'avancer un peu plus, on voulait vous proposer que quelqu'un rapporte le cas d'un patient qui rentre dans ce cadre de l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé et qu'on puisse ensuite se servir de cette situation pour discuter.**

(Silence dans la salle)

**M : L'idée c'est pas de faire une présentation très précise etc...simplement est-ce que ça vous évoque le cas d'un patient que vous avez vu récemment...**

B2 : Si vous séchez tous...J'ai vu une dame en consultation la semaine dernière qui a pris rendez-vous en urgence...la secrétaire m'a appelé à 11h45 en me disant : vous êtes encore au cabinet ? Vous pouvez voir cette dame ? Parce qu'elle pleure, elle pleure, elle pleure...elle ne s'arrête pas...ah non là je pars en visite...du coup je l'ai vu sur mes petits créneaux d'urgence, mes petits créneaux de 10minutes en me disant oulala ça va être compliqué et donc effectivement cette dame était en plein drame personnel puisqu'elle avait découvert que son mari, avec lequel elle est marié depuis une dizaine d'années, ils ont 2 enfants, l'avait de nouveau presque trompé. Il était allé voir une jeune femme. Ils avaient discuté, a priori uniquement discuté mais on sentait vraiment que l'estime d'elle-même, de sa représentation de son corps en avait pris un sacré coup parce que du coup il y avait déjà eu histoire de tromperie, ils avaient reconstruit leur couple tant bien que mal, il lui avait fait des promesses, voilà et puis voilà, une dame d'une quarantaine d'années qui se met dans la peau de la personne qui se pense pas assez bien parce que son mari va voir ailleurs : plus jeune, mignonne...Et à part ça, une dame qui je pense a de la ressource, forte, mais qui était en pleine chute profonde d'estime d'elle-même et puis panique en disant qu'est-ce que je vais faire ? On a 2 enfants...faut que je le quitte, faut pas que je le quitte ? Et voilà...Et du coup, j'ai essayé de véhiculer des messages simples et positifs en disant ben...aucun doute que vous allez très rapidement reprendre le dessus...pendant les jours à venir vous allez traverser une période juste horrible et catastrophique, je vais essayer de vous aider du mieux que je peux avec des médicaments pour que vous puissiez dormir pour y voir clair...Et voilà j'ai juste donné quelques messages un peu positifs comme ça en disant que elle allait prendre les bonnes décisions et que j'étais disponible si elle voulait rediscuter et je lui ai donné le nom du psychologue et voilà...

**M : Ok**

B2 : Je ne sais pas si ça rentre dans les cases...

**M : En fait l'idée...c'était plutôt...**

B2 : de traiter du changement de comportement...

**M : Ouais...Alors c'était...**

B1 : Dans l'arrêt de quelque-chose ou...

**M : Ouais en fait si on reprend un peu...enfin, ce qui est identifié par exemple comme les 4...après c'est intéressant c'est vrai de discuter enfin voilà...évaluer l'estime de soi et essayer de la renforcer etc...c'est aussi le propos...l'idée c'est plus de se concentrer sur un changement de comportement lié à la santé. Les 4 comportements les plus fréquents, par exemple ce qui est rapporté dans toute les études, les diagnostics de l'OMS etc...c'est du coup le tabagisme, la sédentarité, les excès alimentaires et ...**

B5 : Et l'alcool.

**M : Merci. Du coup, c'est...en fait on va essayer plutôt de se baser sur quelque-chose, soit qui rentre dans ce cadre de ces 4 comportements les plus fréquents ou un autre mais qui serait plutôt vraiment une problématique de santé et à travers cette situation là voir comment est-ce que justement on va aller chercher cette information d'estime de soi et comment on va la renforcer, qu'est ce qu'on met en place etc ?**

B5 : Moi j'ai le cas d'un patient qui est alcoolique, qui a une grosse consommation d'alcool, qui a fait au moins une cure de désintoxication, il a été suivi par la consultation d'alcoologie ici. Je crois qu'il avait fait une cure et en fait il a rechuté donc je lui proposais de remettre en route un traitement par le Nalméfène parce que le Baclofène je connais pas assez. Qui comporte un suivi très précis et en même temps une notation des consommations. L'intérêt de noter des consommations c'est que ça te permet de montrer qu'il a bien réduit parce que le but c'est pas d'arriver à 0 avec le Nalméfène, il a bien réduit sa consommation et donc positiver les effets de sa réduction. Je dois dire que malheureusement, j'ai toujours positiver ses consommations même quand il y avait une chute je trouvais

toujours le moyen de montrer qu'il y avait quand même une phase positive à un moment ou un autre alors...évidemment là je suis obligé de me baser sur la confiance c'est à dire ce qu'il note est juste

**M : Bien sûr.**

B5 : Plusieurs fois je suis revenu dessus mais ça... Malheureusement, il est affublé d'une bonne femme...d'accord...désolé...qui est toujours dans l'aspect négatif vis à vis de sa consommation c'est à dire chaque fois qu'il boit, qu'il boit 2 bières, 3 bières, elle va le critiquer lui dire tu as encore bu, t'es encore machin etc...tu t'es encore laissé aller...le discours doit être du genre...t'as pas tenu, t'as pas de courage, t'as pas de force, t'as pas de caractère...donc à chaque fois, je le récupère en consultation et là par exemple il y a du avoir une grosse fête chez lui il m'a dit j'arrête, je laisse tomber et je vais aller en cure de désintoxication.

**M : OK**

B5 : Alors moi j'ai quand même une question. Je ne sais juger de l'estime de soi. Je peux la sentir, je ne sais pas la mesurer. Je peux dire ce mec là il n'a pas d'estime de lui, chaque fois qu'il boit un verre de trop eh ben il dit « je suis pas capable de » « je suis incompétent » etc...mais j'ai pas d'outils pour la mesurer.

**M : D'accord. Donc c'est plus le feeling.**

B5 : Donc résultats on sent le gars qu'a pas...mais est-ce que c'est beaucoup, un peu, pas beaucoup...

**M : D'accord.**

B5 : J'ai pas d'outils.

**M : Du coup c'est pas forcément une démarche active ou est-ce que vous essayez d'évaluer l'estime de soi quand même ou est-ce que c'est plutôt...**

B5 : C'est au cours de l'entretien.

B4 : Eh bah on a pas de marqueurs. On n'a pas de marqueur de l'estime de soi...

B5 : Moi j'utilise des échelles mais pour l'estime de soi j'ai pas d'échelles...

B4 : Ouais c'est ça

**M : OK**

B4 : On ressent. Donc éventuellement on demande « Vous pensez que c'est faisable ? » Ça peut-être moi une question toute bête mais si il dit « oh non non ça je ne pourrai jamais » « bah oui oui ça me paraît faisable ». Voilà, il se sent capable de. L'estime de soi est ce que c'est se sentir capable de ? bah ouais c'est un peu de ça finalement. C'est peut-être pas que ça mais y'a peut-être ça donc...mais je veux dire on a pas plus de marqueurs que ça.

**M : C'est l'intuition**

B5 : J'ai un autre patient chez qui ça a bien marché. C'est vrai que quand il était dans une phase c'est vrai de très faible consommation il arrivait il disait eh bah je suis content de moi, je suis content, j'ai réussi donc voilà il le dit...je peux dire il est satisfait puis j'ai senti petit à petit qu'il était presque fier d'avoir réussi à se passer de son truc mais me demander d'utiliser une échelle pour mesurer ça bah je serai pas capable.

B4 : Et en plus ça varie tout le temps !

B5 : Oui en plus !

B4 : bah oui ! Il peut être super motivé ouais bien sur je vais y arriver et puis finalement patatra ça marche pas et puis du coup...

B5 : ou « je suis trop nul ! »

B4 : et puis finalement ça a marché parce que ça s'est fait tout seul.

B5 : Il boit un verre de trop et y'a la famille qui le démolit et après lui il rentre dans le cycle.

B4 : C'est compliqué parce qu'en plus c'est jamais la même estime de soi d'une consultation sur l'autre...enfin ça peut.

B5 : C'est vrai.

**M : Ca fluctue ouais.**

B2 : Peut-être qu'il y a une estime de soi globale et puis selon l'humeur du jour...

B4 : Les oscillations...

B2 : Mais peut-être que ça peut s'évaluer sur des entretiens psychologiques longs avec des gens qui ont bien l'habitude. Peut-être qu'ils savent que lui il a une estime qui est plus fragile ou je sais pas. Je me dis qu'il y a peut-être des catégories.

B4 : Oui je pense que tu dois pouvoir si tu connais un petit

peu les...catégoriser, tu dois pouvoir dire lui c'est plutôt fragile, lui c'est plutôt costaud

B5 : Faudrait peut-être regarder dans les questionnaires utilisés par les RH, dans les ressources humaines. Ils utilisent beaucoup ce genre d'échelles...alors je sais pas si y'a des dimensions « estime de soi » dedans...

B4 : le questionnaire NBH ou quelque-chose comme ça ? « Si jamais j'étais un animal, une plante, une couleur ou ... »

B3 : Ah ouais les trucs chinois. Des portraits chinois ?

B5 : Ca c'est le portrait chinois ouais.

**M : Effectivement, après, c'est sûr que le management et tout ça ou les RH ont influencé la médecine.**

B5 : Les RH ont peut-être des outils pour ça. Je peux me renseigner.

B3 : Après pour moi c'est plus dans le sens ou : l'évaluer je le fais pas du tout ou peut-être intuitivement éventuellement, je suis surtout la pour renforcer celui qui est là même si il est pas très haut, lui faire grimper l'échelle. *Tout le monde acquiesce.*

B5 : Finalement est ce qu'on a besoin d'un outil ?

B4 : C'est ça ! Tu le prends là où il est et tu le fais aller devant.

B3 : Lui dire que le changement qu'il induit et bah c'est bien.

B4 : C'est dans le bon sens.

**M : Pour le valoriser.**

*Plusieurs « ouais » en même temps.*

B2 : Peut-être que c'est comme Prochaska selon la ou il en est y'a des outils à utiliser plus spécifiquement pour être plus pertinent. J'ai jamais mis en place, j'ai jamais mis en place, je pense savoir...Peut-être, peut-être...

B4 : Ouais ça marche enfin c'est pas mal.

**M : Essayer d'identifier là où il en est. Vous avez parlé un peu de l'intuition, du feeling...Juste avant de passer, on abordera le renforcement effectivement un peu plus en profondeur parce que c'est une question pertinente. Comment est-ce que vous pensez utiliser enfin quelles informations vous allez chercher, comment est-ce que vous pensez utiliser votre intuition ? Dans cette idée de savoir ou il en est, savoir s'il a confiance en lui, est-ce qu'il y a d'autres choses intuitivement que vous pensez aller chercher ?**

B4 : Pour évaluer l'estime de soi ?

**M : Pour évaluer l'estime de soi du patient que vous avez en face de vous. Quels éléments par exemple de la présentation du patient ?**

B1 : bah ouais on peut lui demander comment il se trouve en fait déjà. S'il se trouve beau, intelligent mais moi je trouve ça assez délicat en fait. Pas tourné comme ça mais comment il se voit. C'est vrai que je l'avais fait moi, je ne me rappelle plus du questionnaire que l'on a utilisé...

**M : Y'a plusieurs échelles effectivement.**

B1 : Y'a des échelles. Et c'est délicat. C'est assez personnel, peut-être à remplir tranquillement...Donner un questionnaire à remplir au patient, demander si il veut qu'on le regarde ensemble, voilà je sais pas...Dans un changement comme ça, par exemple moi je pense souvent aux jeunes qui j'en ai pas qui veulent se soigner pour un diabète et qui ont pas envie quoi parce que ça chamboule leur vie, je pense que ça doit être super important pour eux l'estime d'eux et savoir comment ils vont y arriver, comment ils vont maîtriser la chose, qu'est ce qui va changer dans leur vie et comment il vont affronter ça. Voilà, y'a des situations ou ça me paraît important. Spontanément, les gens quand ils vont pas bien ils me disent « je suis nul » par exemple. Moi y'en a plein qui me disent des trucs comme ça... « J'y arriverai pas »...Ca on peut dire que pour nous c'est un truc à noter qui peut dire qu'ils n'ont pas d'estime d'eux.

B3 : Le seul moment où je pense je pose la question du physique ou de comment les gens ils se voient, je pense que c'est quand il y a des jeunes filles qui sont amenées pour des troubles du comportement alimentaire...

B1 : Oui moi aussi c'est plus ça...

B3 : C'est le seul moment où je vais demander « comment toi tu te vois ? »

B1 : Ouais si elle se trouve trop maigre ou ...

**M : Quels questions justement vous pouvez poser dans ces moments-là ?**

B1 : ouais justement c'est ça...comment tu peux trouver les

mots ? parce qu'on a pas trop fait ça quoi, on a pas appris à poser ce genre de questions, sans émettre de jugement d'ailleurs parce que c'est pas forcément mieux d'être...enfin je...voilà en restant très psychologue.

B3 : Neutre.

B1 : Très psychologue.

**M : Oui donc y'a une posture qui compte quand même.**

B1 : bah je pense, on sait pas trop...

B5 : C'est pour ça que l'intuition c'est très difficile à comprendre. Moi, l'intuition, je l'analyse comme les capacités inconscientes de notre cerveau à intégrer un ensemble de données de façon inconsciente.

**M : OK**

B4 : c'est beau...

B5 : Et qui s'appuie sur l'expérience et la mémoire après qu'on analyse.

**M : Ouais**

B5 : C'est à dire qu'en fait la personne rentre dans le cabinet, en quelques secondes, tu as déjà intégré un million d'informations sur son comportement, sa tenue, sa façon d'être etc...Et ça c'est ce qu'on appelle l'intuition. Et en fait du moment où tu laisses ton cerveau complètement intégrer le truc sans être focaliser sur la personne tu intègres énormément d'informations et ça c'est l'intuition. Je serais incapable après de la remettre en forme structurée.

**M : Ouais, c'est inconscient, c'est ça, c'est...**

B5 : Ah c'est inconscient.

B1 : Ouais y'a une partie inconsciente mais y'a une partie observation. Comment observer ? Comment il était habillé ?

B5 : Ouais alors ça c'est la partie inconsciente que tu vas essayer de structurer. Mais en fait la partie inconsciente c'est celle qui va te donner le plus d'informations et qui va te faire dire « tiens, y'a un truc là ! ». Et après tu vas dire « Pourquoi j'ai un voyant rouge dans la tête ? » Attends, il était habillé comme ça, il se tient comme ça, il me parle comme ça avec sa voix monotone machin comme ça

B1 : Ouais après on analyse...

B5 : T'es obligé de faire une recherche consciente de ce que ton inconscient il a trouvé avant.

B1 : Oui, oui 'est ce qui va avant...

**M : Donc y'a plusieurs éléments qui entrent dans cette analyse, c'est ça ? il y a...**

B5 : Effectivement, y'a le petit voyant qui se met derrière et qui te dit « y'a un truc là ! »

B4 : C'est comme celui dans la voiture sauf qu'il est rouge et y'a rien marqué dessus et c'est pas juste un pneu crevé ou t'appuie dessus ou je sais pas quoi...là, c'est à toi de chercher.

B5 : Ouais

B4 : C'est ça l'intuition en fait. Je le vis comme ça.

B5 : Ce qui est important c'est d'être capable de répondre à ce signal même quand t'es à la dernière consult de la journée et que t'en a marre, t'es crevé...Y'a encore une demi-heure de retard... Mais ce voyant il s'allume de temps en temps et voilà. Me demande pas de l'analyser après.

B4 : Si si justement il va te le demander, c'est la question...

**M : Non alors après pour revenir peut-être plus sur évaluer l'estime de soi on a déjà évoquer quelques freins : c'est intrusif, c'est délicat à poser, ça demande un investissement et du coup en fin de journée, à la dernière consult c'est peut-être pas...le moment. Quelles autres difficultés ou obstacles vous pouvez identifier dans le fait d'évaluer l'estime de soi des patients ?**

B3 : Ça dépend de la relation qu'on a avec le patient antérieurement aussi. Y'en a certain j'irai jamais le chercher et évaluer leur estime de soi...

B4 : Parce que t'as peur de ce qu'ils vont te dire ?

B3 : Non parce que j'ai pas envie.

B4 : Alors pourquoi t'as pas envie ?

B3 : Parce que la relation avec ce patient-là fait que j'ai pas forcément envie de voir...

B4 : Du coup ça veut dire que c'est la relation avec le patient qui est...

B3 : C'est ma relation avec le patient...

B4 : Ouais c'est ça. Donc dans la relation avec ton patient, ça passe mal.

B3 : C'est pas quelque-chose que j'irai chercher.

B4 : D'accord. Parce que tu te sens pas à l'aise avec ce

patient ?

B3 : Probablement.

**M : Parce que ce serait intrusif pour toi du coup aussi ?**

B3 : parce que j'ai pas envie d'aller chercher, d'aller...l'aider sur ce plan-là.

**M : OK**

B3 :...Je pense...

**M : Faut avoir envie quoi.**

B4 : Parce que t'as peur de la réponse ou parce que t'as...

B3 : Non. Je pense pas que ce soit ça...

B4 : Moi je le ressens un peu ça. Là j'ai pas envie de poser la question parce que...Mais moi j'ai toujours le voyant rouge qui est allumé et j'ai pas compris pourquoi il était allumé et pourquoi est-ce que j'ai ce frein. Et qu'est-ce qui fait que j'ai pas envie...parce que ça va me gêner, du coup par effet de miroir, il va me poser des questions sur moi finalement ou est-ce que...

B1 : On va le revoir déjà.

B5 : Ou c'est un patient qu'on aime pas parce que dans le comportement ça accroche pas

B3 : Oui c'était plus dans ce sens-là. Mais après y'a ceux aussi ou tu peux sentir qu'il y'a quelque-chose qui va pas mais tu sais pas comment aller voir plus profondément parce que tu sais pas ce que ça va...sortir pour eux.

B5 : Ouais, c'est la boîte de Pandore tu sais pas ce que tu vas trouver dedans quoi.

**M : On serait pas trop ce qu'on pourrait en faire après du coup avec ce qui risque de sortir sur la table, c'est ça ?**

B3 : Aussi ouais.

B4 : C'est ça s'il te dit là je suis suicidaire...putain je suis dans la merde quoi...qu'est-ce que je fais maintenant...Finalement c'est peut-être un peu ça aussi on a peur de la réponse.

B3 : Tant qu'on a pas de réponse, on a rien à faire, si on va pas chercher...

B2 : On tend une perche et en fait moi la réflexion que j'ai souvent c'est si je tends la perche mais que je sais pas gérer ce que je vais libérer je peux aussi le mettre en danger parce que je libère des choses et que moi j'ai pas la formation pour entendre, pour accompagner, pour canaliser et du coup je pense qu'on peut avoir confiance en nous et on peut avoir un rôle plus néfaste que bénéfique si on ne sait pas gérer ça. Et du coup aller tester, aller évaluer l'estime de soi y'a un risque d'ouvrir une porte secrète que derrière on saura pas gérer...C'est mes neurones de fin de journée, je suis désolée...

B4 : Non mais c'est pas mal.

B5 : C'est bien dit.

**M : Donc pas trop savoir ce qu'on pourra proposer si jamais on tombe sur quelque-chose. Ok. Est-ce que vous voyez d'autres choses qui vous bloqueraient, qui freineraient le fait d'évaluer ?**

B5 : Après il y a la capacité à gérer certaines situations, comme tu dis. Moi j'ai un patient qui est arrivé qui est en...presque burn-out parce que son entreprise a décidé de le virer en le faisant démissionner en lui mettant une vie de chien. Enfin c'est ce qu'il décrit, c'est l'écho que j'ai, je peux pas aller interroger l'entreprise.

**M : Ouais c'est toujours pareil de toute façon. Il faut croire un peu ce que..**

B5 : En tout cas, enfin visiblement il se fait complètement laminer etc...tout juste si on lui supprime pas sa voiture pour faire...alors que c'est un commercial...Et donc moi en fait ce que j'ai essayé...Ça c'est aussi mon expérience d'ancien cadre de l'industrie hein...C'est de l'amener à raisonner eh bah vous avez deux personnes y'a une personne qui a une femme des enfants etc c'est Mr Machin Albert Duchrol et Albert Duchrol il se regarde tous les jours dans la glace, il est content de lui parce qu'il a une femme, il a des enfants etc...et puis y'a Mr Duchrol qui est dans l'entreprise qui est maintenant à la valeur 0 bah ça ça n'a plus aucune importance vous vous en occupez plus puisque de toute façon c'est fait. La seule chose que vous ayez à faire c'est obtenir en sorte de perdre le minimum. Et vous allez vous concentrer sur vous. Pas sur Duchrol qui est commercial.

**M : OK**

B4 : Tu évalues pas son estime de soi, tu la renforces en lui

faisant occulter une partie

B5 : En fait je l'ai évalué et j'ai vu qu'il était complètement entrain de dire qu'il était le meilleur du réseau, j'étais le meilleur etc... et voilà comment on me remercie, je suis plus qu'une me...enfin bon voilà. Et donc je lui ai fais sentir que bah eu j'essaye de lui faire construire un truc qui ai une image positive de l'individu et de sa famille parce que dans le monde du boulot y'a un jour on devient zéro dans le code binaire et que bon bah ça change pas, il change pas de boite mais que il doit arriver à perdre...à faire le deuil de ça. Et donc l'estime de soi je la renforce sur ce qui est...je lui dis hein de toute façon le dernier jour de votre dernier job on vous offrira une pendule et un vélo et puis 2h après on saura plus qui vous étiez.

B1 : Ouais après on peut aussi lui suggérer que c'est pas vraiment sa valeur à lui mais la valeur que lui donne son chef.

B5 : Ouais toute à fait. C'est ce que j'ai dit d'une autre façon mais effectivement c'est une bonne façon de le dire.

**M : Ouais faire relativiser.**

B1 : Ouais en disant bien que...

B5 : De toute façon dans le burn-out, on en voit beaucoup des trucs comme ça. Dans le burn-out, les gens ils ont une destruction de l'estime de soi et les entreprises qui visent à mettre les gens en burn-out pour les faire démissionner c'est ce qu'elles font.

**M : Ummm. Peut-être avant d'approfondir un peu plus le point sur le renforcement, on a parlé des obstacles qu'il pouvait y avoir au fait d'évaluer l'estime de soi. Est ce qu'il pourrait y avoir des atouts, des intérêts que le médecin généraliste évalue l'estime de soi ?**

B1 : Des atouts, par exemple, on sera plus efficace dans l'aide qu'on pourra lui apporter au patient. Si on arrive à ...aider le patient à...s'estimer. Je sais pas si ça peut se faire ça d'ailleurs mais bon...et bah il y gagnera lui le patient et nous parce qu'il arrivera à faire son traitement, à faire son sevrage ou je sais pas quoi...Donc en fait c'est un petit peu un intermédiaire je dirai pour que ça...pour que notre idée qu'on a nous puisse aboutir...sauf que ça doit rester le choix du patient de vouloir changer son comportement...On peut pas lui dire il faudrait que vous arrêtiez ça parce que ça marchera pas si il a pas envie d'arrêter un truc. Voilà, enfin bref, ça peut apporter un bon résultat.

**M : Ok.**

B1 : C'était pas ça la question (Rires)

**M : Pour du coup rester sur le renforcement...du coup si j'ai bien compris...vous essayer pour le coup de la renforcer. C'était pas forcément le cas pour l'évaluation, c'était plus quelque-chose d'intuitif etc...mais si on reste sur le cadre de l'accompagnement à un changement de comportement, vous diriez que vous essayez de la renforcer cette estime de soi ?**

B6 : Oui

**M : Pourquoi et comment est-ce que vous la renforcer ? T'as déjà évoqué quelques...**

B2 : Et du coup pour finir sur l'évaluation de l'estime de soi et pour quel raison il faudrait l'évaluer moi je pensais à...j'essaye de prendre des petits...des petits bouts de phrases de ce qui peut me dire...que là c'est un.. par exemple si il me dit qu'il est sportif et que ça se passe hyper bien et que je le vois deux semaines après et qu'il est effondré, je vais essayer de me focaliser sur les points positifs de son estime de lui pour justement m'aider à renforcer son estime de soi et du coup l'évaluation de l'estime de soi ça passe par toute ces petites bribes de phrases ou j'arrive à choper des contextes ou il a confiance en lui, ou il s'estime pour derrière renforcer.

**M : D'accord. Donc il y'a un peu cet aspect de connaissance du patient.**

B2 : Ouais.

**M : Qui peut être important...**

B2 : Prise en charge dans la globalité, professionnalisme...

**M : D'accord. Est-ce que vous voulez rajouter quelque-chose ?**

B4 : Ah non non surtout pas

**M : Non ?**

B4 : C'est tellement bien dit que...

Rires

**M : Ouais, d'accord. Par la connaissance qu'on peut avoir du patient avant. C'est là dessus qu'on pourra s'appuyer pour évaluer une chute d'estime de soi à un instant t peut-être aussi.**

B2 : Et le renforcer

**M : Et le renforcer à ce moment là.**

B4 : Et effectivement, on a besoin de connaître les gens pour avoir un peu leur vécu, leur histoire...Enfin sur une personne que je verrai sur une première fois, que j'aurai jamais vu et qui voilà a un problème d'estime de soi je trouve que pour le renforcer ça va pas être si simple que ça. J'aurais besoin de le connaître plus sur sa vie, sur ce qu'il a fait avant...voilà...les difficultés qu'il a croisé pour ouais pour pouvoir le renforcer, lui dire « t'as réussi à faire ça, tu vois bien, t'es pas un con ».

**M : Umm. Ok. Comment est-ce que vous verbaliser le travail autour de l'estime de soi ? Est-ce que vous verbaliser le travail ? Vous dites on essaie de le renforcer en se fondant sur...des choses...en faisant relativiser le patient sur la situation qui l'amène ce jour là à avoir une mauvaise estime de lui etc...est-ce que c'est un travail que vous verbaliser ?**

B3 : Dans le sens où on lui dit « Vous avez réussi à faire ça » « C'est bien ! Vous avez... »...

**M : Soit dans ce sens là soit dans le sens « vous avez...aujourd'hui vous n'avez pas d'estime de vous » enfin par exemple.**

B6 : Pointer du doigt ce qui ne va pas...

**M : Pardon ?**

B6 : En pointant du doigt par exemple ce qui est négatif...

B4 : Oui c'est ça. Moi je leur dit « vous avez pas confiance en vous » « vous vous sentez incapable de faire quoi que ce soit ». Enfin moi c'est ce que je leur dit. « Je ressens que vous ne pouvez, vous vous sentez incapable d'assumer votre job, vous vous trouvez nul ». Voilà je lui dis ça pour leur faire...comprendre, visualiser ce qu'il me dise...

B1 : Pour mettre des mots. Ouais on verbalise ouais...

B6 : En essayant de normaliser les choses. On dit « bah c'est normal de ressentir ça dans votre situation » Qu'il est pas le seul comme ça et que tout un chacun a déjà eu comme lui et c'est une des façons de renforcer son estime de soi.

B4 : Umm de relativiser.

B6 : Ouais. De le sortir de sa bulle ou il est pas bien quoi. Il arrive pas à sortir la tête de l'eau.

B5 : Moi j'utilise...j'essaie de pas verbaliser moi. J'utilise beaucoup la reformulation. J'essaie de reformuler ce qu'il dit...et j'essaie de lui faire dire ce que je sais être positif.

**M : C'est ça. Umm, D'accord. Se focaliser sur le positif.**

B5 : Et lui faire dire.

B4 : Que ça sorte de sa bouche.

B1 : Parce que nous si on lui dit quelque-chose, ça va pas forcément être ce que lui ressent comme point positif chez lui. Si on lui dit « Eh bah vous avez vu vous savez bien faire ça » mais qu'en fait lui ce qu'il voudrait c'est avoir une estime sur un autre domaine...vous voyez non ce que je veux dire ?

**M : Oui oui bien sûr.**

B1 : Eh bah on a raté...Il faut essayer de trouver ce que lui il aimerait avoir comme meilleure estime de lui.

B5 : Attention, parce que la tu contournes la...enfin ça c'est des méthodes de management, de formation des commerciaux et autre...la tu contournes l'obstacle en allant chercher la compétence commune aux 2 choses. Vous avez réussi à faire ça donc vous savez que vous avez la compétence pour faire.. vous êtes habile, vous êtes je sais pas quoi...Donc ayant cette habilité vous pouvez la reporter sur cet autre projet et donc l'utiliser. C'est...tu vois...c'est...

**M : En faisant un parallèle.**

B5 : Recontourner l'obstacle en amenant au niveau de la compétence. Si vous savez grimper sur une échelle, vous pouvez aussi monter sur un mur d'escalade...

**M : Ca c'est des outils du coup que vous utilisez, de valoriser ça ?**

B4 : Faire...faire que les gens redisent par eux-mêmes. Dans un monde idéal, ta patiente de toute à l'heure, dans un monde idéal je dis bien, si jamais à la fin de la consultation elle dit « Oh de toute façon, bon ce problème, on l'a déjà eu une fois, on a déjà réussi à le surmonter, on

va y arriver deux fois » C'est bon. Notre job est fait. Voilà, tout le travail est de ramer pour lui faire avancer les idées qu'effectivement elle a les outils pour, elle y est déjà arriver et qu'elle se dise « Non mais au fait je l'ai déjà fait ça...on sait faire...bon et bah on va y arriver, d'une façon ou d'une autre ». Mais parce...parce que non mais si ils le disent eux-mêmes tu leur dis « De toute façon tu l'as fait tu vas y arriver »...

B1 : Ca marche pas.

B4 : Mais si elle se dit, elle prend conscience que «ah ouais mais je peux le faire » « ahh...je peux le faire ça » C'est pas pareil.

B5 : Donc c'est comme pour l'arrêt du tabac.

B4 : C'est ça.

B5 : Moi je commence par leur dire « mais arrêter le tabac c'est facile, vous le faites tous les soirs », « tous les soirs vous arrêtez de fumer, le plus dur c'est de pas reprendre ».

B4 : C'est ça.

B2 : J'utilise beaucoup ce genre de formulation aussi. « Ah j'avais arrêté mais j'ai arrêté que 2mois... » « Mais c'est génial !! »

B5 : « C'est génial ! »

B4 : « C'est bien 2mois »

B5 : « C'est bien 2mois. bah oui, parfait, donc vous savez arrêter ! »

B4 : « Oui je sais arrêter mais... »

B5 : « Oui vous savez arrêter ! Point ! » Voilà. Après c'est la rechute, c'est pas le même problème. Arrêter vous savez et rechuter on va apprendre.

**M : Valoriser ce qu'ils ont...**

B4 et B5 : Ouais.

**M : Déjà fait...Est ce qu'il y a d'autres méthodes que vous utilisez. Il y a reformuler, essayer de faire prendre conscience, faire dire, valoriser...pour renforcer du coup l'estime de soi des gens est-ce qu'il y'a d'autres...choses que vous mettez en place, ou enfin ou est-ce que ?**

B6 : Je me demande...

B2 : Allez-y

B5 : Allez la dernière

B6 : Ca m'arrive souvent de prendre mon exemple personnel pour essayer de leur montrer que...enfin c'est pareil dans l'idée que...moi aussi ça m'est arrivé vous voyez. C'est pas rare que je me base sur ce que j'ai vécu moi si c'est possible hein pour leur dire que c'est possible et pour essayer de renforcer, enfin essayer de renforcer non pour essayer de leur montrer que c'est humain, pour essayer de normaliser les choses, relativiser. Aussi peut-être pour essayer de leur dire « Ca n'arrive pas qu'à moi »

B5 : Yes we can

**M : Dans le sens positif et négatif ? Si j'entends bien...c'est ça ?**

B6 : Ouais.

B1 : Le mauvais docteur qui donne le mauvais exemple...je trouve pas que ce soit...

B6 : Ouais...Après c'est une idée toute bête...

B1 : Non mais...Non ça paraît de discuter oui mais c'est vrai que le patient il a son histoire on pourra jamais se substituer de toute façon mais ça permet d'ouvrir un domaine qui l'osera peut-être pas aborder si il sait pas que nous un jour on a fumer, on a arrêté par exemple.

**M : Umm**

B1 : Sans dire comment on a fait, comment on est. Après dire bah ouais ça ouvre une discussion et les gens ils trouvent peut-être plus intéressant de discuter avec quelqu'un qui a su ce que c'est que de fumer ou éventuellement de boire...ou je sais pas...

B6 : Ils peuvent nous prendre pour un juge. Médecin, patient qui fume...

B5 : Moi ce que j'essaie justement, pour le tabac, d'utiliser le renforcement positif et surtout le fait qu'arrêter c'est facile c'est la rechute qui est difficile et j'essaie toujours de leur faire valoir le fait que ce n'est pas un danger putatif qui va empêcher de fumer. Je leur dit, je leur prends l'exemple, vous avez une Porsche sous le pied vous êtes sur l'autoroute y'a personne allez je me fais un petit 220 parce que j'ai envie y'a pas de radar y'a rien je prend le risque...peut-être qu'il y'en a un mais je prend le risque. Donc vous avez la même bagnole, vous êtes toujours sur

l'autoroute mais en face de vous vous avez un radar vous appuyez pas parce que vous savez que vous allez perdre. Donc voilà moi je leur dit j'ai pas arrêté de fumer quand j'étais en pneumo et que je voyais des gens crever de cancers du poumon en en ORL avec des trucs absolument abominables, si je vous les décrivais vous seriez verts, ça m'a pas fait arrêter de fumer. Donc c'est pas la peur qui fait arrêter. Parce que la peur c'est un truc potentiel, c'est peut-être. Et l'organisme, le fameux cerveau, il fonctionne pas sur le peut-être.

B6 : Parce que le peut-être et le sûr c'est différent. Quand tu sais qu'il y a le radar tu vas pas le faire.

B5 : Voilà.

B6 : Quand tu sais que tu vas peut-être passer au travers en continuant avec ce plaisir que tu as de fumer.

B5 : Exactement.

B6 : Tu continues. Et c'est pour ça qu'il y a des médecins qui fument, des pneumologues qui fument...C'est que tu crois un petit peu...

B4 : C'est que le tabac ne tue que la moitié de ses fumeurs.

B5 : bah ouais Dr X à X qui posait des stents au kilomètres il fumait, il sortait du bloc pour allumer ses cigarettes.

B6 : Non mais ouais c'est sur.

B5 : Et puis la moitié des coronariens qui étaient stentés il fument encore après donc voilà...ça a pas suffi... c'est pas ça... la motivation.

B6 : ...c'est pas la motivation...

**M : L'idée c'est d'essayer de trouver une autre motivation que...**

B5 : Un truc positif qu'ils vont perdre immédiatement s'ils rallument une cigarette sachant que...

B3 : Quelque-chose de proche.

B5 : Sachant que s'ils rallument une cigarette ça va rechuter.

B4 : Voilà. T'as une haleine de chacal, eh bah ça peut être le déclic.

B6 : Après ça n'empêche pas que des fois t'en a marre tu leur dit « eh bah continuez comme ça » Dans 1mois, on vous empute du pied parce que votre diabète...Ca arrive quand même, y'a un moment où on va essayer de faire prendre conscience au patient, ça m'arrive pour un patient en particulier, j'ai beau essayer, tout essayer...la seule chose c'est qu'il y arrive pas.

B3 : Pourquoi il arrive pas ?

B6 : C'est très compliqué ...C'est une bonne question. Ca me fait face à un échec. Un miroir. Du coup la mésestime de soi...

B3 : C'est ton estime de soi qui en prend un coup.

B6 : bah aussi oui.

B2 : J'ai beaucoup plus de mal moi à prendre des exemples personnels...dans la valorisation de l'estime d'eux ou voilà enfin...je pense que c'est moi dans ma création de docteur et dans mon besoin de me poser en tant que professionnel de santé je me sens pas du tout à l'aise dans la...donner des informations sur moi, de prendre exemple sur moi et je pense parce que je veux pas qu'ils pensent que je crois que je suis mieux qu'eux et...et...et je pense qu'on a...ils nous perçoivent quand même en tant que médecin comme euu... « eh bah forcément elle y est arrivée elle, elle est docteur donc euu c'est évident, moi par contre enfin... » et j'ai pas envie d'instaurer cette relation là.

B5 : Ummm, ça c'est chacun qui le vit comme il veut ça.

**M : Et pourquoi du coup ? Pour un peu ce soucis d'humilité ou... ? Est ce qu'il y'a aussi comme tout à l'heure pour l'évaluation le soucis de peut-être pas savoir comment gérer ce que ça peut induire...ou... ?**

B4 : L'intrusion. L'intrusion dans ta vie à toi. Dans ta personnalité.

B2 : Ah oui clairement ! Je freine des quatre fers là.

B3 : C'est une façon différente de...de voir les choses aussi, de... Ça dépend peut-être de l'estime de soi personnelle aussi.

B6 : Après tu te fixes tes propres limites. Enfin...je partage pas mal de trucs mais ça reste...

B3 : C'est ce que t'a...Qu'est-ce que t'acceptes de..., de fournir au patients ?

B6 : Y'a des choses que je transmettrai jamais à des patients.

B2 : Bien sûr...  
B5 : Ba...peut-être pas à tous les patients.  
B6 : Pas qu'à des patients d'ailleurs.  
B4 : Pas à tous les patients.  
B6 : Pas à tous les patients. Après chacun sa vie et ses propres limites.  
B2 : Complètement.  
B6 : J'essaie de faire des exemples plutôt négatifs pour essayer de montrer je suis pas mieux qu'eux.  
B2 : Uuum.

**M : Ok donc y'a cette démarche un peu...enfin des interrogations sur comment on modifie sa posture quoi ...**

B1 : On se place à la hauteur.  
B6 : Ouais c'est ça. Pour essayer de casser cette image de...

B4 : En fait cette question c'est quelles techniques on utilise pour créer du lien avec le patient pour qu'il adhère à ce que...

B6 : Ouais c'est dans ce but là...

B4 : Et créer de l'humain et...

B6 : Il plus se confiera peut-être plus effectivement si il sent qu'il y'a quelqu'un de plus humain, quelqu'un qui ne va pas juger derrière.

B4 : C'est ça. Ouais.

B6 : Parce que...parce que ba...peut-être plus en campagne qu'en ville j'en sais rien mais ils mettent toujours un petit peu, certains patients, le médecin sur un piédestal et ils diront jamais certaines choses à leur médecin. Si on essaie de casser cette image un petit peu du médecin au-dessus du lot il y'a peut-être cette idée de chercher qu'il arrive plus facilement à se confier pour après bah travailler avec ce qui est possible.

**M : Ok donc créer des bases pour une relation...**

B4 : Uum...qui fait du lien.

B2 : Et là je pense, on est en plein dans la posture parce que tu vois moi y'en a il me tape la bise et qui m'appelle par mon prénom donc eu...Je pense que justement j'ai besoin de distance pour heu... arriver à en poser en tant que docteur

B6 : Ouais.

B2 : Y'en a qui m'appelle presque « petite fille » enfin eu...Y'a des vieux qui me disent « Ba, la jeune fille » Mais c'est qui la jeune fille ? « Mais vous savez c'est le docteur... »

B1 : Ils sont pas un peu déments... ?

B2 : Si, si.

B1 : Ca explique.

B2 : C'est l'âge de la petite fille et toi t'es grand, t'es baraque et moi j'ai besoin de...

B5 : C'est tout à fait compréhensible ça effectivement. Moi, j'ai les cheveux blancs, j'ai quand même...et je pense que effectivement...

B1 : On dévie je crois...

B5 : Et je sais même pas si y'a beaucoup de...

B2 : La posture. Pas complètement de l'estime de soi, parce que c'est important.

B5 : Je dois sentir mauvais c'est peut-être ça. Tac ! L'estime de soi !

B2 : Pour la bise ?

B5 : Ouais.

B2 : Non mais c'est une italienne. Elle se fait progressivement aux coutumes françaises et vu qu'on a le même âge elle me tape la bise. Son mari a beaucoup rigolé mais...il lui a expliqué. « OOOhh... »

B4 : « C'est pas grave ».

B2 : C'était marrant.

**M : Ouais donc la posture elle intervient dans le travail sur l'estime de soi. Soit de manière informelle, sans qu'on cherche à la modifier, avec sa stature, son âge, son aspect physique. qu'on peut chercher à modifier ou pas...Ok. Juste pour se recentrer un peu sur le travail sur le renforcement de l'estime de soi des gens...Quels aspects de la vie du patient vous aller pouvoir aborder pour essayer de renforcer son estime de lui ? Vous avez parlé de faire un peu des parallèles avec...vous savez grimper à la corde...voilà...est ce qu'il y'a d'autres aspects de la vie du patient que vous**

**allez chercher à aborder, est-ce qu'il y'a des conseils que vous donnez ? Pour renforcer l'estime de soi.**

B6 : Tu parles des espèces de sphères, les sphères familiales, les sphères...

**M : Ouais par exemple. Est-ce que dans votre pratique...**

B4 : Ba...les aspects de sa vie, c'est son parcours en fait, c'est ce qu'il a réussi. C'est s'appuyer là-dessus. Il a monté sa boîte. Il a réussi. Il avait des employés, il avait machin...bah ouais c'est pas un con...il sait se débrouiller. Voilà, il sait...Bon après il a eu je sais pas quoi, un accident de vie, un problème financier ou je sais pas quoi bon bah ça a beuguer mais c'est pas de sa faute ou...parfois il a fait un mauvais choix mais des mauvais choix il en fait 10 par jour...voilà ça peut arriver...donc c'est essayer de valoriser tout ce qui a été fait de positif dans la vie.

**M : D'accord. Pas forcément dans un champ particulier...**

B4 : Non, non...il faut chercher le positif là où il est au fait.

**M : OK**

B2 : Dans le lien mère-enfant, enfin, du coup, je fais pas mal de suivis de nourrisson, et du coup les jeunes mamans qui t'amènent leur premier bébé souvent elles ont vraiment une estime d'elle-même assez basse et je me base sur le poids de l'enfant en leur disant « Mais voyez-vous faites tout ce qu'il faut il grandit bien il grossit bien il est tout beau il est tout rose » et, et en essayant justement de dédramatiser la quantité de lait ou de machin ou de trucs et voilà et de leur dire voilà « votre lait il est parfait vous lui apportez tout ce qu'il faut faites-vous confiance » heu et en me basant justement sur le, le fait que leur enfant va bien ça...souvent enfin j'ai plusieurs fois ou vraiment la maman qui sort elle était soulagée de la consultation.

B5 : Tu cherches le positif là où il est.

B2 : Voilà. J'objective.

**M : Umm. D'accord.**

B6 : Ouais ou alors tu...tu parles que de positif. Là ou il y'est pas tu retournes la situation. Tu fais pas que rechercher du positif. Le côté négatif que t'en ressorts tu le retournes en disant « bah non »...enfin...je sais pas si c'est que tu voulais dire...peut-être...

B2 : Qui pleure deux ou trois heures...Non ! Pardon...

B6 : On en reparlera...

B1 : On en reparlera...puisque que quand ça va pas parce qu'un bébé pleure, il n'y a pas que le fait qu'il soit bien parce que moi on m'a déjà dit le bébé il va bien...quand tu te sens pas bien c'est qu'il y'a un truc aussi quoi. Moi je leur dit souvent au maman plutôt...ça fait revivre des choses, ça fait ressurgir des choses que...et là j'ouvre des portes éventuelles et si elles en parlent elles en parlent sinon mais elle savent...Mais voilà donc après la personne, on peut imaginer des choses et puis en fait c'est pas ce qu'elle elle a...c'est pas son problème en fait...

B2 : Umm. Mais ça la rassure.

B1 : Peut-être. Surement. Ca rassure toujours hein. Bébé est bien, c'est important déjà d'avoir...d'être venu. Moi je leur dit hein « Vous avez un bébé, vous venez à 7jours, c'est pour vous, c'est important » Après on voit ce qu'il en est, s'ils sont au fond ou pas parce qu'ils y en a ça se passe bien mais après on peut leur donner des petites techniques comme bah je sais pas moi se dire, se dire que, se dire à eux même comme la méthode Coué quoi, qu'ils sont, qu'ils ont de la valeur quoi...je sais pas, qu'ils essaient de se le dire à eux-mêmes.

B3 : Ou alors qu'ils ont réussi à pas fumer cette cigarette ou alors qu'ils ont réussi à pas boire ce verre...

B1 : Voilà. Et au moment où ça va pas, on sait dit là c'est bon...on essaie de les repositionner mais qu'il le fasse eux-mêmes ce travail après...je l'ai jamais fait...si une fois j'ai du dire « Faites un peu comme dans la méthode Coué vous essayer » mais c'est délicat quand même de tout façon à aborder.

**M : Ouais.**

B5 : Je pense, pour les sevrages par exemple, le tabac et alcool, y'a...le problème c'est que les gens considèrent une rechute comme un échec. Et il faut arriver, et c'est du discours, il faut arriver à leur expliquer, enfin leur faire intégrer, plutôt pas leur expliquer, leur faire intégrer l'idée que la sortie d'une addiction c'est pas un truc tout simple et

qu'il va y avoir des rechutes et qu'en soit c'est normal, c'est pas un...c'est pas un échec. C'est une évolution normale. Y'a un moment où ça sera bien et petit à petit il y en aura de moins en moins et c'est ça qui est le plus difficile c'est d'enlever le côté négatif de la perception de la rechute pour le rendre neutre...pas positif. C'est une évolution normale. Y'a un moment où ça sera bien et petit à petit il y en aura de moins en moins et c'est ça qui est le plus difficile c'est d'enlever le côté négatif de la perception de la rechute pour le rendre neutre...pas positif. C'est une évolution normale. Y'a un moment où ça sera bien et petit à petit il y en aura de moins en moins et c'est ça qui est le plus difficile c'est d'enlever le côté négatif de la perception de la rechute pour le rendre neutre. Faire en sorte que « bon bah oui c'est normal vous avez pas pu »

**M : Dans l'idée aussi de relativiser un peu les choses. Est-ce qu'il y'a d'autres objectifs quand on parle de renforcer l'estime de soi des gens, est ce qu'il y'a d'autres objectifs que vous essayez d'atteindre ? L'objectif de faire relativiser, cette objectif peut-être en fin de consultation enfin ça y'est, elle a pu dire « on en a déjà vécu » Qu'est ce qu'on cherche à atteindre du coup comme objectif avec nos patients ? Quand on parle de renforcer son estime de soi ?**

B1 : L'objectif, normalement, c'est lui qui doit l'exprimer mais on peut l'aider. C'est difficile de...

B5 : Difficile à définir comme ça.

B4 : Oui à définir c'est difficile.

B6 : Une prise de conscience de ses propres peurs.

**M : Une prise de conscience ?**

B6 : Ouais.

B1 : Ouais je pense qu'il y'a beaucoup de prise de conscience.

B6 : Ouais, enfin ils ont pas forcément conscience de leurs qualités et de leurs défauts.

B1 : On peut leur dire « vous vous voyez comme ça mais est-ce que vous pourriez imaginer qu'en fait vous soyez différent » par exemple et bah peut-être qu'il se le dise aussi au moment où ils sont dans leur perte d'estime d'eux, dans la journée, quand ils sont pas avec nous, qu'il se disent « bah moi je me vois comme ça parce que justement mon patron arête pas de me dire que je suis nul mais en fait, en réalité, est ce que je suis vraiment comme ça ? Je me vois mais est ce que je le suis ? » Jouer là-dessus. Je sais pas. Pour donner un outil au patient hein pour qu'il se...qu'il soit mieux dans son...dans son...estime de lui.

**M : Ouais, pour autonomiser un petit peu du coup...**

B1 : Ouais parce que si ça vient de nous tout le temps ça marchera pas...enfin...

B4 : L'objectif inconsciemment je me dis c'est finalement moi je veux analyser la situation, comprendre la situation, le patient arrive avec son problème, il sait pas, il y arrive pas, c'est compliqué, il y comprend rien, il est perdu, il est paumé...Bon bah voilà « quel est le problème ? Vous avez l'impression de pas être bien avec votre enfant » pas savoir gérer, machin, tout ça... « mais finalement qu'est-ce qui vous fait penser ça ? » est ce que finalement je suis toute seule à gérer ce gamin je sais pas quoi faire j'ai personne à qui poser la question « ah bah vous avez pas une mère, une copine une voisine qui pourrait vous aider ? » « oh bah si » finalement, tac. Ok finalement c'était la solitude qui fait qu'elle était paumée ou c'est parce que finalement l'allaitement j'y arrive pas ça me fait mal j'ai l'impression qui produit pas assez, dans ce cas là...Analyser ou est le problème pour pouvoir trouver la solution. Faire mettre ça...

**M : en perspective...**

B4 : En reconnaissance. Pour que le patient prenne conscience de sa situation. « ah oui finalement le problème il est là » ok. Voilà c'est comme ça qu'on va trouver la sortie. B1 : Ouais des petites aides. Se mettre dans une situation où ils pourront y arriver parce que parfois y'a des situations où c'est difficile..

B4 : Ouais parfois il y a des situations compliquées !

B1 : Et là il va falloir les aider à trouver une solution mais c'est eux qui la trouveront hein mais ouais on est là un peu en soutien.

**M : Ok.**

B4 : Les aider à sortir la tête de l'eau.

**M : Ok. Pour essayer de synthétiser et puis de conclure bientôt. Quels intérêts vous est-ce que vous voyez au renforcement de l'estime de soi en médecine générale ? Quels seraient les atouts du médecin généraliste par exemple ? En quoi est ce que ce serait sa mission ? Quels intérêts il pourrait y avoir au fait que le médecin**

**généraliste cherche à renforcer ?**

B2 : Ca, ça fait partie de nos missions d'aider nos patients à aller vers une meilleure santé. Je pense qu'effectivement le renforcement d'estime de soi c'est un pas dans un cycle de motivation pour change de comportement et que du coup ça fait partie de notre rôle d'induire ce changement et donc de renforcer l'estime de soi.

B3 : D'autonomiser le patient dans sa recherche de bonne santé.

B2 : On est pas là pour faire à sa place mais pour accompagner ce changement du mieux possible et de l'induire si on est pas encore là. Mettre les pieds à l'étrier.

B5 : C'est un outil de plus dans l'arsenal thérapeutique. Ca s'applique pas à toutes les situations. Ca s'applique pas à ...Dans certains cas...Je pense que le problème c'est qu'il faudrait commencer par réformer toute l'éducation nationale parce que si on nous avait appris à être positif, quand ils ont à l'école...je pense que l'estime de soi à l'école c'est complètement l'inverse. C'est le système français.

**M : Ouais effectivement. En dehors qu'il y ait une carence éducative. Est ce qu'il y'a d'autres obstacles d'intégrer... ?**

B5 : Je crois que c'est culturel. Je crois que c'est profondément culturel.

**M : C'est à dire ?**

B5 : Et éducatif. Après ça va dépendre de l'environnement familial. Il y a des familles où on va absolument pas tourner dans la mésestime de soi. Mais ça c'est complètement individuel, éducatif alors l'éducation nationale a un cursus, un corpus, qui n'est pas en faveur de la valorisation de l'individu de manière globale, hein. Mais je pense que c'est complètement éducatif, très judéo-chrétien...

**M : C'est à dire qu'en gros quand on essaie de renforcer l'estime de soi, si je comprends bien, on se heurte en fait à toute une construction de l'individu qui rend...**

B5 : Je pense que tous ceux qui se sont intéressés au développement de l'enfant peuvent dire l'individu, l'adulte ou l'ado il est le résultat de tout ce qui a été fait depuis le premier jour de sa vie.

**M : Ouais. Ca rejoint un peu du coup ce que tu disais tout à l'heure, un comportement c'est une habitude dans lequel on est.**

B4 : C'est ça.

B6 : C'est vrai je suis complètement d'accord avec toi. Mais après c'est une boîte de Pandore, c'est pourquoi je n'aime pas m'y aventurer.

B5 : Ah bah je pense qu'il ne faut pas s'y aventurer si on a pas l'habitude de s'y aventurer...Moi je file ça aux psychothérapeutes...

B4 : Ca c'est pour toi !

B5 : Je sais qu'elle sait faire...Fuutt...

**M : Et par rapport justement à l'estime de soi, est ce que vous orientez ? Est ce que vous auriez tendance à orienter vers des prises en charge autres ?**

B3 : Psychologique.

*Tout le monde acquiesce.*

B2 : C'est dommage que ce soit pas rembourser parce que c'est bloquant pour beaucoup de patient. Mais c'est pourtant nécessaire, je pense, pour beaucoup.

B6 : Ouais. Autant les ostéo c'est normal...

**M : Il y'aurait d'autres intervenants que vous identifieriez pour être acteur dans le renforcement de l'estime de soi, que vous pourriez faire intervenir ?**

B3 : Et bien les infirmières d'éducation à la santé.

B6 : Ou orienter vers le Pélican, c'est vrai, qui est une antenne pas loin...

**M : Pour l'éduc spé, non ?**

B6 : Ah non ! En fait c'est...Je sais même...

B1 : Ah ouais les éducateurs on y pense pas tout le temps...Ils sont où eux ? Y'en a pas tant que ça des éducateurs ? Dans des structures comme... ?

B3 : C'est très localisé.

B4 : C'est dans des structures...

B3 : C'est les maisons des ados...

B1 : Moi j'en vois de temps en temps.

B2 : Les AVS. Les services d'accompagnement social...

B3 : du Conseil Général.

B2 : Ouais, les SAVS, c'est des dames gentilles qui viennent au domicile de mes psychotiques pour leur renforcer l'estime d'eux

B1 : Ils te font pas la bise ?

B2 : Ils m'appellent (par mon prénom)!

**M : Bien. Eh bien un grand merci pour votre participation active. Voilà, merci beaucoup. Juste pour terminer...**

**O : Tu veux que je fasses un petit point ? Bon en gros c'est chouette...**

B2 : C'est toujours là où il sort les meilleurs trucs.

**M : On a un tout petit peu dépassé de l'heure prévue. Désolé, mais pas beaucoup...on a commencé à 6min d'enregistrement, il est 1h18...**

**O : Ok. Non c'était chouette vous avez beaucoup de choses à dire, pas mal de formations du coup finalement sur le thème global de la communication et finalement de la psychologie médicale. Tout le monde a bien parlé. Finalement, l'évaluation de l'estime de soi c'était un petit peu difficile de dire comment...comment vous procédiez avec toujours cette intuition qui était là avant tout, ces questionnements sur...sur des échelles, est-ce qu'il y'en a ? Finalement, on ne sait pas trop si vous auriez envie de les utiliser s'il y'en avait...C'est quand même pas sûr. On a plus aborder le renforcement de l'estime de soi, c'est quelque-chose qui vous a bien intéressé. Avec plein plein plein de notions : celle de reformuler, d'insister sur les points positifs, ça vous en avez beaucoup parlé. Le fait d'utiliser votre expérience, la connaissance du patient, savoir sur justement sur quels points positifs, savoir qu'il faut toujours se concentrer sur le patient, savoir qu'il est un individu à part entière et donc rechercher toujours le petit truc qui lui correspond à lui sans avoir une idée de... je lui parle de sa famille, je lui parle de ci, je lui parle de ça...Voilà. Qu'est ce que j'ai noté d'autre ? Il y a eu quelque-chose d'intéressant qui est ressorti sur le fait de...de... finalement aller toucher ce truc là c'est aller toucher un truc qu'on sait pas trop ce que c'est...et ça je trouve que c'était vachement intéressant. Sur les freins à évaluer cette estime de soi...Y'a plein de choses, hein, vous avez dit plein de choses mais globalement c'est un peu près ce que j'ai noté.**

**M : Est-ce que ça vous pourrait résumer un peu l'échange qui s'est déroulé, est-ce qu'il y'a des choses que vous voudriez rajouter du coup ? Vu que c'est maintenant que les meilleures choses se disent !**

M : Oui oui mais à l'issue de ça est-ce qu'il y'a quelque-chose qui vous est venu sur évaluer, renforcer ou autre-chose ? Enfin autre chose...on s'entend.

B5 : On pourrait faire ça systématiquement pour renforcer l'estime de soi à des confrères.

B3 : C'est un bon travail pour l'estime de soi.

FOCUS GROUP 3  
3 OCTOBRE 2016  
VERBATIM

**M : Très bien. Vous êtes prêts ?**

C1 : On est au taquet

**M : Bon du coup pour commencer, donc voilà merci...on a déjà fait cette partie remerciement.**

*Rires*

**M : On va commencer par un petit tour de table juste pour se représenter. Est-ce que vous pouvez juste vous présenter rapidement, vous et votre patientèle. Succinctement. Et dire si vous êtes formés à la psychologie médicale dans le cadre de votre profession ou pas. Donc ou pas formé, ou pas dans le cadre de la profession.**

C1 : Bon bah, on commence par moi ? C1, médecin généraliste à X, installé depuis 7ans, avec une population de patient CSP+, pas trop de CMU et pas du tout formé à la psychologie en règle générale.

**M : Ok**

C2 : C2, je suis remplaçante encore, depuis 5ans, et bientôt installée en 2017 et je remplace quand même principalement à X et du coup je travaille avec une population très variée et je suis très peu formée à la psychologie à mon grand regret et j'essaie de faire des formations en DPC du coup quand je peux quoi, parce que ça m'intéresse et je trouve que je suis pas assez formée.

**M : Quoi par exemple comme formations ? Enfin ça peut-être...**

C2 : Eh ben...Qu'est ce que j'avais fait ? J'avais fait une formation sur la souffrance au travail.

**M : Ok**

C2 : J'avais...Bon c'est la seule que j'ai faite pour l'instant mais sur les thèmes des dépressions, des dépressions de l'adolescent tout ça...

C1 : Ah ouais moi j'avais fait une formation je me souviens c'était « motiver à changer sans chercher à convaincre ».

**M : D'accord.**

C1 : Très intéressant.

*Rires*

C1 : C'est vrai.

C4 : C'est pas ton truc.

**M : Du coup un peu sur l'entretien motivationnel ?**

C1 : Ouais, c'est ça.

C3 : Donc moi je suis installée ça va faire 3 ans donc à X, plutôt semi-rural. J'ai une patientèle plutôt jeune quand même. Voilà. Peu de personnes âgées. Voilà. Et j'ai pas de formation en psychologie par contre ça m'intéresse beaucoup donc pareil que C2 je fais quand même...en fait j'aime beaucoup la psychologie de l'enfant et de l'adolescent et du coup j'ai fait une ou deux formations aussi la dessus et puis j'essaie de lire aussi dessus quand j'ai le temps.

C4 : C'est à dire qu'elle le fait pas...

C3 : J'ai le bouquin à la maison.

*Tout le monde rit et parle en même temps*

C3 : C'est un premier pas.

**M : Ok**

C4 : Alors C4, donc moi j'ai été remplaçante jusqu'au mois de juillet donc apparemment depuis 5ans et maintenant je suis installée avec C1 en face dans un cabinet où on est 2 à X avec une patientèle qui est assez variée : personnes âgées, enfants enfin tout...et je fais aussi du planning familial donc je suis médecin au planning familial de X. Et donc dans ce cadre-là forcément je fais un peu de psychologie vite fait mais après j'ai pas particulièrement eu de formations sauf que j'ai fait une formation en addicto sur l'entretien motivationnel qu'était géniale avec des suisses

**M : Ah ouais ?**

C4 : Ouais, c'était je ne sais plus quel organisme là. C'était avec toi hein ? (*Elle s'adresse à un confrère qui acquiesce*) et j'avais acheté le bouquin. Qui est sur ma table de nuit. Depuis 1an.

*Rires.*

C4 : Non mais c'était super intéressant parce qu'en fait je connaissais pas du tout ça, c'était arriver à faire que la valise là, enfin je ne sais pas si vous aviez...moi j'avais

adoré ce truc là. Qu'en gros, c'est pas ton problème à toi quand les gens ils viennent te voir. Ouais en fait ils viennent en disant « Faites quelque-chose pour moi » Et en fait c'est pas toi qui dois faire quelque-chose pour eux c'est toi qui leur laisse leur valise et eux, ils mettent en forme ça avec une valise là, et c'était super intéressant parce que moi j'ai très tendance à être très...éponge là. Et ça m'avait fait beaucoup de bien cette formation. Et d'ailleurs je le mets un peu en pratique. C'est bien.

C5 : Donc moi c'est C5, je suis installée depuis 2ans, oui c'est ça...sur X. On est en cabinet à 2. On a repris une patientèle d'un médecin qui partait à la retraite et qui avait pas mal de personnes âgées donc on a quand même beaucoup de personnes âgées mais du fait qu'on soit 2 femmes, ça se rajeunit un petit peu et c'est bien. Et sinon, j'ai une autre casquette, je travaille à la PASS au CHU de X, donc c'est la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, où je fais 2 vacations par semaine. Voilà. Et par rapport à la psychologie, eh ben pareil, je crois qu'on est intéressés mais eu y'a pas tant de formations que ça ou en tout cas j'ai pas le temps de les faire et j'ai fait exactement la même formation que C4, dont elle vient de parler, qui était très très intéressante. C'était, en fait, là en addictologie, l'entretien motivationnel pour le sevrage en fait surtout mais toute addiction...

C4 : Voilà et toutes pathologies chroniques en fait. Tout en fait.

C5 : Pour arriver à...on pouvait rebondir. On peut rebondir dans nos consultations à partir de ça sur pas mal de choses et j'essaie de la mettre en pratique. C'est pas toujours facile mais ils nous ont donné quand même des trucs un peu plus techniques que juste eu...du coup c'est quand même pas mal. Et ils étaient top en fait. C'était un médecin, une psychiatre suisse et un infirmier qui animaient ça et c'était vraiment bien ouais. Voilà, on l'a fait il y a 1 an en arrière.

**M : Ça marche, OK, du coup on vous l'a dit, le thème de notre thèse porte sur l'estime de soi, donc avant de parler peut-être plus concrètement de l'estime de soi dans le cadre du changement de comportement, un, enfin deux, petits brainstormings. Lorsque vous entendez « estime de soi » qu'est-ce que ça vous évoque ?**

C1 : Pour nous-mêmes ou pour le patient ?

C4 : Ouais c'était ça ma question aussi

**M : Ca... l'un ou l'autre quoi enfin. Qu'est-ce que ... après nous c'est sûr que là nous on va plus parler de la pratique du médecin généraliste, mais d'une manière générale justement ... parce que c'est pas forcément un thème qu'on ...**

C1 : L'estime de soi, dans le cadre de la profession ?

**M : ... ou pas quoi, ou pas**

C4 : Moi j'dirais que l'estime de soi dans le cadre de nous médecins c'est ce qu'on essaye de faire en groupe de pairs quoi, on essaye de se rassurer, de se dire « c'est bon on n'est pas trop mauvais, on fait à peu près tous pareil »

C1 : Ouais, une demande de réassurance en fait

C5 : Ouais, d'avoir confiance

C4 : D'avoir la confiance

C1 : On expose aux autres ce qu'on a fait et on dit « j'ai bien fait ? J'ai bien fait ? »

*Rires.*

C4 : Ouais, en gros c'est ça quoi. Enfin moi c'est ça que je dirais, pour nous.

C2 : Moi je trouve que c'est vraiment quelque chose qui revient, mais même pas que dans le milieu médical, mais globalement, ce qui revient souvent c'est quand même le manque d'estime de soi, et qui en fait est un .. enfin c'est ... ça handicape vraiment beaucoup de monde quoi... énormément de monde

C4 : Tous les burn-out et tout, enfin entre guillemets « burn out » ... le truc à la mode là ?

C2 : Ouais j'pense que c'est à la source de beaucoup de choses en fait.

**M : Ouais, donc un truc qui revient souvent ?**

C4 : Ouais

**M : la confiance en soi, vous avez un peu évoqué ...**

C1 : Et puis après, enfin la confiance en soi c'est aussi, enfin ça entraîne aussi le complexe de l'imposteur là, quand.. ; quand les patients vous disent « vous êtes merveilleux,

merveilleux», enfin t'en as qui te disent ça, et puis tu tentes à répondre .. enfin on a tendance à pas bien comprendre pourquoi ils nous disent ça alors qu'on a juste fait notre boulot et puis... ça vous arrive pas ?

C2 : Si si carrément.

C5 : Et puis moi j'pense que ça dépend du caractère des gens aussi, enfin ...

*Les autres acquiescent (« ouais ouais »)*

C5 : ... l'estime de soi, y a des gens qui sont hyper sûrs d'eux, ils ont sans doute une bonne estime d'eux-mêmes.

C4 : Ouais y a aussi une façade.

C5 : Ouais ou c'est une façade, et puis t'as des gens qui même si finalement ils font peut-être sans doute les choses très bien, ils ont pas vraiment confiance en eux, donc ils ont pas d'estime d'eux-mêmes quoi, ou qui sont trop modestes... enfin j'en sais rien comment...

**M : OK**

C5 : ... Parce que dans ce que tu dis C1, les gens qui te remercient, toi tu dis que t'as fait ton travail, soit c'est de la modestie, soit c'est que parce que tu considères que c'est vraiment ton travail, mais pour eux c'est pas que ton travail tu vois

C1 : Mouais, ouais, ouais, c'est ça, ils ont tendance parfois à nous mettre sur un piédestal alors qu'ils devraient pas ... et du coup ça fait partie de l'estime de soi, ou plutôt d'une mauvaise estime de soi ...

**M : De la part du coup des gens qui te mettent sur un piédestal ?**

C1 : Ouais c'est ça.

**M : OK**

C1 : Et les gens qui trouvent qu'on a fait un travail formidable, alors qu'on a juste fait notre job quoi.

**M : Ouais, du coup ils se dévalorisent un peu ou ...**

C1 : Non mais enfin, j'sais pas comment dire...

C5 : Bah ils te revalorisent toi quoi

C1 : Ouais c'est ça

C4 : Oui c'est ça

C1 : Des fois ça fait du bien

C4 : On est chacun spécialiste dans son niveau quoi.

C1 : Et on a du mal à la croire quoi.

**M : OK**

C4 : Mais ouais c'est ça

C1 : Ouais ouais c'est ça

**M : OK**

C4 : Et puis quand même, j'trouve, dans les syndromes dépressifs, machin là tous les trucs un peu ... y a quand même énormément de, enfin je trouve hein, des gens qui ... ouais qui ont ...

C5 : Bah ils perdent pied, ils ont pas d'estime

C4 : ... qui ont aucune estime d'eux mêmes quoi.

C1 : Et puis parfois en plus c'est des gens qui se font pourrir par leur chef

C4 : Au boulot, c'est ça, oui moi je parle au boulot.

C1 : Ouais ouais c'est ça.

C4 : Et puis du coup partout quoi.

C5 : Mais j'pense que c'est un phénomène de société quoi complètement

C4 : Ouais, bah complètement oui, mais parce qu'il faut dominer ...

C2 : Mais à l'inverse, les patients, ou les personnes quoi qui sont aussi très un peu caïds et bah c'est souvent aussi des gens qui un problème d'estime.

C5 : Oui.

C4 : Qui ont besoin de compenser quoi

C5 : Oui c'est comme une façade.

C4 : Mais c'est vrai

C2 : Qui ont besoin de reconnaissance, qui ont besoin de

C4 : Oui c'est vrai, bien sûr bien sûr

C2 : En fait c'est rare de trouver des gens qui ont vraiment une estime d'eux-mêmes juste quoi.

C4 : Qui sont neutres quoi.

C2 : Hmm

*Silence*

**M : Ou une vraie haute d'estime d'eux.**

C2 : Oui mais même pas haute, tu vois, c'est vraiment juste, juste vraiment bien s'estimer, ni trop ni trop peu quoi.

**M : OK, d'accord. OK, ensuite du coup, lorsque vous entendez « changement de comportement », qu'est-ce que ... à quoi ça vous fait penser ?**

C4 : Donc au niveau patient, médical quoi.

**M : Ouais, après c'est, voilà, c'est le terme, à quoi ça vous renvoie ?**

C1 : Changement de comportement ...

C4 : Bah ça cette formation ...

C5 : Bah oui ça me fait penser à la formation...

C4 : C'est ce qu'on a dit tout à l'heure

C5 : En gros c'était ça, c'était cette formation c'est par rapport à n'importe quelle addiction, que ce soit le jeu sur ordinateur, enfin voilà, ou le tabac ou des drogues, en gros c'était de leur faire prendre conscience de qu'est-ce que ça leur apporte de bien en le faisant et qu'est-ce que la rapporte de mal, et que si ils ont déjà essayé de le sevrer ou pas, pareil ils font la même estimation et pour voir leur changement de comportement.

C4 : Et aussi pour nous, parce qu'on a fait un jeu c'était assez rigolo – donc maintenant on a des formations où on fait des jeux, de rôles, c'est génial – en fait on devait faire, on devait être un binôme, et d'abord faire le médecin (donc y avait un médecin un patient,) et d'abord faire le médecin dirigeant et dire – enfin moi je suis très comme ça dans ma pratique – et donc dire « mais attendez, là il faut que vous fassiez ça, faut que vous fassiez ça, nin nin nin » et puis après, changer de rôle et dire bah justement, laisser le patient faire, lui donner sa valise, et lui dire « bah qu'est-ce que vous voulez faire par exemple pour changer ? Qu'est-ce que vous envisagez ? », laisser le patient bosser en fait, et moi ça m'a .. mais c'était hyper intéressant parce que moi je suis pas du tout comme ça, j'essaye toujours de trouver des milliards de solutions et tout... et c'était génial

C5 : Mais c'est pas à nous de trouver des solutions pour les gens, parce que c'est nos solutions à nous et c'est pas les leurs donc ils y arriveront pas

C4 : et oui c'est ça, et moi ça m'a fait changer de comportement ça.

C5 : Donc si eux donnent des solutions eh bah il faut rebondir sur ce qu'ils t'ont dit pour qu'ils puissent du coup y arriver quoi.

C4 : Et les laisser faire quoi.

**M : Ouais donc changement de comportement, avec cette idée de**

C4 : Aussi dans notre pratique

**M : OK, donc soi-même changer de comportement**

C4 : Ha ouais ouais

**M : OK**

C4 : Enfin moi ça m'a fait vraiment faire gaffe à ça.

C2 : Ouais en fait c'est .. enfin moi quand j'entends « changement de comportement » et d'autant plus avec ce que vous venez de dire, ça implique vraiment une volonté et une motivation propre à la personne qui veut changer en fait. Personne d'autre peut changer, personne d'autre peut ...

C4 : A leur place.

C3 : Oui, et puis à la fois on est là, on se dit « qui est-ce qu'on est là pour leur dire « faut changer ça » » enfin on n'est pas .. moi j'suis au contraire je suis pas du tout dirigeant parce que moi je voilà j'aime pas du tout ce rôle-là, en me disant « qui je suis moi pour leur dire faut pas faire ci faut pas faire ça ».

C4 : Non mais c'est pas ça.

C3 : Et des fois les gens me déposent leur valise et ils disent « et alors docteur qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? » Euh .. voilà. Une personne qui me disait : « Alors, il faut que je le quitte mon mari ? ». Bah, c'est pas à moi de te dire si il faut que le quitte ou que tu le quittes pas.

C4 : Ouais

C2 : Mais chez un patient obèse ...

C5 : Bah là il faut retourner la question

C2 : Ou un patient qui fume, ou chez un patient qui boit.

C3 : Tu vois pas quand il

C2 : Ou qui bouffe pleins de trucs.

C3 : Oui ben tu dis « il faudrait », moi j'suis pas ... voilà

C1 : Mais on a quand même souvent tendance à lui donner les bonnes pratiques, et puis euh ... c'est pas le bien ou le mal mais enfin un petit peu ce qu'il faut faire.

C4 : Sans juger, sans donner des solutions, mais tu sais mais c'est de leur dire « bah écoutez, vous pourriez peut-être, je sais pas, déménager enfin tu vois moi j'essaye toujours de trouver des milliards de solutions ? Tu sais

comme quand on discute entre nous quoi.

C3 : Oui mais des fois .... enfin, sur les addictions, on est d'accord que c'est ce qu'il faut faire. Mais sur ce qui est pas de l'addiction, les gens qui viennent avec des problèmes de couple, des problèmes avec le travail, des fois tu te dis mais ça peut avoir une telle répercussion ce que je peux dire que je peux, enfin ..

C4 : Ha bah oui oui

C3 : ... mettre en péril, enfin voilà, et des fois ce rôle là, je trouve qu'il est pas .. enfin moi je suis mal à l'aise là-dedans, en me disant « si jamais .. »

*Tout le monde se coupe la parole.*

C5 : Oui, et puis parce que du coup tu ...

C4 : Oui bah comme la mère X...

C5 : Oui voilà.

C4 : .. qui est dirigée par ses psys quoi.

C5 : Oui, et puis c'est pas à nous de prendre part, parti...

C3 : Oui oui, voilà, enfin pour ce qui est des addictions ...

C4 : Et puis on peut avoir un rôle tellement de persuasion, enfin tu vois, enfin j'exagère un peu là , mais tu vois on peut faire prendre des décisions à des gens alors qu'en fait c'est pas à nous de ...

C1 : Hmm, surtout si ils nous font confiance, c'est ça le pire.

C4 : Bah oui

C1 : Parce qu'ils viennent ...

C4 : Bah oui, de toutes façons, ils viennent ...

C1 : Ouais, ils viennent te voir toi quoi. Ils veulent vraiment ton avis. Tu sais c'est un petit peu comme les patients qui sont allés voir le grand professeur et qui viennent te voir après « alors qu'est-ce que vous en pensez et qu'est-ce qu'on fait ? »

*Silence*

**M : Ouais donc il y a cette posture de médecin à .. enfin que vous questionnez du coup pas mal en fait, à la fois, voilà ...**

C4 : Bah notre comportement à nous ouais est important un peu à changer aussi je crois

**M : Notre comportement à nous, est-ce qu'on est plus dirigeant ou pas, parce qu'on peut pas jouer avec la confiance des ... OK ... Bien. Donc, bon ... C'est le moment où normalement on reparle de la thèse, mais du coup on en a déjà. Donc notre thèse elle porte sur l'évaluation et le renforcement de l'estime de soi des patients par le médecin généraliste, dans le cadre de l'accompagnement à un changement de comportement lié à la santé .. un très long titre mais c'est une situation du coup fréquente, qui se limite pas aux addictions, mais qui les contient bien sûr et ... donc, dans ce contexte-là, donc de l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé, essayez-vous d'évaluer l'estime de soi des patients ? Si non pourquoi ? Et si oui, comment l'évaluez-vous ?**

C4 : Moi ça me fait penser au diabète là votre changement de comportement là, parce que c'est quand même là dedans qu'il faut, enfin c'est facile quoi, c'est facile, il faut arrêter de manger, il faut...

*Rires.*

C4 : Non enfin j'veux dire, enfin ce qu'il faut faire quoi... Et souvent c'est des gens, enfin les découvertes de diabète quoi, c'est souvent des gens qui se laissent vivre complètement et ont pas forcément une hyper bonne estime d'eux. Alors je pense que sans forcément aller chercher l'estime de soi, on le fait quand même tous un peu ...

C5 : Oui moi je pense qu'on le fait sans doute...

C4 : ... sans le savoir quoi...

C5 : ... mais sans le dire que c'est l'estime du patient que je vais chercher, quoi, quelle estime il a de lui-même quoi ...

**M : Un peu intuitivement du coup ?**

C4 : Parce qu'ils sont toujours un peu gros globalement donc on leur pose un peu.. enfin je pense que quand même il y a des choses qu'ils savent mais que bon ils ont pas envie de savoir. Ils ont pas envie de se dire « bah ouais effectivement, bah ouais je suis en surpoids et maintenant je suis malade à cause de ça ». Enfin, je pense que ça ça doit jouer quand même . Enfin l'estime de soi c'est ça aussi je pense, de sentir pas bien d'être comme ça et mais surtout de pas s'en occuper comme ça on le sait pas...

C1 : Clairement.

C4 : Malheureusement on leur a fait une prise de sang.

C1 : Mais surtout, du coup les patients qui veulent pas, enfin tu sais les patients avec des maladies chroniques justement, diabète, hypertension et compagnie, et qui refusent de se traiter ou qui se traitent mal, du coup faudrait peut-être creuser, du coup sur l'estime de soi, parce que ces gens quand on trouve une maladie chronique potentiellement dangereuse, ou plus ou moins mortelle à long terme, c'est ça hein.

C4 : Bah oui oui,

C1 : Et qu'ils veulent pas se soigner, c'est peut-être parce qu'ils ont une très mauvaise estime d'eux-mêmes et que du coup ils estiment que c'est même pas la peine de se traiter.

C4 : Que ça en vaut pas la peine.

C1 : Ouais, moi je pense à mon patient là, celui qui a été pris en charge par la plateforme CPS là, avec son cancer machin...

C4 : Oui, et qui refuse les traitements

C1 : Qui ... On lui avait trouvé une hospit à Rocheplane pour 5 semaines pendant sa chimio, et le mec le premier jour il s'est barré quoi. Il a signé une décharge et il s'est barré. Et donc lui il était désocialisé, ça faisait 15 ans qu'il avait pas vu de médecin, donc on peut estimer qu'il y a un gros travail sur son estime de soi ! *Il rit et regarde le modérateur.*

**M : Probablement**

C1 : A faire .. je me demande d'ailleurs si c'est pas un peu trop tard pour lui .

**M : Et du coup, donc chez ce patient, ou chez les autres qui rentrent un peu dans ce cadre, comment est-ce que vous essayez d'évaluer ?**

C1 : Bah là concrètement, je vais y retourner la semaine prochaine, enfin la semaine prochaine, mercredi, avec une infirmière de la plateforme CPS pour essayer de... pour voir pourquoi il est parti, essayer de le raisonner. Mais bon il m'a déjà foutu à la porte 2-3 fois donc euh .. compliqué .

**M : OK**

C2 : Moi je dirais que c'est pas forcément non plus quelque chose que je me dis que je vais aller rechercher... mais par contre implicitement, là tu vois les patients que j'ai en tête c'est des patients obèses, et là c'est vraiment des cas où je vais, je sais pas comment dire, je vraiment miser sur le côté psychologique par je me dis qu'il y a vraiment ..

**M : Des leviers ?**

C2 : Oui ..y a vraiment un truc derrière quoi

C3 : Et du coup oui par des phrases plus comme « et comment vous vous sentez là, dans votre corps actuellement ? Est-ce qu'il a des .. ? », enfin plus par des questions un peu plus

C4 : Ouvertes

C3 : Larges ouais : « Est-ce qu'il y a des choses que vous faites plus parce que voilà vous êtes plus... vous avez un peu honte de vous ? » Voilà, plus des questions ...

**M : Sur leur ressenti ?**

C5 : Ouais

C2 : Moi souvent, j'ai, enfin ... quand je le sens, ça dépend lesquels, mais j'essaie vraiment de presque d'aller titiller un peu au niveau psychologique, alors pas non plus là où ça fait mal quoi, mais vraiment arriver à leur faire émerger aussi des émotions et des trucs et voilà que ça commence à lâcher parce qu'en fait je trouve que c'est des gens qui ont une espèce de carapace de fou quoi.

**M : OK. Du coup titiller c'est quoi, c'est creuser ?**

C2 : Bah c'est poser des questions

**M : Sur justement comment vous vous sentez**

C2 : Ou en prenant des exemples d'ailleurs, de manière détournée, en disant « On se rend compte maintenant que chez les patients obèses en fait il y a beaucoup de facteurs qui viennent ... de mal-être, voilà ... » et essayer de voir comment les gens réagissent quoi.

**M : OK. Ouais, donc de manière assez directe vous essayez d'avoir accès ... parce que tout à l'heure tu parlais de intuitivement, sans chercher à le faire on l'évalue indirectement mais il y a quand même aussi par certaines questions ...**

C4 : C'est chaud « comment t'évalues l'estime de soi de tes patients ? ».

C5 : Moi si on me posait « un jour à chaque fin de consult de dire quelle est l'estime de soi de ce patient que vous

venez de voir? » je serais incapable de répondre  
 C4 : Ouais ouais mais moi j'pense que je le cherche pas vraiment en fait.  
 C1 : Je pense qu'on peut juste évaluer quand il y a une mauvaise estime d'eux-mêmes de toutes façons après.  
 C4 : Oui c'est ça  
 C5 : Et puis moi je le cherche que pour les maladies psy quoi, que les gens qui viennent pour, ...  
 C4 : Oui voilà...  
 C5 : mais pour un diabétique ou quelque chose vraiment plus, je cherche pas.  
 C4 : Mais vous avez pas cette espèce de mecs là, qui ont complètement jamais vu de médecin, qui fument, qui boivent, qu'en ont rien à foutre et puis qui débarquent... enfin je les récupère tous apparemment...  
 C1 : Mais c'est parce que t'arrives, ils font le tour.  
 C4 : Ha ouais, je vois bien, mais en plus moi j'adore ça, parce que du coup je leur fais faire plein de trucs mais je trouve que vraiment eux, enfin je sais pas si c'est un manque d'estime de soi, mais enfin, pourquoi tu fumes comme un porc ? Pourquoi tu bois comme un ... *elle s'arrête et regarde le micro* : tu fumes beaucoup , tu bois beaucoup . *Rires*. Et un jour tu mets les pieds chez un médecin, enfin c'est chelou quoi ...  
 C1 : « C'est quoi ton problème ? »  
 C4 : Enfin y a un truc qui fait que quand même  
 C2 : Et en plus tu lui dis que tu veux pas te soigner  
 C4 : Ouais ils arrivent en disant «mais de toutes façons moi j'ai jamais vu de médecin, j'ai gnagnagna... » et en fait ils repartent avec un truc et ils le font, donc c'est bien qu'il y a un truc qui fiat que c'est . Il doivent être dans un mal-être, enfin j' imagine que .. pourquoi d'un coup tu décides d'aller voir un médecin quand t'es ... c'est que soit tu réalises que ça va pas du tout, ou .. je sais pas  
*Silence*  
**M : Est-ce qu'il y a par exemple des éléments dans la présentation des gens, des patients qui vous serviraient, ou qui vous servent, sur lesquels vous vous appuyez pour évaluer cette estime de soi ?**  
 C4 : De la présentation physique ?  
**M : Ouais, de la manière dont il se présente, enfin des trucs non verbaux, des trucs vestimentaires...**  
 C4 : Moi je le cherche chez les dépressifs pour voir s'ils commencent à plus s'habiller, à venir en jog et tout, mais bon, que chez les patients que je suis un peu ou que je suspecte d'être déprimés... C'est vrai que je regarde un peu si les nanas elles se maquillent et tout... et je leur fais remarquer comme ça je leur dis « oui, c'est grave, il faudrait peut-être passer aux antidépresseurs ». *Rires*.  
 C3 : C'est le maquillage les antidépresseurs.  
 C4 : Je rigole hein, bien sûr.  
**M : Ouais, en tous cas, plus sur les patients que tu suis, pas forcément à une première consult.**  
 C4 : Oui.  
 C5 : Oui je pense que quand même quand on a quelqu'un en face de nous, on voit la façon de se tenir, la façon de parler  
*Tout le monde parle en même temps*  
 C4 : Oui, on se fait une idée  
 C2 : Ouais voilà  
 C1 : Si c'est des patients qu'on connaît depuis longtemps...  
 C2 : Le regard fuyant, là, enfin y a des trucs.. c'est dur à expliquer parce que y a des choses c'est en effet plus intuitif en fait  
 C4 : Bah c'est ça ouais  
 C2 : Mais comme avec n'importe qui dans la vie de tous les jours enfin tu vois en effet si t'as quelqu'un qui est (*en se recroquevillant vers l'avant*) un peu comme ça...  
 C5 : ... qui te regarde pas ...  
 C2 : Oui, tu vas te dire qu'en effet ... enfin tu vois  
 C4 : Tu le fais sans savoir que tu le fais quoi en fait  
 C1 : Et surtout ça se confond avec la dépression quoi en fait ...  
 C2 : Boh non pas forcément.  
 C4 : L'estime de soi, non ...  
 C1 : Après on les voit quoi chez nos patients qu'on connaît depuis longtemps...  
 C4 : Tu vois madame ... on a le droit de dire des noms de patients ? ...

C5 : Bah tu dis madame  
 C4 : *En s'adressant à C1*. Celle qui bossait au laboratoire avant là, madame L., celle qui avait oublié de faire... tu trouves pas qu'elle on dirait trop que enfin ...  
 C1 : C'est au passé, elle bosse plus là-bas ?  
 C4 : Non. On dirait pas qu'elle est toute pas bien dans sa peau elle ?  
 C1 : Ha si putain ouais  
 C4 : Alors qu'elle nous en a jamais parlé.  
 C1 : Ouais  
 C4 : On a jamais trop cherché  
 C1 : C'est une dame qui vomissait tripes et boyaux depuis quinze mois...  
 C4 : ... ouais mais ça...  
**M : Parce que elle est comment du coup ?**  
 C4 : Parce qu'elle est très réservée, elle est très ...  
 C5 : Ha c'est celle dont tu nous as parlé la dernière fois ?  
 C4 : Ouais, elle est très réservée, elle est très... elle est toute tordue, toute comme ça, elle ose pas trop, elle parle tout doucement, enfin...  
 C1 : Oui c'est vrai  
 C4 : Enfin elle a un ...  
 C1 : Oui, tu te dis que  
 C4 : Enfin t'as envie de la porter dans tes bras et puis de lui dire « allez viens, on va faire un câlin » quoi !  
*Rires*.  
 C1 : Ha non  
*Rires*.  
**M : Ca on verra après, comment est-ce qu'on renforce l'estime de soi ...**  
*Rires*.  
 C4 : Non mais t'as envie de faire quelque chose pour elle quoi tu vois tu te dis elle doit pas être bien dans sa vie... mais est-ce qu'avoir une mauvaise estime de soi c'est forcément être pas bien dans sa vie ? Tu vois c'est ça le ...  
 C2 : Bah pas obligatoirement.  
 C5 : j'pense que le manque d'estime de soi c'est un manque de confiance en soi.  
 C2 : Mouais  
 C4 : Y a que ça tu crois ? L'estime de soi c'est pas que de la confiance en soi ?  
 C5 : Est-ce que, déjà, si on fait le tour de table, est-ce qu'on a vraiment tous confiance ... ?  
 C1 : En soi ?  
 C4 : Ouais moi j'me kiffe !  
*Rires*.  
 C5 : On est peut être bien dans notre peau quoi ...  
 C4 : Mais non mais c'est parce qu'on est toujours en train d'essayer de se rassurer au groupe de pairs quoi, mais après y a au niveau professionnel et au niveau perso quoi, c'est différent  
 C2 : Non, mais j'pense que tu construis des espèces de défense qui font que t'es pas trop mal dans ta vie malgré le fait que tu te sois construit avec une estime de toi qui est pas .. optimale quoi  
 C4 : Ouais  
*Ils parlent tous en même temps*.  
 C1 : Mais moi j'pense que  
 C5 : Moi j'pense que l'estime de soi elle dépend vachement des autres aussi  
 C1 : Mais moi j'pense que c'est ...  
 C5 : Tu vois, si autour de toi t'as des gens qui te disent t'es top, t'es super, t'es bien entouré et enfin...  
 C4 : Oui puis quand t'as un job  
 C5 : Oui, tu prends de l'estime  
 C1 : Mais vous pensez pas que c'est limite dangereux d'avoir trop d'estime de soi ?  
 C4 : Ha bah si mais enfin  
 C5 : Si t'as que des gens qui te disent « t'es nul », machin, eh bah regarde, les enfants, ça se fait moins, mais en classe t'avais bien des maîtresses qui mettaient les cancrès au fond de la classe avec du scotch sur la bouche, et ben ces gamins ils ont une mauvaise estime de soi pour toute leur vie après, tu vois  
 C1 : Mouais  
 C5 : Et ceux-là bah faut qu'on les repère nous dans nos... ça doit encore se faire...  
 C2 : Bah bien sûr que ça se fait...  
 C4 : Vous avez pas vu la vidéo du mec là sur facebook qui

est brûlé ?

C1 : De quoi ?

C4 : Il faut que t'aïlles sur facebook C1 !

C1 : Mais je suis sur facebook.

C4 : Bref, pardon, digression... non mais c'est ça, c'est pareil, c'est du harcèlement.

C2 : Après moi c'est ce que ... bon du coup je reviens à la première question, mais du coup je pense que c'est beaucoup beaucoup lié à l'éducation en fait l'estime de soi

**M : L'estime de soi ?**

C2 : A la construction de la personne.

C5 : Et à son entourage.

C2 : Ouais

C5 : Ouais si l'environnement

**M : C'est quelque chose qui se construit et qui s'entretient ?**

C3 : Ouais. L'entourage je pense familial, amical, et puis le travail aussi tout ça fait que quand tout fonctionne et ben je pense que l'estime de soi elle est ... enfin c'est plus facile que quand voilà

C1 : Du style le mec qui est sur l'ordi toute la journée, qui est formidable, il a une meilleure estime de lui que ...

C4 : Que le clochard du coin qui voit personne de la journée

C1 : Oui.. que le pauvre employé qui ...

C2 : Non mais je donne un exemple personnel enfin. J'ai des neveux qui sont en système américain et qui sont à l'école dans un système américain, qui sont revenus un peu dans le système français et qui sont retournés dans le système américain, et ils ont qu'une ... enfin ils sont hyper bien dans leur peau, c'est hallucinant, alors qu'ils ont entre huit et treize ans, c'est des périodes qui sont pas forcément hyper faciles tout ça... et ils ont qu'une crainte c'est de retourner dans le système français quoi. Et je pense vraiment que t'as des systèmes d'éducatons qui sont plus ou moins ...

C4 : De récompense, de truc, de .. c'est ça ?

C2 : Euh, c'est même pas de la récompense, c'est juste de la ... de l'encouragement.

C3 : De la valorisation

C4 : Ouais de la valorisation de l'enfant au lieu de la répression, et au lieu de dire « c'est pas bien ce que tu fais, t'es un gros nul »

C2 : Au lieu de mettre le doigt sur ce qu'il a fait mal,...

C4 : on met le doigt sur ce qui est bien.

C2 : ... on dit « non mais attends si, c'est vachement bien » et donc .. « bon t'arrives pas à faire ça, mais regarde tu sais faire plein d'autres trucs », enfin tu vois,

C1 : Hmm

C2 : On sort un peu du ...

**M : Non non, mais c'est .. enfin justement c'est intéressant de se questionner, c'est pour ça que c'est notre première question, c'est sur qu'est-ce que c'est, qu'est qui fonde un peu l'estime de soi, parce que peut-être que ça peut être des choses sur lesquelles on peut s'appuyer pour renforcer... et justement vous parliez de votre estime de vous-mêmes, est-ce que c'est quelque chose sur lequel vous pouvez vous appuyer pour évaluer, un peu en miroir, l'estime de soi des patient, ou? C'est un peu compliqué mais ..**

C1 : C'est vachement personnel en fait moi je pense. Enfin c'est comme on disait, hein, c'est personnel et ça dépend de l'historique, ça dépend de l'éducation, et c'est difficile de faire un transfert en fait sur les patients qu'on a en face de soi.. enfin je trouve.

**M : OK**

C4 : Je pense même que c'est pas sain du tout quoi. Je pense vraiment que t'as beau avoir vécu les mêmes choses, en fait, selon l'environnement dans lequel t'étais, et selon ta propre personne, tu l'auras pas ressenti de la même façon et ça t'aura pas construit de la même façon. Tu vois des fois tu peux dire « ha ouais moi j'ai vécu pareil, je vous comprends » tout ça, et en fait non, juste tu comprends pas.

C1 : C'est un petit peu comme si on était en empathie avec un patient dépressif parce qu'on a déjà été dépressif, enfin ... faut surtout pas faire ça !

C4 : A priori

**M : Ouais ouais, d'accord.**

C4 : Bah oui, surtout que ... enfin encore une fois, quand

t'as un peu tendance à être une éponge et à pleurer avec les patients, j'pense qu'il faut pas trop faire ça, ouais, effectivement., non mais c'est vrai

C1 : C'est clair

**M : Se comparer quoi.**

C1 : Bah se comparer

C4 : Ouais enfin essayer de faire un rapprochement ou dire « ha ouais ... »

C1 : Ouais tapoter sur l'épaule en disant machin

*Silence*

C4 : C'est peut-être pas ça qu'il demandait

**M : Ma question c'était plus, est-ce que en gros par rapport à vous, enfin est-ce que vous vous servez de votre niveau que vous, vous estimez ...**

C4 : C'est bizarre comme question

**M : Non non mais c'est ...**

*Rires*

C4 : Non mais j'arrive pas à comprendre ce que enfin tu vois ... qu'est-ce notre estime de soi à nous peut faire dans la compréhension de l'estime de soi quoi c'est ça, de l'autre ?

C1 : Non mais c'est est-ce qu'on peut faire participer sa propre expérience en essayant de faire un transfert pour comprendre l'expérience du patient ?

**M : Je sais pas ... imaginons ...**

*Rires.*

**M : Peu importe**

*Rires.*

C4 : C'est quoi qu'il dit ?

**M : Non mais en plus ça sort de notre grille**

C2 : Bon allez, restons dans la grille

**M : C'est ça, non c'est juste que j'ai pensé à ça ... OK .. quels intérêts vous voyez à l'évaluation de l'estime de soi, enfin dans la prise en charge des patients en médecine générale ?**

C5 : Bah peut-être que ça nous permettrait de mieux connaître... enfin de mieux savoir sur quelle longueur d'onde sont les gens en fait quand on les voit, mais moi j'veux bien mais qu'on me donne une grille pour savoir comment évaluer l'estime de ces patients

C4 : Y en a c'est facile, y en a qui te le disent hein, donc ça va.

C1 : Ça permettrait de cibler les patients avec une mauvaise estime pour ...

C4 : Pour essayer de justement, ouais

C1 : Pour savoir...

C4 : D'où ça vient ...

C1 : ... Enfin c'est ces patients-là qui seront mauvais, enfin qui seront pas content du tout du traitement a priori

C5 : Ouais ou au contraire, moi j'pense que

C4 : J'suis pas sûre.

*Deux discussions en parallèle*

C5 : Moi j'le vois plutôt dans l'autre sens, ceux qui ont pas du tout d'estime d'eux tu vois... enfin que je pense

C4 : Ou alors ils font tout ce que tu leur dit

C5 : ... ils font tout ce que je leur dis

C1 : Ha ouais ?

C4 : Mais c'est c'que j'te dis, moi mes mecs qui sont..

C5 : Ils se posent pas de questions, alors que ceux qui ont plus d'estime d'eux mêmes ils vont te dire, enfin ils remettent en cause un peu

C4 : « moi j'ai regardé sur internet »

C5 : Voilà, et du coup ils .. enfin ils te mettent toi en problème quoi ... enfin moi ils me reposent la question et du coup je suis plus trop sûre de moi face à eux.

C1 : Tu vois Mr V, qui prend pas du tout son traitement.

C4 : Non mais il se kiffe lui hein?

C1 : Quoi ?

C4 : Il s'aime bien

*Fin des discussions en parallèle*

C4 : Oui oui moi j'suis d'accord, et celui dont tu viens de parler ...

C1 : Il se surkiffe

C4 : Eh bah oui, il a une estime de lui qui est là haut là.. donc si tu veux, le traitement du diabète.. « non mais attendez, moi j'ai pas le même diabète que tout le monde quoi »... non non mais justement ça rejoint complètement ce qu'elle dit hein.

**M : OK**

C1 : Non mais après t'as celui, mon patient qu'a son gros

pougnac là, lui il en a rien à battre... je sais pas

Silence

C4 : Est-ce que ça peut ... ? C'est ... j'ai oublié la question...  
Rires.

**M : Quels seraient les intérêts au fait que le médecin généraliste évalue l'estime de soi de ses patients ? Quels atouts, par exemple, quels sont ses atouts au médecin généraliste ? Est-ce que c'est son rôle ?**

C4 : Est-ce que ça peut servir dans la pratique ?

**M : Justement, à quoi ?**

C5 : Bah je pense que ça va plus servir effectivement au médecin généraliste qu'au spécialiste parce que le médecin généraliste, on suit quand même les patients, et du coup on connaît leur .. enfin pour certains on connaît quand même leur histoire et du coup on va peut-être plus comprendre aussi leur estime d'eux-mêmes ou en tous cas sur quel.. comment ils sont et pourquoi ils réagissent comme ça vis à vis de certaines choses. Si c'est juste pour , je sais pas, être ...

C4 : Oui.. et après pouvoir jouer dessus...

C5 : Oui c'est ça.

C4 : C'est à dire que quand on sait que pertinemment, voilà, après on s'adapte, on adapte notre discours en fonction de

C5 : En fonction d'eux

C4 : En fonction de ce qu'on sait sur le ...

C3 : Et puis si on arrivait à revaloriser un peu tout ça, on sait qu'ils seront mieux dans leur peau donc forcément ils seront en meilleure santé quoi.

**M : OK**

C1 : Mais comme disait je sais plus qui, faudrait qu'il y ait une grille quoi, parce que...

C4 : Oui, mais est-ce qu'on arrive à les faire changer de comportement, moi je suis pas bien sûre hein parce que ... Moi j'en ai une dans la tête, là Mme G. là celle qui ... Elle elle a une estime de soi qui est dans ses chaussettes, hein, c'est sûr, parce qu'elle a eu une enfance horrible. Et... même à chaque fois j'essaie de lui dire « ha mais c'est super, vous êtes jolie », enfin, en plus elle cherche l'approbation, elle essaye... et euh ... elle écoute rien de ce qu'on lui dit, rien !

C1 : Et à chaque consult c'est « est-ce que j'ai maigri ? Est-ce que vous me trouvez jolie ? Est-ce que machin ? »

C4 : Oui, elle cherche. Voilà, la pauvre quoi, j'veux dire, c'est une paumée hein mais. Elle, carrément, on le sait qu'elle n'a pas d'estime de soi parce qu'elle te le dit, hein donc. Euh, mais... pourtant

C1 : Elle fait ce qu'elle veut.

C4 : Elle fait ce qu'elle veut, en termes de traitement ouais. C'est pour ça que j'me dis...Pourtant j'essaie de ... (à voix basse) de lui dire qu'elle est belle (rires). Mais... Elle prend toujours de l'Augmentin à chaque fois qu'elle a le nez qui coule quoi, enfin j'veux dire, ça marche pas.

C2 : Moi j'trouve pas que ça soit... enfin il faut faire attention à la manière dont on recherche l'estime de soi, parce que j'pense que chez certaines personnes ça peut être hyper intrusif.

C4 : mal vécu, ouais, hm

C2 : Enfin tu vois : « alors, aujourd'hui nous allons estimer votre estime de vous ».

C3 : « Vous venez pour le nez qui coule, mais ... »

Rires .

C2 : Tu vois, ça peut être hard. J'suis même pas sûre que les gens ils comprennent vraiment. Faut vraiment rentrer dans le psychologique des gens et vraiment comprendre leur mode de fonctionnement. Euh, mais

C4 : Pas pour tout quoi

C2 : Pas pour tout quoi. Parce que ça peut pas être amené n'importe comment.

**M : Et intrusif parce que c'est leur médecin qui va leur poser la question ? Ou intrusif parce que intrusif ?**

C2 : Parce que c'est quelque chose de trop violent pour eux en fait.

**M : D'accord**

C2 : Parce que ça les renvoie à des trucs qui ont été euh .. hyper compliqués

C4 : C'est une question très personnelle

C5 : Et puis j'suis même pas sûre qu'ils sachent eux-mêmes quelle est leur estime d'eux-mêmes

C4 : Bah déjà nous on n'arrive pas à le dire alors ...

C2 : J'suis même pas sûre qu'ils se posent la question parfois ouais

C5 : Tu vois moi si on me demandait « quelle est ton estime de toi même ? », eh bah j'pense que je répondrais feuille blanche quoi

C1 : Et puis j'pense que ça dépend vachement des .. enfin ça dépend des jours, ça dépend si t'es fatigué, si t'es bien luné

C4 : Ca dépend des jours clairement

C2 : Ouais et puis t'as des gens qui ont juste pas envie de ...

C5 : Et puis ça dépend face à qui

C1 : Oui

C4 : Oui, y a des gens qui ont pas envie d'ouvrir cette porte là non plus quoi.

C1 : Ouais

C4 : Et peut-être il vaut mieux pas non plus ... non mais si il vaut mieux, mais ...

C1 : Mouais même pour nous c'est compliqué alors ...

C4 : Ca dépend combien de temps t'as devant toi

C5 : Et puis j'pense que ton estime de toi même elle dépend de face à qui tu es.

C4 : Ha oui oui.

C5 : Y a des gens ... si tu sens que l'autre il a plus d'estime de lui-même et ben tu vas .. ; en tous cas moi j'aurais tendance à ... avoir moins d'estime de moi-même ...

*l's se coupent tous la parole !!!!*

C4 : Et puis y a des moments de notre vie aussi... en tous cas de médecin quoi j'veux dire. Moi j'ai pas la même estime de moi qu'il y a quelques années.

C1 : Et puis ça dépend si on pose la question un lundi matin ou un vendredi

C5 : Alors que si je suis face à quelqu'un dont j'ai l'impression qu'il a moins d'estime que moi et bah du coup je serais plus confiante en moi-même pour essayer de lui remonter. Enfin j'en sais rien comment dire mais

C4 : Oui, oui. De toutes façons, quand nous on est moins à fond on aide moins bien les gens, enfin j'pense que ...

C1 : Ha ça clairement ouais

C5 : Oui mais y a des moments t'arrives à être moins à fond, parce que ... Pas que t'as pas envie, mais parce que les gens en face de toi t'as l'impression qu'ils ont... Enfin j'en sais rien comment expliquer mais... enfin tu vois y a des gens j'pense qu'ils sont tellement bas donc tu sais que t'es au-dessus donc tu sais que t'arriveras à ...

C4 : Ouais, à essayer de les booster

C5 : Voilà, et puis t'en as d'autres, en fait, même si ils vont pas bien, j'sais pas moi j'suis trop impressionnée ... Ouais ou ils sont ... enfin j'me sens en dessous ... enfin je sais pas si c'est une histoire d'estime de soi-même mais euh.

C4 : Oui oui j'vois c'que tu veux dire

C5 : J'ai pas assez confiance de moi-même par rapport à eux donc j'arriverais pas.. je serais sans doute moins pertinente dans ce que je vais leur dire. Bon peut-être

**M : Voilà c'était un peu ça ma question tout à l'heure, ma question bizarre.**

C4 : Ouais c'est ça.

C1 : Moi j'trouve que ça dépend aussi vachement du moment de la journée...

C4 : Oui oui, ça c'est vachement intéressant.

C1 : ... du moment de la semaine, du moment de l'année. Y a des moments où si... clairement si t'as pas pris de vacances pendant deux mois...

C4 : Ha oui oui oui

C1 : ... Les patients qui sont un petit peu déprimés, qui sont un peu dans la plainte, parfois t'as envie, enfin en tous cas moi, j'accélère la consult et je les écoute que d'une oreille hein, et ...

*l's se coupent tous la parole !!!! Deux conversations en même temps ...voire trois !*

C4 : C'est intéressant c'que t'as dit ouais.

C2 : C'est marrant parce que ça me fait penser à une consult que j'ai eu aujourd'hui. Hyper euh ... très agressive, très dans la demande, et euh

C5 : J'pense que t'as des gens avec qui...Être suffisamment à l'aise ... j'suis pas assez en confiance moi-même.

C3 : Tu te sens obligée d'avoir hyper, d'avoir l'air super sûr, d'être ...

C4 : Vachement intéressant ça.

*Chh chhh . Ils se rendent compte qu'il y a deux discussions en parallèle et que le modérateur essaye de leur signifier.*

C4 : Oui mais c'est très intéressant ce qu'elle vient de dire.

*Rires. Ils se regardent puis*

C5 : Vas-y à toi.

C2 : Non je disais j'ai une patiente aujourd'hui qui est arrivée aujourd'hui, hyper agressive, hyper dans la demande, elle a des troubles depuis un moment euh ... qu'elle arrive pas à faire passer. Donc au début elle était complètement bio bio, voilà tout ça puis tout d'un coup elle me demande des hormones et puis tout ça machin et puis à me dire « franchement les médecins vous y comprenez rien, nin nin nin ». Et puis, je regarde dans ses antécédents, je l'avais déjà vue une fois cette dame, y a eu un cancer du sein chez sa sœur. Et puis je lui dit « y a eu un cancer du sein dans votre famille » ... « ooh elle m'emmerde celle-là , elle m'emmerdera jusqu'au bout ! ». Tout ça machin, enfin bref, elle était hyper agressive, du coup moi j'me suis sentie hyper agressée. Donc un espèce de mur entre nous deux et juste à la fin de consult j'ai réussi à lui dire « En fait, juste la prochaine fois, essayez d'être moins agressive quand vous arrivez parce que ça me donne pas envie de vous traiter quoi ».

C5 : Et t'y es arrivée ?

C2 : Ouais, mais parce que c'était trop quoi. Enfin tu vois j'me sentais vraiment hyper mal. Et... et du coup elle s'est mise à pleurer en disant « Non mais vous vous rendez pas compte, comme je suis en souffrance et comme j'suis vraiment pas bien. Parce que cette agressivité c'est juste le reflet de tout ça. ». Mais c'est quelque chose que j'aurais pas pu lui dire d'entrée de jeu. J'sais pas trop comment dire, mais des fois il suffit de peu mais c'est...

**M : C'est pas toujours le bon moment quoi**

C2 : Des fois c'est à la fin de la consult, et t'arrives à lâcher tout

*Blanc, ils se regardent. Puis, pour relancer l'autre sujet de la double discussion d'avant :*

C4 : Vas-y

C3 : Non, nous on disait justement, au contraire parfois quand t'as quelqu'un en face qui paraît très sûr de soi on a l'impression que nous aussi il faut qu'on soit très sûr ...

C4 : Il faut qu'on en rajoute presque

C3 : Voilà pour montrer qu'on a confiance et euh voilà.

C4 : Bah pour montrer qu'on est sûr de nous et que...

C3 : Parce qu'on sait que si on a le moindre doute ça va pas du tout passer avec ce genre de ...

C4 : ... Alors que moi j'passe ma vie sur le CRAT à faire semblant de enfin à ... à montrer aux gens « c'est quoi votre truc, j'y comprends rien machin et tout » et y a des patients tu sens que c'est pas possible quoi. Si tu fais ça ils vont se dire « mais ... qui c'est celle-là »

C3 : Hmm, ils vont perdre confiance, et euh ouais

C4 : T'es obligée de faire genre

C1 : C'est un petit peu comme quand tu adaptes ton langage et ta façon de faire à... Dans l'entretien motivationnel c'est pas mal basé là-dessus, se mettre au niveau du patient que t'as en face..

C4 : Oui bien sûr

C3 : Oui, c'est vrai, tu changes toi-même face à ton patient

C1 : Bah tu sais on en a tous ... Je sais plus ce que c'était comme formation, on classait les caractères des gens en fonction.. et dans un des caractères, y avait les patients travaillomanes. Les patients travaillomanes c'est les... les MGEN (*rire*), où tu dois leur expliquer en long en large et en travers, ou ils viennent avec leur tableau excel et machin, et quand tu leur prescribes un examen bio, il faut, enfin tu sais que ça va te prendre des plombes pour leur expliquer ligne par ligne ce que tu veux faire. Et sinon ils sont pas contents.

C4 : Hmm

C1 : Et ces patients-là on en a tous, et quand il faut un patient par quart d'heure, quand c'est ces patients là, je prends une demi-heure parce que je sais que j'aurais jamais le temps . Pourtant c'est une consultation classique comme les autres mais bon. Ca pompe.

*Blanc*

*Rires*

**M : On s'adapte euh...**

C1 : On s'adapte

C4 : Oui mais comme quoi l'estime de soi fait changer de

comportement ; Enfin moi j'trouve ça assez marrant ce... C'est vrai, du coup t'es obligé de changer de comportement parce que tu te dis que il faut que tu compenses je sais pas quoi là

C5 : Hmm

C1 : Notamment ceux qui ont une très bonne estime d'eux

C4 : Oui c'est ça

C5 : Oui surtout, parce que moins avec les autres

C4 : Ouais c'est ça ouais, ouais ouais

C5 : Bah oui parce qu'en fait ....

C2 : Mais ceux qui ont vraiment une très bonne estime d'eux, est-ce que c'est pas juste un rôle ?

C4 : Une façade ! Mais bien sûr que si !

C1 : Si si

C4 : Mais comme nous on fait semblant d'être très très calés.

C1 : D'être super calés. Tchik tchik wikipédia.

*Blanc*

**M : OK, du coup on a parlé donc, de la manière dont on évalue l'estime de soi ... sur quoi on se base pour faire ça, est-ce que ça a un intérêt ou pas, quelles sont les difficultés vous l'avez abordé, voilà, « c'est pas forcément le bon moment », « on sait pas trop comment faire », ou « qu'est-ce qu'on pourrait en faire » et caetera. Ensuite, une fois qu'on a évalué l'estime de soi, possiblement on peut essayer de la renforcer. Et donc voilà, dans ce contexte de l'accompagnement au changement de comportement toujours, pour rester focalisés sur ce qui nous occupe ce soir, essayez-vous de renforcer l'estime de soi des patients ? Toujours pareil, si non pourquoi, et puis si oui, comment ?**

C3 : Bah oui.

C5 : Oui, moi j'pense que j'essaie de renforcer l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes

C3 : Dans les addictions, comme on disait, parfois ils ont rechuté mais on dit « ha mais c'est bien, vous avez tenu une semaine, c'est pas grave, ça arrive euh. Ou voilà quand il y a des confits et que les gens y sont arrivés et bah on dit « eh bah c'est bien d'être déjà arrivé à ça » c'est ... enfin je pense qu'on voilà

C5 : Ouais, on essaye de renforcer

C4 : Tu vois le positif

C3 : Oui, voilà

C1 : Pour les gens en surpoids aussi

C3 : Voilà, ils ont perdu un kilo en six mois et puis tu dis (*ironique*) « mais c'est bien » (*rires*).

C5 : Oui, ou la courbe a pas bougé depuis l'année dernière mais tu dis au moins ils sont stabilisés tu vois euh.

C4 : Oui voilà

C5 : C'est bien c'est bien

C1 : Ou chez les gamins qui arrêtent, les gamins en surpoids où tout d'un coup tu vois leur poids qui s'est stabilisé et tu dis « ouah ! »

**M : Donc la valorisation du coup, le renforcement positif**

C4 : Oui,

C1 : Oui c'est ça.

C2 : Ca on le fait je pense

C4 : Oui bah bien sûr ...Et puis même le cholestérol quoi, enfin tous les trucs, dès qu'il y a des bios, on est (*sur un ton ironique*) « ha oui c'est bien »

*rires*

C4 : Non mais c'est vrai

C1 : Ouais non mais clairement

C4 : D'où le une heure le soir pour regarder les cholestérol et se dire « la prochaine fois il faudra que je lui dise que c'était bien »

*Rires.*

C4 : Hmm

**M : Est-ce que vous verbalisez le travail autour de l'estime de soi avec vos patients ? Parce que là vous dites que vous renforcez. Est-ce que vous verbalisez ?**

C3 : Moi je les envoie chez la psychologue, pour dire « faudrait travailler sur votre confiance en vous, faudrait aller voir quelqu'un ».

**M : Ouais**

C3 : Ha oui oui, moi j'envoie chez... parce que je sais pas faire

C1 : On n'a pas le temps surtout

C3 : Oui et puis je sais pas du tout comment on fait. Enfin comment on ... Moi j'envoie beaucoup chez le psy pour. Justement, les gens que je sens qu'il sont pas du tout confiance, je les envoie pour qu'ils aillent.

**M : OK, donc en verbalisant ça, en disant « il faut que vous travailliez sur votre confiance en vous »**

C3 : Oui, sur votre confiance en vous, sur euh voilà

**M : OK**

C3 : Souvent sur la légitimité. Les gens se trouvent des fois pas légitimes ... ouais dans leur travail, dans leur rôle, dans leur famille, et du coup je les ... ouais ... je les envoie.

C4 : Tchik

C3 : Qu'est-ce qu'il y a ?

C4 : Alors c'est très marrant, parce que du coup, je me sens pas du tout... tu vois, ce que disais tout à l'heure que toi t'étais pas du tout dirigiste, et que moi je le suis . Eh bah moi je leur dis pas du tout ça, je leur dis « non mais vous rigolez, mais euh n'importe quoi » euh ; je les envoie pas du tout chez le psy, hein moi je leur dis « mais non, mais c'est très bien ce que vous faites » enfin. *Rires.* « Vous devez pas vous laisser... » non mais enfin tu vois, moi je suis pas du tout comme ça, quoi c'est rigolo. Moi j'essaie de les renforcer, genre mais c'est toute seule quoi ; Je leur dis enfin...

**M : OK**

C4 : Juste spontanément quoi

**M : Et du coup on a parlé du renforcement positif... est-ce qu'il y a d'autres outils. Enfin ou d'autres techniques, d'autres manières que vous utilisez ?**

C2 : Moi je leur dis d'essayer vraiment de faire des choses qui leur font du bien, c'est-à-dire ...

C4 : ...Prendre du temps pour eux...

C2 : ... mouais c'est-à-dire j' pense que... j'me rappelle que j'avais un copain qui avait fait sa thèse sur le sport dans le sevrage alcoolique, et c'est en fait que ça a vraiment des vrais effets positifs. Et sur des personnes en surpoids et ben c'est pareil j' pense vraiment que bah typiquement voilà des gens qui arrivent, qui sont en surmenage professionnel ou personnel. Je leur dis « bah là je vous arrête une semaine et vous allez faire que des trucs qui font du bien quoi, vous allez vous barrer en montagne si vous avez envie » ; « Ha oui mais l'arrêt de travail j'peux pas sortir chez moi » « Mais on s'en fout »

*Rires.*

C1 : Fuck la sécu

C2 : Vraiment, j'trouve que c'est hyper important vraiment de prendre...

C5 : ... Oui c'est ça, moi la semaine dernière j'ai fait un arrêt de travail j'leur ai dit « allez, allez au ciné, allez marcher, faites c'que vous voulez, mais changez vous les idées quoi »

**M : Du coup dans cette optique là, de renforcement**

C2 : Oui, qui leur ramène du bien-être, qui leur ramène du voilà, des choses, . « Je suis arrivé à faire à faire ça, j'suis arrivé à... ». J'trouve que c'est ... ouais, que c'est hyper important.

C4 : Et les gens qui craquent aussi, les gens qui font que ça, les mères là ... enfants, boulot, machin, et qui prennent pas le temps d'aller se faire épiler, rien du tout, moi j'leur dis « allez-y, faites une p'tite séance d'épilation »

*Rires*

C5 : Vous en avez besoin !

C4 : Ou un p'tit massage, mais l'épilation c'était bien

**M : OK, du coup vous donnez des conseils aux patients**

C4 : Carrément, moi j'fais un peu

**M : OK, du coup sur prendre soin de soi... Tout à l'heure, on en parlait, enfin de modifier son comportement soi-même, donc là on était plus sur l'évaluation. Est-ce que pour renforcer l'estime de soi de vos patients, dans le contexte du changement de comportement ou pas, est-ce que vous modifiez votre attitude ? Volontairement ou intuitivement ... Tout à l'heure on parlait de « je sais que c'est une meilleure estime de ... » Ca peut être aussi pour d'autres causes, mais ... est-ce que voilà**

C2 : Bah, moi j' pense que oui, et ça se fait de fait. C'est-à-dire que à partir du moment où on arrive à ce moment avec le patient où on parle de ça, ce qui pas encore une fois n'est pas toujours le cas. Ca peut être chez des patients .. moi j'ai des patients en tête où spontanément y a pas d'accroche

quoi.. où j'ai vraiment du mal, où j'ai voilà ... Et à partir du moment où on arrive à parler de ça et bah ça devient plus simple, et du coup moi je change aussi, parce que je pense que je deviens plus empathique, je deviens plus euh ... j'ai plus envie de l'aider, j'ai plus envie de...

**M : OK ... Après cette phase d'évaluation du coup .. ça permet de changer son rapport au patient**

*Silence*

C2 : Et dans le renforcement aussi, du coup on est forcément beaucoup plus positifs, beaucoup plus motivants...

C4 : C'est ça, j' pense qu'on a l'air enjoué, on essaye de .. enfin j'imagine .. c'est ça

*Silence*

C4 : Mais n'empêche que y a aussi des médecins qui sont complètement dépressifs, voilà, qui sont là « oui ... » Non mais y a pas des patients qui vous racontent des trucs comme ça, sur des médecins qui sont complètement neurasthéniques là, ça donne pas très envie quoi

C1 : Si si oui oui

C4 : Y en a hein

C1 : Ouais ouais

C2 : C'est peut-être plus galère pour le renforcement positif.

C4 : Oui non mais c'est pour ça, j' pense que spontanément on doit faire des trucs genre (*sur un air forcé*) « ha ha, c'est super » .. quand on n'est pas au fond de notre fauteuil à leur dire (*sur un air ramolli*) « oui, alors vous devriez aller faire un peu quelque chose ... pour vous »

C1 : Hmm

C4 : Bon après c'est des histoires de comportement quoi, enfin on change pas complètement de comportement non plus quoi, enfin de tempérament quoi.

C1 : Après ça dépend aussi de depuis combien de temps on connaît le patient

C4 : Oui, ça c'est sûr.. ce qu'on se permet de lui dire ou...

C1 : On peut pas non plus être super empathique si c'est un patient qu'on connaît depuis deux consultations ou si c'est un patient qu'on connaît depuis dix ans quoi ...

C4 : je sais pas ...

C1 : Hein ?

C4 : Je sais pas ça ...

C5 : Ouais ...

C4 : Moi ça dépend du premier contact, moi y a des gens j'fais des blagues dès le début hein.

C1 : Moi j'ai du mal hein

C4 : Ha ouais... Alors que toi tu tutoies des patients, et que moi j'suis incapable de faire ça, c'est rigolo ça

C1 : Ouais mais ça a a rien à voir

C4 : Bah si quand même

C1 : J'ai une barrière tu sais : j'ai les patients qui sont plus jeunes que mon frère

C4 : Hmm ... moi j'trouve que quand même tout de suite dès le début tu peux être complètement dans un truc de confiance quoi.

*Plusieurs acquiescent*

C1 : Ouais ouais, mais ça c'est le feeling, enfin mais par contre ... mouais ... tu peux avoir un feeling avec le patient mais .. enfin les premières consultations faut quand même savoir un petit peu ce qu'il pense, machin... Moi j'me permets des trucs avec les patients que je connais depuis sept ans, que je fais pas avec les patients que je vois depuis deux semaines... Style plaisanter, machin.

C4 : Ouais mais comme tu vois nous on est, enfin on a été quand même longtemps remplaçants, tu vois moi je sais que si je fais pas c'est chiant...

C1 : Ouais ouais ouais

C4 : Donc moi je pense que dès le début, tu peux ... tu balances des trucs quoi

C1 : Ouais

C2 : Et puis y a des gens avec qui tu le sens...

C4 : Oui oui oui, bah évidemment

*Plusieurs acquiescent.*

C1 : Et le pire, c'est qu'au contraire parfois t'as des gens que tu sens pas et qui t'apprécient beaucoup, et que tu fais de la très mauvaise médecine ... Ha tiens (*en s'adressant à C4*), à propos, tu sais la patiente qui te voulait en médecin traitant et tu lui a dit non

C4 : Elle est pas revenue

C1 : Ha oui, tu lui as assez pourri la vie pour qu'elle revienne

pas ... (en s'adressant au modérateur) petit aparté  
*Silence*

C4 : Vas-y, drive nous là, parce que sinon...

**M : Tout à l'heure vous parliez, que vous conseillez au patient de prendre soin de lui sur certains aspects un peu de sa vie « faites ce qui vous fait plaisir » et caetera . Est-ce qu'il y a d'autres aspects, dans le cadre du renforcement de l'estime de soi... est-ce que vous vous appuyez sur euh... Sur quels aspects de la vie du patient vous essayez de vous appuyer ?**

C3 : Bah là où il bon, où il est fort, pour que ça le... pareil

C4 : Pour le valoriser

C3 : Oui voilà, pour qu'il se sente valorisé ... et aussi peut-être des choses où il est doué

C1 : Des aspects positifs et qui sont aussi plutôt bons pour la santé ..

C4 : Ouais moi souvent je leur dis de dormir aussi hein

C1 : Ha ouais

C4 : C'est bien de dormir

*Rires*

C4 : De manger, beaucoup

*Rires.*

C1 : Des fruits et des légumes ;

C4 : Les gens qui sont déprimés ils mangent plus

C1 : Ha oui oui

C4 : Enfin ça dépend

*Rires*

**M : Pour retrouver du coup du plaisir**

C4 : Ouais voilà de se faire des trucs

C2 : Et puis sur l'entourage aussi je trouve aussi, c'est important

C4 : Ouais

C2 : De leur rappeler qu'il ont un entourage sur lequel ils peuvent compter euh ouais, y en a beaucoup chez nous des patients qui ont

C4 : Ouais, moi j'ai une patiente qui était complètement pas bien, déprimée et tout machin, et elle m'a dit un truc qui était vraiment horrible quoi : « quand mes enfants ils viennent pour me solliciter pour jouer et ben j'ai même plus envie de jouer avec eux quoi ». Super. Eh ben du coup on a travaillé là-dessus . Je lui ai dit « bah peut-être que vous pourriez, voilà au début, bah vous forcer » Horrible... voilà.. et puis quand je l'ai revue après elle m'a dit « mais c'était super, du coup je me ... voilà, du coup maintenant je rejoue avec eux et ... » T'imagines, une mère qui te dit quand ils viennent la solliciter « j'ai plus envie de jouer avec eux ». « Ha ouais super ».

C2 : Ouais de refaire des trucs avec l'entourage, enfin je pense.. de limiter l'isolement aussi qu'ils ont.. qui doit s'accumuler aussi.

C1 : Hmm

**M : Ca fait un peu écho du coup à ce que vous disiez au début, sur ce qui fonde l'estime de soi...**

C4 : Hmm, bah les autres, globalement en fait. En fait, le regard des autres quoi j' imagine

C1 : Ouais, c'est ça

C3 : Bah je pense que l'estime de soi elle vient des autres.

C4 : Elle vient des autres oui oui, parce que c'est le reflet

C1 : On dirait « huis clos »

C5 : Ou t'as une énorme estime de toi même et du coup t'es au dessus de tous les autres et tu fais

C4 : Tu t'en fous de ce que peuvent penser tous les autres

**M : Et quand vous vous occupez pas du coup vous-même de renforcer cette estime de soi, vous orientez peut-être parfois du coup, vers des psychologues. Est-ce qu'il y a d'autres orientations, spécifiques, hors médecine générale ?**

C4 : L'esthéticienne !

*Rires*

C4 : Moi j'leur sors souvent ça

C2 : Et puis le sport, la piscine

C1 : Et pour les mecs tu leur dis quoi ?

C4 : Les mecs ils viennent moins me dire qu'ils sont déprimés.

*Rires*

C1 : Putain moi j'en ai plein ... Mais par contre ...

**M : Donc plutôt sport ...**

C4 : Ouais sport, activités en extérieur aussi, parce que c'est des gens souvent qui restent en ...

**OK**

C5 : Moi sur X (ville), dans le pôle de santé, on fait de l'éducation thérapeutique patient, du coup effectivement ceux que j'adresse c'est ceux qui sans doute ont pas beaucoup d'estime d'eux mêmes parce que ... ça pêche quoi au niveau médical... et du coup bah ils vont voir soit la diététicienne, soit l'infirmière, et après ils ont un travail en groupe avec d'autres patients de X (ville) et tout ça donc c'est ... Je leur demande d'aller, enfin s'ils sont d'accord, je leur propose de participer à l'ETP et du coup c'est ... ils ont un entretien individuel et après ils ont cinq euh .. cinq euh ..

**M : Séances de groupe ?**

C5 : Voilà, séances de groupe quoi. Et effectivement peut-être que ça peut le revaloriser parce qu'en fait ils échangent entre patients et je crois que c'est, enfin moi j'ai jamais participé, mais a priori c'est très riche ce qu'il s'y passe quoi. Et effectivement j pense que j'ai des patients qui ont peut-être repris un peu.. qui se sont rendu compte que finalement ils faisaient peut-être pas si mal que ça certaines choses et qui ont ...

C1 : Ouais.

C4 : Nous dans le même genre nous on a l'infirmière Asalée, donc c'est pareil, ça j pense que c'est un truc euh machin.. et le RéPPOP , je sais si vous connaissez le RéPPOP ?

**M : Ouais j'y vais jeudi**

Ha tu bosses au RéPPOP

**M : Euh je vais faire la formation**

C4 : Ouais et ça j pense que c'est super bien, enfin je pense hein, pour les gamins, parce que du coup y a des psys, y a des coachs sportifs, y a plein de trucs, et du coup ça c'est un truc qui permet vraiment de, justement chez les gamins obèses là de revaloriser un peu..

C1 : Par contre faut s'inscrire ?

C4 : Je crois que les patients en fait ils vont sur le site ... mais bon on en parlera après.

**M : Donc du coup vers les réseaux ? Parce que c'est un réseau de soin le RéPPOP...**

C4 : Bah oui vers les réseaux, parce que y a plus d'intervenants, parce qu'on n'est pas tout seul à essayer de faire un truc, parce que je pense qu'ils y trouvent plus leur compte, enfin d'autres euh ...

C3 : Et puis après, enfin je sais nous on a un club de tricot

*Rires.*

C4 : Ha je t'adore

C1 : Renforcement de l'estime de soi par le tricot. Ha ha ha

*Rires.*

C3 : Bah au moins ça fait sortir, enfin voilà, ils rencontrent des gens, ils discutent, enfin voilà toutes les associations dans les villages qu'on a, de clubs, de sorties, de trucs, pareil, je leur dis d'aller voir quoi, c'est toujours ...

**M : Et du coup d'avoir une connaissance un peu du réseau associatif ou social, quoi, des autres...**

C3 : Ouais c'est ça

C4 : Bah nous à la maison des habitants, enfin au planning, dans le cadre du planning, du coup c'est pas forcément en médecine gé, mais bon. Bah dans les maisons des habitants y a des petits déj en fait, ils organisent plein de trucs, enfin, et du coup ça c'est hyper bien pour les patients parce que du coup voilà ils voient d'autres gens, ils discutent de plein de trucs ...

*Silence*

**M : OK. Est-ce que vous avez d'autres .. ouais, est-ce qu'il y a d'autres orientations ? Enfin je sais pas, que vous avez pu ... On a parlé des psychologues, de l'éducation thérapeutique, des réseaux, des structures associatives, des clubs de sport et tout ça ...**

C4 : Les kinés pour aller faire de la piscine avec leurs copines et tout ça. *Silence.* Mais les kinés ils doivent faire pas mal de psychologie quand ils sont à côté de leurs patients.

C1 : Quand ils sont là.

C4 : Non mais vrai, tous les paramédicaux j pense que, les infirmières, mon dieu quelle angoisse.

C1 : Pff, je sais pas.

C4 : Non mais c'est vrai, en fait, tu passes ton temps à rassurer les gens, à leur dire que finalement c'est pas si mal...

C5 : Et puis après, la famille, des proches, on leur dit

souvent « partez une semaine, chez voilà, chez une petite sœur, ou chez quelqu'un que vous aimez bien, qui est voilà »

**M : OK**

C5 : Ouais

*Silence*

**M : Bien, quels intérêts est-ce que vous voyez au renforcement de l'estime de soi par le médecin généraliste ? Enfin au renforcement de l'estime de soi dans la prise en charge des patients en médecine générale, et pareil que tout à l'heure avec l'évaluation, quels seraient les atouts du médecin pour faire ça, et en quoi cette mission serait-elle la sienne ?**

C3 : Bah parce que les gens seraient mieux dans leur peau, donc forcément ils vont mieux quoi

C1 : Bah c'est ça, l'intérêt c'est qu'ils aillent mieux quoi

C4 : Ouais et puis s'approprier plus leur santé, leur vie, et leur façon de se soigner

C2 : Hmm. Moi je crois que c'est le travail du médecin comme tu disais de n'importe quel intervenant avec qui il y a une relation de confiance qui se crée, une relation d'une personne à une personne. Donc, on en parlait tout à l'heure dans l'éducation chez l'enfant, mais aussi chez le curé, j' pense qu'on peut dire...

C4 : Ouais mais carrément

*Rires.*

C3 : Même entre amis, en groupe de pairs.

C2 : Et du coup ça incombe au rôle du généraliste parce que y a ce, cette relation qui s'installe quoi.

**M : Ouais donc un peu de fait quoi. Enfin de fait parce que y a une relation de confiance.**

C2 : Et de fait parce qu'on sait que quelqu'un qui va mieux, qui a plus d'estime de lui, va aller mieux sur beaucoup de plans. Enfin l'homme bio-psycho-social, c'est vraiment ça, c'est vraiment le fait qu'il y ait une interaction du psycho avec le bio avec le social, enfin c'est... et je crois qu'on milite quoi.

**M : Ouais donc cette idée de prise en charge globale**

C4 : Ca c'est sûr, vu le nombre de consult qu'on fait pour du psycho-somatique.

C1 : Pff

C4 : Pardon

**M : Et à l'inverse, quelles difficultés ou quels obstacles vous verriez au fait de renforcer l'estime de vos patients ?**

C1 : Ho j'suis pas sûr qu'il y ait de difficultés

C4 : Enfin y a des patients qui sont hermétiques j' pense à ça quoi qui sont

C1 : Ha oui.

C3 : Et puis y a du temps aussi parfois, ça dépend pourquoi il vient

C4 : Ouais

C3 : Non enfin pourquoi le patient vient, mais ça prend du temps de le chercher, tout ça

C4 : Oui, et puis le manque d'envie, le manque de temps, le manque ...

C1 : Après y a des patients qui vont te dire « Non mais enfin mais laissez moi tranquille quoi »

C4 : Hmm

C3 : Ha oui oui oui

C4 : Des hémorroïdes

C1 : Hein ?

C3 : Oui oui y a des gens

*Rires.*

C4 : Tu fais pas pour un mec qui a des hémorroïdes « Alors, dites moi... »...

*Rires*

C1 : Non mais c'est clair

C4 : Oui et puis le manque de motivation de notre part aussi j' pense enfin euh. Y a des jours avec et des jours sans hein enfin j' pense que y a des jours, des moments où on n'a pas envie de chercher plus loin que ça.

C5 : Ouais et puis j' pense qu'on a aussi des gens avec qui ça passe pas, enfin ...

C4 : Ouais

C5 : Des patients avec qui on n'a pas envie hein, enfin

C4 : Ouais, tu dis « hmm hmm »

C5 : Ouais « hmm hmm »

C4 : « hmm hmm »

*Rires.*

C4 : « Ha dommage, ha c'est pas facile hein ». Non mais j' pense vraiment qu'il y a des gens avec qui euh ça pff.

C1 : Le risque des patients qui nous disent « laissez moi tranquille » c'est qu'on n'ait plus trop envie de s'occuper d'eux aussi du coup.

C4 : Hmm.

C1 : Non ?

C4 : Ou l'inverse.

C1 : Alors enfin, alors là, j' pense que là aussi, ça dépend aussi de ton degré de fatigue et compagnie

C4 : Oui tout à fait ouais

C1 : Si t'es fatigué, les patients qui te disent « laissez moi tranquille », « OK, pas de soucis, j'vais vous laisser tranquille »

C3 : Et puis les patients ils choisissent aussi leur médecin qui leur va aussi hein

C1 : Oui, bien sûr

C3 : Moi quand je vois les patients de mes collègues, quand je commence à leur dire « et sinon, le moral ? », les gens ils sont là « non ... mais... »

C1 : « Qu'est-ce qu'y se passe ? »

C3 : « J'suis pas là pour ça quoi ! »

*Rires.*

C3 : Oui, c'est parce que voilà les gens ils choisissent aussi.

C4 : Oui complètement

C5 : Oui sauf qu'à un moment donné, enfin maintenant ils vont de moins en moins choisir leur médecin j' pense.

C3 : Oui, mais quand ils ont encore un peu de choix...

C5 : Ouais

C4 : Hmm

C1 : Et c'est rigolo, parce qu'on en discutait, enfin, quand tu fais les certifs et compagnie, tu prends la tension, et puis pour meubler tu dis « et sinon, ça va ? », et une fois sur deux t'as la patiente qui te fond en larmes ou j'sais pas quoi, enfin j'exagère, mais moi ça m'est arrivé plusieurs fois.

C4 : Donc maintenant tu le demandes plus.

C1 : Ca dépend, enfin moi j'me suis aperçu que souvent quand tu poses la question c'est que

C5 : Oui, t'as senti quelque chose

C1 : T'as un feeling et tu sais qu'il faut poser la question quoi.

C4 : Ouais bien sûr

*Silence*

C1 : Mais tu sais que...

C4 : Ha bah oui, parce que tu vas pas... tu demandes pas non plus si t'as pas un petit doute sur quelque chose.

C1 : Et par contre, alors moi c'est pas le genre de question que je pose quand j'ai trois heures de retard et que ...

C4 : C'est ça qui me manque...

C1 : ... et que j'ai envie de partir...

C4 : ... apprendre à pas faire ça.

C1 : ... C'est ça. Du style quand c'est 18h55 tu décroches plus ton téléphone, d'accord ?

*Rires.*

C5 : C'est le coach.

C4 : Ca dépend ..

C2 : Non mais c'est vrai que le temps qu'on a aussi dans la consult ça peut être un frein.

C3 : Ouais

C1 : C'est ça.

**M : Ouais j'ai l'impression que c'est ce que ...**

*Tous en même temps*

C5 : Bah on prendrait une heure avec chaque patient, on aurait le temps d'estimer leur estime d'eux-mêmes

C1 : Bah clairement

C4 : Bah malheureusement

C3 : Oui c'est vrai que si t'as du retard

C4 : Ca dépend déjà combien t'as de retard, combien t'as fait de psychologie dans la journée.

C5 : Si t'as un truc prévu le soir ou pas

C1 : Effectivement, la culture du « et sinon ça va ? » c'est effectivement pas quand t'as trop de retard et que t'as encore quinze mille patients à voir quoi (*en s'adressant au modérateur*)

**M : Ouais ouais non mais c'est sûr.**

C1 : C'est trivial mais c'est ça un peu quand même

C4 : Hmm. Oui, mais après quand même, tu penses que c'est pour ça que y a plus de ...

C2 : C'est une perte de chance en fait d'être en fin de journée que ...

C4 : Oui mais ça c'est sûr,

C1 : Ha oui clairement

C4 : Ha mais ça c'est évident, mais pour tout, pas que pour le psychologique,

C5 : Ha ben moi j'suis sûre que je suis bien meilleure le matin que les après-midis.

C1 : Il faudrait faire... j'pense que c'est des thèses qui ont déjà été faites mais sur le .. la prescription d'antibiotiques au cours de la journée.

C5 : J'sais pas elle nous en a pas parlé dans notre dernière formation mais...

C1 : Tu sais ..

C2 : Non mais c'est pas mal fait, parce que ceux qui sont en meilleure santé viennent plutôt le soir, parce que c'est les actifs, et les vieux qui sont théoriquement viennent le matin

C1 : Ouais ça dépend

C4 : Ils te cassent bien direct la journée, quoi, c'est pff

*Rires*

C1 : Ouais

**M : OK. Donc le temps, la disposition, le patient...**

C4 : Oui, la réponse du patient.

**M : Hmm**

C1 : Et puis en plus après parfois, c'est la question « sinon ça va », c'est une question où le patient il peut répondre oui deux trois fois et puis la quatrième fois quand tu lui poses en fait ça va pas, mais ça va pas depuis la première fois où tu lui poses des questions quoi. Sauf que c'était pas le bon moment machin, y a aussi ça.

*Silence*

C1 : Il faut avoir le temps quoi, mais pas le même... et il faut que le patient soit prêt à le dire aussi.

C4 : Oui, bah bien sûr.

**M : Bien, on avait vendu une heure. Une heure deux c'est bien.**

C2 : Ouah pas mal !

**M : Et ben... merci beaucoup en tous cas ... Est-ce que je coupe la parole à quelqu'un en concluant ?**

C4 : Non, pas du tout.

*Rires*

**M : Eh ben merci d'avoir été, d'avoir autant participé.**

C3 : Productifs

**M : Ouais**

C2 : Est-ce qu'on arrive à saturation des données?

C5 : Toujours la même question.

**M : Toujours pas !**

*Rires*

**Observatrice** : Je vous fais un petit résumé du coup de ce qu'il s'est dit ce soir. Donc, par rapport à l'évaluation de l'estime de soi, il y a eu des questions sur si l'estime de soi en fait elle pouvait être neutre. Vous vous êtes questionnés sur en disant que souvent elle était souvent plutôt soit trop élevée soit pas assez élevée mais est-ce que finalement elle pouvait être à bon niveau. Vous avez interrogé le fait que elle était stable avec une estime de soi qui pourrait changer en fonction de la personne qui se trouve en face de vous, alors en face de patients, et puis si elle était stable d'un jour à l'autre. Euh, vous vous êtes posé la question de la construction de cette estime de soi avec notamment l'interrogation par rapport au système éducatif, à la construction de l'enfant. Voilà. Ensuite par rapport au changement de comportement lié à la santé, vous êtes plutôt partis sur les maladies chroniques, sur le diabète, avec un petit peu ces questionnements de travailler l'estime de soi plutôt chez des personnes qui ont une estime de soi basse ou une estime de soi haute, enfin lesquels seraient plus réceptifs à un travail pour le changement de comportement lié à la santé. Ensuite par rapport au renforcement, bah l'utilisation de renforcement positif, essentiellement dans les domaines où il est déjà fort, donc utiliser vraiment les domaines qui sont propres au patient. Euh, vous avez beaucoup parlé de l'importance de l'entourage, que vous utilisez beaucoup. Au niveau orientations : psycho, l'éducation thérapeutique, et puis beaucoup beaucoup les loisirs, les associations, et puis d'autres choses en fait finalement. Au niveau de la place du médecin généraliste dans tout ça, vous avez dit, enfin moi

ce que j'en ai retenu, c'était « oui mais comme un autre, pas plus », que c'était un travail qui était plus facile à faire quand on connaissait bien ses patients. Euh, avec un risque quand même d'être assez intrusif, et donc un travail qui était pas possible avec tout le monde, et notamment pas possible avec les patients avec qui vous aviez pas forcément un bon feeling. Et puis j'ai noté comme frein à tout ça, le temps toujours, évidemment, et puis votre humeur.

*Rires.*

C5 : Ha bah ça, l'énergie ouais

**M : Est-ce que ça vous paraît ... ?**

C2 : On est forts hein ?

C4 : Pas mal !

C2 : Renforcement positif

**M : C'est très bien, vous avez très très participé, vous êtes le meilleur groupe qu'on ait jamais eu !**

C2 : Allez !

*Rires*

C5 : Regarde là il remonte l'estime. Parce que franchement, on n'a pas beaucoup d'estime de nous même quand on entend dire que la place du médecin généraliste dans tout ça « pas plus qu'un autre ».. c'est peut-être ce qu'ils essayent de montrer

C4 : Ha bah non, j'te dis les esthéticiennes font peut-être aussi bien que nous.

C5 : Mais c'est peut-être parce qu'on n'a pas une haute estime de nous-mêmes qu'on dit ça.

C2 : Ha non, moi au contraire j'trouve qu'on aurait trop d'estime à dire qu'on a un rôle ..

C5 : Oui qu'on a un rôle hyper .. mais j'pense que

C2 : ... Que c'est notre rôle euh ...

C4 : Chaque intervenant joue son petit rôle. Et la caissière quand elle te fait un grand sourire et qu'elle te dit « ha vous avez une jolie... »

C5 : Le coiffeur j'pense qu'il fait pas mal

C4 : Oh le coiffeur ha ouais carrément !

**M : C'est vrai que si on faisait des petits massages à tous nos patients j'pense qu'ils iraient vachement mieux, des massages de la tête...**

C4 : Et l'esthéticienne ...

C5 : « Allez voir le coiffeur, je leur dirai ça maintenant ».

*Silence*

**M : OK, est-ce que vous voulez rajouter ... ?**

C1 : Non ça va

C2 : Y a pas du gâteau au chocolat ?

C5 : Si

*Rires*

**FOCUS GROUP 4**  
**16 janvier 2017**  
**VERBATIM**

**M : Du coup, c'est moi qui vais être modératrice et Olivier sera l'observateur. Il utilisera aussi un diaporama pour que vous puissiez vous repérer par rapport aux différentes questions. Et, à la fin du focus groupe, il retranscrira un petit peu les idées qui vont émerger et il verra avec vous si ça correspond à ce que vous avez eu envie de faire passer et si vous avez des choses à rajouter, vous pourrez aussi les rajouter à ce moment-là.**

*Silence, tout le monde finit ce qu'il a en bouche (on finit un petit buffet)*

**M : Du coup, personne n'ose s'exprimer. Magnifique. On y va ? Alors, la première question, elle est d'ordre général, on voudrait savoir quel regard vous portez sur l'accompagnement aux changements de comportement dans votre pratique actuelle ? Ça sous-entend comment vous faites ? Quels sont les grands principes selon vous ? Quels outils vous utilisez ? Quelles formations vous avez ? Quelles formations vous appliquez ?**

D1 : On parle des comportements des patients ? Pas des nôtres ?

**M : Ouais. L'accompagnement au changement dans ta pratique de médecine générale.**

D1 : D'accord.

**M : C'est très vaste alors si vous avez envie de commencer par, je sais pas, les grands principes par exemple...**

D1 : Pas évident déjà de saisir tous les concepts de la question. Le regard. L'accompagnement. Donc du comportement des patients...les faire maigrir ou arrêter de fumer...

**M : Qu'est-ce que ça vous évoque l'accompagnement au changement de comportement ? En médecine générale.**

D3 : Allez. Moi ça m'évoque que je...je l'initie assez peu moi-même.

**M : D'accord.**

D3 : Je suis très...enfin voilà je crois pas du tout que parce que le médecin te dit que c'est pas bien de fumer, tu vas t'arrêter de fumer. J'y crois vraiment très très peu. Et du coup, et en plus, je crois qu'on comprend jamais tout à ce que vivent les gens et si les gens sont comme ci ou comme ça ou font ci ou font ça c'est parce qu'ils ont des bonnes raisons de le faire et qu'elles sont plus importantes que les mauvaises raisons de le faire et que du coup qui je suis moi pour aller dire que ce serait mieux pour eux ? Je trouve ça compliqué ça comme question avec toutes les normes que ça peut mettre notamment sur le poids et tout ça. Donc du coup, moi je...en fait quand les gens veulent je l'accompagne ça je trouve ça assez facile et après...avec tous les éléments scientifiques qui sont à notre disposition quoi...enfin sur comment faire pour perdre du poids, comment faire pour arrêter de fumer...tout ça...après moi je...voilà, je suis assez peu là à dire « Bon, quand c'est que vous arrêtez de fumer ? »

**M : Tu réponds à une demande mais jamais tu l'inities toi-même ?**

D3 : Ouais, pas jamais ! Je vais peut-être pouvoir l'évoquer des fois enfin je vais très souvent attendre que les gens l'évoquent. En général, les gens, ils savent qu'ils sont gros, ils savent qu'ils fument enfin voilà, ils tombent pas de la lune au fait donc c'est des choses...

D4 : Je suis assez d'accord avec toi sur ce point-là mais je pense qu'il y a quand même des patients...euh...parce qu'effectivement je pense que certains...enfin même à la télé avec tout ce qu'on entend ils savent que fumer c'est pas bien, qu'il faut manger bouger enfin voilà...y a plein de campagnes qui sont faites mais y a quand même des gens, je pense, que ça touche pas...du coup quand ça vient de leur médecin, ça aura plus d'impact que quand ça vient de la télé donc je pense l'évoquer, sans dire que voilà appuyer vraiment à chaque fois dessus mais de l'évoquer au moins pour lancer un petit peu une réflexion chez lui et puis revoir les fois d'après...mais euh...je pense

que ne pas le faire du tout, d'un côté, c'est se mordre un peu la queue : « le médecin il ne m'en parle pas c'est que c'est bien ce que je fais », enfin...c'est mon point de vue là-dessus quoi.

**M : Toi, tu inities...**

D4 : Alors je pense que clairement, je n'ai pas tous les outils pour le faire peut-être correctement. Enfin je sais pas s'il y a une façon correcte de le faire d'ailleurs mais en tout cas de soulever voilà le fait que est ce que ce qu'il voudrait arr...enfin sur l'arrêt du tabac, enfin le conseil minimal je le fais systématiquement quasiment euh...après quand, s'ils disent non et bah voilà ça s'arrête là. De toute façon, si le patient n'est pas prêt bah voilà il ne se passera jamais rien quoi qu'on fasse quoi qu'on dise donc c'est...peut-être qu'il y a quelque chose à faire de ce côté là mais donc j'essaie en tout cas de l'initier sur...

**M : Donc faut que le patient soit prêt, faut que ce soit sa demande, ça dépend des valeurs de vie...ce qu'évoquait D3...et des normes aussi sociétales**

D5 : Je trouve ça assez dur moi aussi de l'initier ce changement comportemental parce que souvent ces conduites, qui sont identifiées par la médecine comme à risque, le tabac, l'alcool, les drogues, des trucs moins stigmatisants officiellement mais qui le sont tout autant comme le surpoids ou autre...initier un changement de comportement c'est ramener à une responsabilité individuelle de ses comportements et moi c'est un truc avec lequel j'ai un peu de mal je trouve que c'est ultra culpabilisant pour ces gens là, et la société leur fait bien comprendre que si ils sont gros c'est leur faute, que si ils fument c'est leur faute, s'ils bouffent pas comme il faut c'est leur faute alors qu'il y a des problèmes sociétaux qui sont à l'origine de ça aussi, énormément, y a des études qui ont montré que c'était la part individuelle quand tu te met à fumer par rapport à la part sociétale qui te pousse à fumer...la balance est pas si nette que ça, que ce qu'on veut faire croire aux gens et la responsabilité qu'on leur fait porter est peut-être un petit peu plus grande que celles qu'ils ont réellement dans ces choix là. Et du coup je trouve ça...en rajouter une couche quoi. De venir toi mettre le nez de la personne dedans. Du coup, vrai que je suis assez attentiste là-dedans, comme D3, un petit peu, je laisse venir, quand je sens qu'il y a des trucs qui gravitent autour des fois même loin je vais peut-être quand même aller le chercher donc c'est en ce sens là que je pourrais l'initier mais j'aurais du mal à le faire sortir de nul part si je sens pas un lien qui peut se faire avec un problème, je sais pas de cigarette par exemple, si la personne me dit qu'elle a du mal à respirer ou autre et si je sais qu'elle fume, la peut-être je vais évoquer le truc...enfin c'est même sur que je vais évoquer le truc et voir si elle s'en saisit on va s'engouffrer dans cette brèche et puis en discuter plus en avant mais je leur ferai pas si je sens que la personne a pas envie d'en discuter je vais pas la forcer à en discuter, j'aurai du mal à le faire, je serai pas capable de le faire.

**M : Ok. S'il y'a une conséquence médicale finalement, si ça touche le médical, tu lancerais l'idée...**

D5 : Ouais même si ça touche pas le médical...s'il y a...voilà, si au cours de la discussion, y'a un truc qui me fait dire « tiens, peut-être que la personne en face de moi a envie d'en parler ou peut-être que ça lui ferai du bien qu'on parle de cette thématique là à ce moment-là...à ce moment-là, je pourrai lancer la conversation.

**M : Ok.**

D3 : Je fais vraiment exactement ça aussi. C'est à dire que je l'aborde très souvent au cours d'un truc qui a un rapport quoi.

**M : Ouais**

D3 : Style les infections respiratoires, les virus, mais qui durent trois plombes, je demande toujours si les gens fument à ce moment-là et à ce moment-là je leur dirai mais comme vous fumez ça dure un peu plus longtemps. Et du coup, voilà, je dis juste ça et je trouve que du coup c'est une perche un peu...je fais vachement comme ça aussi.

D4 : Oui c'est vrai que c'est difficile de but en blanc s'ils viennent pour tout autre chose de leur dire : « ah oui et au fait vous comptez perdre du poids quand ? ». Enfin, c'est un peu brutal quoi et je suis pas sûre que ça apporte

quelque-chose de le faire comme ça effectivement de prendre appui sur quelque-chose qui leur arrive, qui les concerne à ce moment-là, ils seront peut-être plus enclins à écouter, à entendre quelque-chose ou en tout cas à prendre conscience que ah oui peut-être ça peut avoir un lien...

**M : Ok. Donc du coup, la on parle de l'initialisation. Que ça doit être fait à leur demande. Après si du coup il y a demande, si vous sentez qu'il y a un besoin, qu'il y a une demande, est-ce qu'il y a des principes que vous appliquez... ? Ça peut-être des principes très généraux...dans plein de choses... 10'10"**

D3 : Bah moi j'essaie d'expliquer ce qui existe.

**M : Donc de l'information.**

D3 : Ce que je disais, scientifique. Souvent, quand même, j'essaie de revoir les gens que pour ça s'il y a un truc.

**M : D'accord.**

D3 : Je trouve que ça c'est un truc qui marque les choses.

D2 : Ouais ouais carrément je fais pareil aussi. Quand ils initient quelque-chose, je propose, notamment autour du poids, je propose aux gens de revenir pour discuter que de ça quoi.

**M : Ouais donc des consultations spécifiques. Ouais.**

D3 : Ouais ça c'est un truc qui vient aussi faire que du coup ils vont venir que pour ça et du coup là même pour eux enfin c'est...

**M : ça valide le fait qu'il soit aussi en demande du coup.**

D3 : Ouais.

**M : ça marche. Est-ce que vous avez eu des formations dans ce domaine ? Est-ce que...vous vous sentez formés... ?**

D5 : Bah moi c'est un peu ce que j'allais dire c'est peut-être pour ça que quand il y a une demande je suis pas forcément à l'aise pour accompagner la personne là-dedans, que ce soit sur l'addicto, sur la nutrition, je suis vraiment pas à l'aise sur ces thématiques là et donc c'est peut-être aussi pour ça que j'initie pas, c'est peut-être aussi inconsciemment que je me dis putain si je lève un lièvre et que je sais pas le gérer, quel est l'intérêt pour le patient ou la patiente quoi...

D2 : Carrément.

D5 ; Ou peut-être que ça marche dans l'autre sens, peut-être que j'ai pas les armes du coup j'initie pas ou j'initie pas parce que j'ai pas les armes je sais pas. Mais en tout cas, au niveau formation, moi je me sens très peu formé et le peu que j'ai je l'ai acquis parce que je m'y suis intéressé mais au cours de ma formation universitaire j'ai pas eu l'impression d'avoir beaucoup de billes sur ces questions là et même après...Il aurait fallu que j'aille le chercher peut-être.

D2 : Mais...pardon, tu voulais parler

D1 : Moi, j'irais même plus loin. Les seuls concepts qu'on a reçu c'était dans le séminaire Com. Com 1, com 2, com 3...que j'ai trouvé très intéressants hein, c'est pas la question...mais par contre en stage j'avais souvent des praticiens qui ne pratiquaient pas le changement de comportement...ou alors avec des techniques de communication plutôt anciennes, plutôt verticales. Du coup, je pense que j'ai adopté une posture complètement à l'opposé et je suis très suggestif. Tout le temps par contre, très chiant, très disque rayé...très suggestif...Et j'adore ça parce qu'au final on rentre dans la vie de tous les jours, dans le quotidien, on médicamente plus trop le traitement...Voyez c'est des pistes de traitements qui sont simples et qui sont...et j'adore ça. Mais le fais à l'instinct. Du coup, parfois en danger, parfois pas en danger. Donc voilà, je ne sais pas ce que ça vaut.

**M : Ok. Et ton instinct, il vient d'où ?**

D1 : De ce que j'ai vécu a priori. De l'éducation, du vécu.

**M : Plutôt de ton vécu personnel que d'un vécu professionnel ?**

D1 : Les deux...les deux.

**M : Ouais, d'accord.**

D2 : Ouais, moi je me rends compte que, comme tu dis

D5, je me sens carrément plus à l'aise de, enfin quand je me sens d'initier un truc c'est que je me sens à l'aise dedans au fait et que par exemple la question du poids je

me sens à l'aise avec cette question, j'ai pas de mal à proposer qu'on en p...après je, c'est...enfin la question du poids c'est une question particulière, moi j'appuie jamais dessus parce que je trouve ça hyper stigmatisant et que du coup j'en parle que si les gens m'en parlent et qu'ils me disent qu'ils ont envie de perdre du poids ou quoi et à ce moment-là, on en discute. Mais eu...mais du coup ouais c'est parce que je me sens à l'aise dans cette question que du coup je me sens d'initier un truc ou pareil pour d'autres mais y a plein de trucs ou je n'oserais pas aller parce que je me sens pas compétente et du coup je le ferai moins quoi.

**M : Du coup ça dépend des domaines ?**

D2 : Ouais. Je pense en tout cas...

D1 : Est-ce que je peux raconter une anecdote ? Parce que ça je m'en rappellerai longtemps. C'était une dame qui avait un syndrome méniscal aigu au niveau du genou que je n'arrivai pas à lever, il était bloqué et elle était obèse. Et puis j'appelle l'ambulance...J'étais à X. J'appelle l'ambulance...le temps qu'ils viennent et qu'ils l'amènent à l'hôpital Sud...on papote et puis je sais pas pourquoi je lui dis : « Mais ouais c'est vrai que vous êtes jeune, certainement que le genou est un peu abîmé et le poids clairement joue là-dedans...faut pas se leurrer » Et là, le grand sourire de la dame qui me dit « Bah, enfin, un mec qui me dit ça » « Enfin, un mec qui me le dit ça me fait trop plaisir, vous avez raison ! » Je suis resté con. Enfin, voilà, c'est une anecdote. Parfois on a l'impression qu'il y a pas la place et...

D4 : Tu vois, ça revient à ce que je disais tout à l'heure. Tu vois les gens ils le savent mais quand ça vient d'un professionnel de santé, de leur médecin d'autant plus...ça n'a pas le même impact du coup et là...Enfin, du coup, les autres médecins...Elle en avait peut-être vu d'autres avant toi qui lui en avaient pas parlé et elle s'est dit bah voilà enfin je ne sais pas ce qu'elle s'est dit d'ailleurs mais...que potentiellement il me le dise pas, que finalement ça doit peut-être pas être aussi important.

D3 : Mais moi je suis plein de patients ou c'est l'inverse quoi complet.

D4 : Oui après c'est sûr que c'est patient-dépendant.

D3 : Mais du coup...j'en ai beaucoup quoi...Non mais tu vois...en fait qui te disent... « bah c'est facile tous les médecins qui m'ont vu m'ont dit que c'était le poids ». Et en fait j'ai une dame, je lui ai quand même diagnostiquer une spondylarthrite. Et ça faisait 3 ans que tous les médecins lui disaient que c'était le poids. Et ça tu fais bon quand même c'est bien...c'est bien la prévention c'est cool mais faut peut-être pas être aveuglé et en fait voilà moi je trouve qu'il y a plein de gens qui disent « moi j'ai mal au dos, mais c'est le poids non ? », qui te le suggère vachement aussi. « Oh bah peut-être mais on va quand même vérifier enfin... »Voilà. Moi, sur l'accompagnement, j'ai bossé en addictologie, en CSAPA aussi, donc du coup, moi sur l'accompagnement, sur les addictions en tout cas, et même sur le poids, parce que dans le centre ils prenaient en charge les troubles du comportement alimentaires aussi, du coup au final, je me sens, je me sens un peu prêt. Après, en centre d'addictologie, les gens, ils arrivent prêts, quasiment...Enfin ils arrivent, ils ont consulté en centre d'addictologie, qu'est ce qu'on peut leur demander de plus ? Enfin, voilà, ils ont envie de faire quelque-chose...je trouve ça très différent de la médecine générale...

**M : Tu utilises cette expérience du coup...**

D3 : Bah oui c'est sur du coup je me sens à l'aise avec les techniques, les médicaments, les machins...enfin c'est assez clair dans ma tête et du coup ça fait que j'ai pas de difficultés à pouvoir aborder ça avec les gens...

**M : Ok.**

D3 : Mais je suis d'accord que dans la formation...Si, on avait fait un stage en addicto avec X (enseignant). Y avait un séminaire qui était intéressant quand même.

**M : Est ce qu'il y a des outils de communication ? Enfin...tu as parlé des séminaires de com...Des outils de communication que vous utilisez dans le cadre de l'accompagnement au changement de comportement ?**

D1 : L'écoute active.

**M : Ouais**

D1 : J'écoute.

**M : C'est à dire... ? Activement ?**

Rires

D1 : Non, j'aime bien laisser terminer. Ce qui peut amener à des consultations plus longues en effet mais c'est toute la passion du jeu. Les prolongations... Et c'est souvent là d'ailleurs qu'arrive le bon concept quoi, la bonne info. Mais ouais non, l'écoute ça fait toute la différence et derrière je sais pas avec quelle branche de mon cerveau mais j'arrive à malaxer, du coup j'essaie d'en sortir sur le qui-vive, une conduite à tenir ou... j'essaie de donner de la suite quoi. Et c'est ça que j'adore parce que c'est sans filet, voilà.

**M : Sur quels aspects psychologiques vous allez travailler avec vos patients dans le cadre de l'accompagnement au changement de comportement ?**

*Silence prolongé*

**M : Avec l'idée en fait de faire du lien avec le concept d'estime de soi... Par exemple D1 a parlé en arrivant de « confiance en soi », c'est comme ça, ça lui est venu en arrivant ici, finalement c'est un des aspects du changement de comportement... ?**

D1 : Du renforcement positif qu'on utilise.

**M : Ouais. Qu'est-ce que tu appelles le renforcement positif ?**

D1 : Je sais pas, quand je rentre dans une consultation, j'ai toujours l'impression, enfin j'essaie toujours d'être de bonne humeur et... « gentil » entre gros guillemets. Du coup, je vais quand même très très souvent dans le sens des patients quand ils prononcent quelque-chose qui me plaît et à laquelle je vais m'accrocher donc c'est vrai que... quand ils me disent qu'ils ont réduit leur consommation, je suis très content... le renforcement positif...

**M : Quand il y a un changement de comportement ?**

D1 : Oui...ouï

**M : Du coup, tu... ?**

D1 : Je l'appuie ouais. Aussi mineur qu'il soit.

D3 : Même quand il y a une volonté. J'aimerais bien arrêter de fumer. « Ouaa mais c'est super !! » Là, pour le coup !

**M : Ouais quand y a la demande de changement.**

D3 : Après, moi je trouve, que les comportements dont on parle en fait, je sais pas, l'alcool, le tabac, le poids enfin l'alimentation... pour moi, de mon point de vue, c'est vachement des trucs qui viennent pour calmer l'anxiété mais à peu près tout, enfin la bouffe, le tabac, le machin... et l'alcool... enfin voilà moi je pense qu'il y a un vrai boulot de fond à faire là-dessus. Que des fois c'est possible de le faire et des fois c'est pas possible de le faire. Mais que ça soit... enfin ce qui est sympa en centre d'addictologie c'est qu'il y a un psychologue à coté qui est gratos, t'as des éducateurs qui bossent sur le quotidien et des choses comme ça et ça c'est super confortable et ce serait un peu l'idéal je trouve de pouvoir voir ce qu'il y a derrière au niveau psychologique d'un comportement, voir pourquoi ce comportement existe et puis après j'essaie de travailler sur qu'est ce qu'on peut trouver d'autre que ce comportement pour calmer l'anxiété en fait. Et ouais voilà, qu'est ce qu'on peut faire d'autre... la relaxation, je ne sais pas quoi...

**M : Donc c'est surtout un travail sur l'anxiété en fait.**

D3 : Sur les comportements dont on parle je trouve enfin... enfin je trouve qu'en tout cas y a ça qui me saute pas mal aux yeux.

D1 : Quelque-chose qu'on a pas encore abordé et je suis surpris, sur le changement de comportement, c'est la pathologie liée au travail, qu'on voit de plus en plus et là aussi je trouve qu'il y a des postures de certains patients qui expliquent presque toute la pathologie liée à leur travail. Et là, je fais beaucoup de... enfin j'essaie de... parler de comportements à ces moment-là. Leurs comportements au travail ou leurs comportements vis à vis de leur travail ou la vision qu'ils ont de leur travail.

**M : D'accord. Tu allais dire ?**

D1 : On voit quand même beaucoup de syndromes d'épuisement professionnel et très souvent on retrouve les mêmes comportements au travail. Ce sont des patients

très investis, frustrés et au bout du rouleau parce que l'investissement n'est pas à la hauteur enfin le résultat n'est pas à la hauteur de leur investissement. Et là je trouve que c'est aussi un comportement qui est modifiable parce que les attentes on peut les modifier.

**M : Ouais. Ça peut rentrer dans ce cadre-là de l'accompagnement au changement de comportement également ouais. Et sur quels aspects psychologiques du coup tu vas jouer dans cet accompagnement là que tu connais.**

D1 : C'est compliqué parce que j'aurai pas les concepts des aspects psycho. J'aurai du mal, j'essaie de replacer le travail dans ce qu'il est, c'est à dire un objet permettant de consommer, de vivre, et du coup de désacraliser le travail. Mais après l'aspect psychologique sous-jacent, je vais me perdre si je rentre là-dedans.

**M : De façon vulgaire, on est tous médecin et personne n'est psychologue. C'est le but, de pouvoir dire les choses comme on le pense et pas forcément avec des supers concepts de psycho. Ouais. Sur la confiance en soi, encore une fois, parce que tu l'as évoqué tout à l'heure ; est-ce que ... ?**

D3 : Bah moi je vais pas mal, enfin... Tu disais « je vais dans le sens des gens quand ils font des trucs qui me plaisent », moi je vais dans le sens des gens globalement, c'est à dire pour ce truc de confiance en soi, c'est à dire que quoi qu'ils fassent « j'ai décidé de plus parler à ma mère » : ah bah c'est super, « j'essaie de lui reparler » : c'est super. Rires. Non mais j'exagère un peu mais globalement je trouve que bon les gens font des choix, tous ces choix sont hyper déterminés par plein de trucs, à un moment ils font des choix dans leurs vies. Toi tu captes pas le dixième de ce qui se passe de toute façon dans leur vie, donc qu'est-ce que tu peux faire pour leur faire du bien, et ben à peu près leur dire que c'est bien ce qu'ils font, et bravo, et que voilà. Ou leur dire, je sais pas trop si ça a un rapport mais je place pas mal de trucs de droit aussi quoi, par rapport au travail notamment : « là c'est pas normal ce qui vous arrive, c'est pas légal, on n'a pas le droit », ou des trucs comme ça aussi. Ouais voilà.

**M : Ce que j'entends c'est que tu essaies de limiter au maximum l'ingérence. Tu laisses le patient dans ce qu'il fait et tu renforces.**

D3 : Ouais moi je le soutiens. Voilà j'estime que mon rôle c'est de le soutenir, quelque soient ses choix, parce que je suis pas là pour juger si ses choix sont bien ou pas bien. Je suis là pour conseiller si besoin.

**M : Donc dans le cadre d'un accompagnement au changement de comportement, tu as surtout une position de soutien ?**

D3 : Bah là je suis un patient que je suivais au CSAPA, qui avait des problèmes d'alcool, qui là est abstiné, qui hésitait à reprendre un coup de champagne à Noël. Donc on en a discuté, il l'a rebu finalement. Et il s'est retrouvé tout seul au nouvel an et il s'est bu ¾ de bouteille de blanc, tout seul. Et après il a plus bu du tout. Et plutôt que de faire le drame « oh vous avez rechuté c'est terrible », plutôt souligner « voilà vous avez rebu, vous avez un peu craqué, c'est ça qui s'est passé le 31, vous étiez tout seul, mais après vous avez pas rebu, bravo. »

**M : Donc tu vois le positif là où il est et tu dédramatises.**

D4 : Sur les aspects psycho, bon ça a rien à voir avec ce qu'on vient de dire mais... C'est un peu biaisé avec le sujet de ma thèse mais sur les stéréotypes que peuvent avoir les patients sur leurs propres comportements. Pour expliquer un peu la chose, j'ai travaillé sur l'activité physique, et on a cherché un lien entre les stéréotypes vis à vis de l'activité physique et l'activité physique propre des patients et on a montré un lien entre les deux. Donc c'est vrai que bon j'ai pas encore eu le temps de mettre en pratique, d'essayer de rechercher quels sont les stéréotypes que peuvent avoir les gens sur leurs comportements mais en tout cas ça me semble être une piste pour arriver à faire en sorte qu'ils aient envie de changer, initier un changement de comportement.

**M : Donc si je comprends bien, je suis pas sûr de bien comprendre, un lien entre le comportement du médecin et le comportement du patient ?**

D4 : Non c'était vraiment le lien entre le stéréotype « l'activité physique ça fait du bien », donc un stéréotype positif, ou « l'activité physique c'est dangereux parce que ça entraîne des blessures », stéréotype négatif, et du coup ceux qui avaient le plus de stéréotypes positifs ils faisaient plus d'activité physique et inversement.

**M : D'accord. Donc d'induire...**

D4 : Et du coup de dire que si les patients ils ont une mauvaise image du comportement qui serait bénéfique, et ben du coup ils vont pas le pratiquer, pas le faire. Alors après je sais pas si ça peut s'adapter à tout ce qu'on a évoqué de changement de comportement mais voilà en tout cas sur l'activité physique maintenant je suis un peu plus sensibilisée là-dessus et du coup, d'essayer de voir quelle image le patient peut avoir du comportement.

D5 : Moi j'essaie un petit peu, dans ce contexte, les aspects sur lesquels je joue c'est un peu pareil, parce que je veux pas jouer sur grand chose d'autre. Faute de billes sur ces questions là. C'est essayer d'autonomiser les gens. Je pense notamment à une dame qui venait me voir pour des histoires d'allergies et qui changeait son comportement alimentaire en disant « peut être que ça vient de là mon allergie, j'ai essayé plein de trucs y a rien qui marche, donc je vais changer mon régime alimentaire ». Donc elle me parlait d'arrêter les produits laitiers, de faire ci, de faire ça. Et en fait elle me dit « vous en pensez quoi ? ». Je lui dis la vérité, en tant que médecin j'en pense rien, j'ai pas fait de recherches biblio là dessus, j'en sais rien. Effectivement j'ai lu des trucs sur le lien consommation de produits laitiers et allergies mais j'ai lu ça sur un magazine ou sur un site web, mais j'ai pas fait une biblio scientifique donc en fait j'en sais rien. « Sur cette question là vous en savez autant que moi ». Du coup un peu une démarche démedicalisante forcée, parce que de fait le médecin vers lequel elle se tourne à ce moment-là n'y connaît rien, mais le lui dit : ça vous êtes autant armée que moi. Et voilà aussi ça joue aussi sur l'estime de soi j'ai l'impression, c'est peut-être un stéréotype... J'ai l'impression que les gens se disent « tiens sur cette question là le médecin il connaît pas grand chose de plus que moi, ben peut-être que je suis sur la bonne voie, j'ai peut-être bien raison d'aller m'aventurer dans ce changement de comportement là, je vais peut-être trouver un truc révolutionnaire. Du coup j'essaie d'accompagner les gens, de leur redonner aussi ce pouvoir d'autodétermination, ils choisissent eux-mêmes ce qu'ils vont faire pour leur santé. Je leur dis : « pourquoi pas, voilà moi en tant que médecin je vais vous dire ou là ça semble merdique si vous arrêtez de bouffer tel tel trucs là quand même ça me semble dangereux médicalement parlant. Je serai un peu le garde-fou de votre changement de comportement ». Voilà un petit peu ça, donner de l'autonomie aux gens pour qu'ils puissent être libre et maître de ce changement de comportement. Tout ça tout simplement lié au fait que j'y connais pas grand chose pour les accompagner.

**M : OK. Ça marche.**

D3 : Et moi je m'aperçois que je fais un autre truc aussi. Mais ça c'est plutôt l'expérience avec l'alcool parce que du coup le CSAPA où je bossais y avait 90% des gens qui avaient des problèmes d'alcool. Je trouve que y a un truc hyper important dans les problématiques d'alcool, c'est de se rendre compte que tu bois pas pour rien. C'est dire que tu bois pas tous les jours comme ça, par l'opération du Saint Esprit, et que en fait tu bois parce que y a des raisons, et que peut-être si tu buvais pas tu te serais suicidé, donc en fait tu as bien fait de boire. Enfin, un truc un peu comme ça, que voilà c'est pas pour rien. Et du coup je trouve que pour les gens ça fait que « le mal » « moi je suis mal » « moi je fais des trucs mauvais » et du coup « je suis mauvais » et c'est un cercle vicieux parce que encore plus voilà j'essaie d'arrêter de boire, j'y arrive pas, décidément je suis vraiment plus que nul, enfin voilà. Et je trouve qu'une des manières c'est de dire ben oui vous buvez mais c'est normal avec ce que vous avez vécu. Voilà. Toujours un peu dans ce truc là, dédramatiser, enfin dire « c'est pas de votre faute en fait, peut-être n'importe qui dans cette situation aurait réagit

pareil, et peut-être se serait suicidé, vous vous êtes mis à boire ben au final...bon... »

**M : Ouais tu cherches le sens du comportement avec le patient.**

D3 : Ouais pis j'appuie vraiment sur le fait que c'est pas euh, ouais c'est normal avec ce qu'ils vivent. C'est pas un truc...c'est pas le mal, c'est pas parce qu'ils sont mauvais, c'est juste une réaction. C'est une réaction des fois salutaire en fait, limite. Voilà c'est pas tout le temps mais limite, des fois, vous avez fait ça mais ça vous a sauvé en fait.

**M : D'accord.**

D2 : Mais j'ai l'impression que dans les addictions il y a souvent ça au fait parce globalement moi je trouve...enfin globalement...la plupart des gens que j'ai vus qui avaient des problèmes d'addiction, en général, effectivement, ils ont une image hyper négative d'eux-mêmes et de leur comportement d'addiction et en fait ça n'arrive pas souvent finalement que...des gens voire des médecins leur disent en fait si là vous avez ce comportement là c'est parce que vous avez des raisons de l'avoir en fait mais je trouve que c'est un vachement bon levier ça.

**M : En fait de leur donner une bonne image d'eux, même avec le comportement. Sans passer par le changement de comportement, c'est ça... ?**

D2 : Ouais

D3 : Eh puis moi je trouve que c'est un préalable pour changer en fait aussi...

D2 : Ouais carrément

D3 : ...de se dire bah pourquoi moi je suis dépendant de ce comportement et du coup ça c'est une des premières questions eu...pour se dire ensuite comment je vais faire...parce que si on est là dans ce truc bah de toute façon l'alcool bah c'est le mal c'est le mal...du coup je comprends pas pourquoi je continue à boire...en fait...si c'est le mal ! Et pourtant je continue. Et c'est donc bien que je suis mal, enfin que je suis mauvais ! Mais du coup non c'est c'est...enfin pour moi c'est vraiment un préalable de se rendre compte que oui au fait l'alcool c'est un super produit qui a des effets...c'est un anxiolytique et un antidépresseur, c'est magique, c'est super quoi. Vous avez trouvé le produit qui vous convient et effectivement, dont vous aviez besoin à ce moment-là dans votre vie. C'est un préalable pour l'arrêter je pense d'avoir une vision un peu lucide là-dessus.

**M : Ok.**

D1 : Du coup, c'est un contre-pied.

D2 : Un peu ouais...

D1 : C'est intéressant aussi dans le changement de comportement, le contre-pied. Le poil à gratter.

**M : Le contrepied. Vas-y, explique un peu plus...**

D1 : Quand un patient arrive avec une idée préconçue j'aime toujours partir de l'autre côté.

**M : D'accord.**

D1 : Mais de manière suggestive hein. Parce que, parce que ça engage toujours une conversation et un débat. Le changement de comportement ça marche bien quand on vient nous demander un traitement ou un médicament ou là du coup je prends le contre-pied je demande pourquoi il faut ce médicament et à ce moment-là on peut aller sur un changement de comportement qui peut éviter par exemple le somnifère.

**M : Humm**

D1 : Voilà, ça j'aime beaucoup.

**M : Et le contre-pied, c'est aller dans le sens inverse du patient.**

D1 : Oui, oui, oui.

**M : D'accord.**

D1 : A ce moment-là, je ne le soutiens plus, on va être adversaire.

**M : Ok.**

D1 : Sur quelques minutes quoi. Alors parfois ça marche pas. Parfois ça marche parfois ça marche pas. Mais après ce qui est biaisé c'est que au final j'ai pas de patientèle que je suis souvent donc je peux me permettre là d'arriver et de casser le code mais derrière finalement je ne sais pas qui va récupérer...la patate chaude !

**M : Ok**

D2 : Mais moi ça me fait penser que moi j'utilise ça parfois, enfin ça m'est arrivé de le dire, d'utiliser ça parfois par rapport à la cigarette. Y a des gens qui viennent et qui me disent « J'ai envie d'arrêter de fumer » du coup je leur dis « Ah bon ? Mais pourquoi vous voulez arrêter de fumer ? »

*Rires*

D2 : Non mais euh en fait du coup c'est vachement intéressant parce que tu... en fait du coup ça... t'as toute une discussion autour de la motivation enfin qu'est qui motive en fait à l'arrêt...

D3 (*sur un ton humoristique*) : Mais quelle idée

D2 : Ouais non mais...c'est intéressant au fait parce que du coup ça permet du coup après de trouver des pistes pour le changement de comportement...

D3 : Ouais je trouve par exemple, pour le poids, je pense qu'on le demande pas assez ça. Parce que c'est pas si évident au fait.

D2 : Carrément.

D3 : Mais pourquoi vous voulez donc maigrir ?

D2 : Carrément.

D4 : Parce que je pense que le patient, enfin, a pas du tout la même motivation que le médecin sur le...pour le même objectif qu'est l'arrêt du comportement pas adapté...le patient il n'a pas du tout la même motivation que...enfin le même objectif enfin...je ne sais pas comment dire enfin que...nous en tant que professionnels de santé ou on voit les conséquences néfastes sur la santé mais lui si ça se trouve c'est pas du tout ça qu'il voit de toute façon...si on peut arriver à concorder les deux pour arriver à l'objectif final...ça je pense que c'est effectivement bien de savoir lui aussi ce qu'il recherche.

**M : Vous explorez les motivations pour accompagner grâce à ces motivations c'est ça ?**

D2 : bah ouais moi je trouve ça vachement utile de s'appuyer sur des trucs concrets au fait...De c'est quoi...au fait, Ok vous avez tel comportement machin, vous voulez changer d'accord mais en fait pourquoi et c'est quoi votre objectif ? Et du coup de se donner des petits objectifs enfin d'avoir des petits objectifs comme ça, ça permet de construire au fait...après le cheminement...autour de cette question-là.

**M : Ok. Est-ce que dans ce cadre là, quand vous accompagnez un changement de comportement, est-ce que vous évaluez l'estime de soi de vos patients ?**

*Rires*

**M : Si non, pourquoi ?**

D4 : Parce que je n'y ai pas pensé.

**M : Si oui, comment ?**

D4 : Enfin clairement, ça ne m'a jamais traversé l'esprit.

**M : Ouais...D'accord**

D1 : J'essaye de l'estimer mais c'est vrai pas dans tous les changements de comportement.

M : D'accord.

D1 : Dans l'alcoolisme ouais. Je trouve que ça saute plus aux yeux que pour le tabac par exemple. Et puis sur les syndromes d'épuisement professionnel parce que très souvent ils sont vraiment au fond du gouffre. Donc là on est obligé de s'en saisir parce que ça va être la première étape. De retrouver une estime de soi dans sa vie si on l'a perdu au travail...de dire finalement c'est pas parce qu'on l'a perdu au travail qu'on l'a perdu dans toute sa vie...même si souvent ça déclenche sur le couple, ça déclenche sur plein d'autres problématiques...là, dans ces 2cas là. Dans l'alcool et le burn-out, je pense que j'évalue tout de suite, oui.

**M : Parce qu'il y a un lien plus fort avec l'estime de soi.**

D1 : En tout cas, il m'apparaît directement.

**M : D'accord. Donc comme une première étape.**

D1 : Oui. Indispensable. J'ai l'impression que si on passe par là...On ne...je ne ferai rien...ni le patient non plus.

**M : D'accord. D'autres réactions sur...**

D3 : Non, moi je ne sais pas comment évaluer l'estime de soi au fait. Je vois quand les gens ils me disent « je me déteste ». *Rires*. Ça je...Mais après, ça je...ouais en tout cas peut-être inconsciemment ou je sais pas mais...

**M : Y'a des phrases clefs comme ça comme « je me déteste » qui arrivent dans vos consultations et...**

D3 : Oui et qui font réagir forcément ! Oui enfin voilà « je me sens nul » ...tout ça.

D2 : Ouais. Moi j'ai l'impression que je le fais plus en creux...enfin je sais pas comment dire...en creux. Quand je vois que quelqu'un va vraiment pas bien enfin qu'il a effectivement l'air d'avoir un sérieux problème...enfin un sérieux problème...

*Rires*

D2 (*de façon humoristique*) : Il a l'air d'avoir un sérieux problème !

D2 : Non, que vraiment, enfin je ne sais pas comment dire ça mais...enfin son estime de soi a l'air altérée, là je m'en saisi plus facilement quoi du coup en fait.

**M : En l'évoquant ?**

D2 : Non par exemple, là je pense à un...mais du coup ce n'est pas sur le changement de comportement...mais par exemple ce matin j'ai vu une dame qui s'est fait frapper par son fils euh et en fait elle était trop mal elle disait « mais je comprends pas ce que j'ai fait » et tout machin et du coup je lui ai dit « mais non au fait c'est pas vous qui avez fait quelque-chose, c'est lui qui a fait quelque-chose et vous avez pas à vous en vouloir de... ». Du coup, elle culpabilisait à fond de s'être fait frapper au fait et donc du coup dans ce cas là c'est pas sur le changement de comportement mais...du coup lui redonner le contre-pied ou je ne sais pas quoi...le...de renforcer truc dans le sens que c'est pas sa responsabilité à elle, qu'elle est victime et qu'elle est pas coupable et qu'elle a pas à se sentir mal, elle peut être en colère et tout mais qu'elle a pas à culpabiliser du comportement de son fils en fait, que le comportement de son fils c'est sa responsabilité à lui et elle a rien fait quoi en fait.

D1 : Et du coup, tu...induis un changement de comportement.

D2 : Je ne sais pas...

**M : Et tu parles...on parlait d'aspect psychologique tout à l'heure. Un mot qui vous a un peu fait peur à tous mais finalement là, il y a la notion de culpabilité que tu...dont tu parles en fait. Tu fais le lien du coup avec...son estime de soi ?**

D2 : Ouais ouais du coup moi ça me fait penser à ça en tout cas mais après...moi effectivement je crois que j'ai jamais réfléchi à l'estime de soi avant. En tant que tel dans une consultation de médecine générale ça m'est effectivement jamais venu à l'esprit.

D3 : C'est aussi vers quoi ça aboutit au fait ? Au bout d'un moment t'as une estime de toi de merde...désolé...enfin...mais moi a part de faire ce que je fais d'habitude c'est à dire de dire « bravo », « allez ! »

*Rires*

D3 : Qu'ils aient une estime de soi haute ou basse d'ailleurs, je ne sais pas trop quoi faire d'autre. Du coup...

**M : Donc finalement ça n'aurait pas d'intérêt de l'évaluer parce que tu la renforces dans tous les cas.**

D3 : Enfin en tout cas moi ! Je dis que c'est pour ça que je le fais pas. Sans doute. Parce que voilà c'est toujours le même truc on fait des trucs quand après on est à l'aise et quand on sait quoi faire et machin et qu'on sait pas trop à quoi ça va nous servir et ben...on le fait pas en fait.

**M : Ouais.**

D4 : Ou on peut le faire mais finalement ça n'a pas d'intérêt. Enfin, on n'en fera rien derrière quoi. Donc euh à quoi bon le faire effectivement.

**M : Donc plutôt vous le faites pas, ouais.**

D1 : Moi plutôt oui quand même.

**M : Ouais. Alors comment tu fais ?**

D1 : Peut-être parce que je suis pathologique...

*Rires*

D1 : Peut-être parce que je fais hyper attention à l'image que je renvoie et notamment je fais hyper attention à l'estime que j'ai de moi.

**M : D'accord.**

D1 : Qui ne soit pas trop bas mais pas trop haut non plus parce que quand il est trop bas je travaille mal et quand il est trop haut je travaille mal.

**M : D'accord.**

D1 : Donc je pense que c'est pour ça que je le transfère chez les patients et d'ailleurs il m'arrive très cassant chez les patients euh...qui...qui devant moi ont une estime de

soi trop haut et je trouve que ça biaise la consult et je me sens moins respecté et je ne sais pas et là du coup je vais l'évaluer et si je le trouve trop haut je ferai ce qu'il faut pour que ça redescende au moins le temps de la consult.

**M : Et toi tu l'évalues par rapport à toi ?**

D1 : bah ouais.

**M : Par rapport à ta propre estime de soi.**

D1 : Ouais. Et ça peut changer du jour au lendemain.

*Rires*

D1 : Je pense que c'est ce que je fais, oui. Voilà.

**M : Inconsciemment ?**

D1 : Je pense ouais...j'essaye hein de faire attention mais c'est pas évident.

D3 : Mais après t'en fais quoi par exemple pour quelqu'un... ?

D1 : bah je m'en sers quand il est trop bas pour essayer d'initier euh...ba le changement de comportement ou d'expliquer la prise en charge thérapeutique que je souhaite et quand il est trop haut je pense que c'est simplement un sentiment de défense parce que je veux pas me faire marcher dessus en consult quoi. Surtout qu'on est jeune, qu'on est remplaçant etc. etc....

**M : Justement ce mécanisme d'intuition, est-ce que tu...est-ce que vous pouvez le conceptualiser ? Est ce que...vous pouvez nous en dire peut-être un peu plus ? Du coup, là, toi, tu as réussi à bien l'expliquer par la comparaison avec ton estime de soi...**

*Silence*

**M : Ce n'est pas forcément évident comme question.**

D5 : Ba, effectivement, l'intuition, ce que tu disais tout à l'heure D1 effectivement pour l'évaluer on a pas une échelle de 1 à 10 avec des scores...ça ça fait 3 points, ça 5 points...donc effectivement c'est plutôt du feeling effectivement, du ressenti. Tu te dis tiens, là, cette personne, j'ai l'impression qu'elle se sent bien dans sa peau, telle autre j'ai l'impression que sur cette question précise elle se sent moins bien dans sa peau mais euh...du coup bah ouais dans ma pratique j'aurais du mal à conceptualiser alors d'autant plus ici dans votre focus group mais c'est vraiment quelque-chose de très intériorisé, c'est vraiment du ressenti très profond même pas tellement de soignant, d'être humain, c'est...ça peut aussi survenir ailleurs quoi...autant il y a des trucs ou je sais que je vais pas le transposer dans ma vie quotidienne, des dispositions d'état d'esprit que j'ai en consult parce que c'est mon costume de docteur que je me suis construit au cours de mes études et de ma pratique, autant ça l'estime de soi j'ai l'impression que c'est un truc qui est un peu plus transversal, qui est présent en consult mais que je vais pouvoir aussi transposer ailleurs justement parce que ça ne m'a pas l'air d'être quelque-chose de très médical. Il n'y a pas de score, pas d'échelle. C'est vraiment de...l'humain qui rentre en interaction avec un autre humain et voilà comme quand tu croises quelqu'un dans la rue, tu peux dire tiens cette personne elle a l'air sûre d'elle, en forme et tout, telle autre moins bien, et c'est pas le médecin qui parle quand à cette évaluation là de la personne, c'est juste toi ton ressenti d'être humain.

**M : OK.**

D3 : Mais je trouve que la différence avec la personne dans la rue c'est que par exemple quand tu vois une personne...je sais pas des fois quand une personne elle a pas beaucoup d'estime de soi elle peut être chiant par exemple.

*Rires*

D3 : Mais mais ce...ça peut arriver quoi, je sais pas où, n'importe où, dans une queue au supermarché, au machin...moi dans la vie quotidienne, je vais peut-être le faire un peu mais je vais me dire cette personne est chiant je ne vais pas me dire oui mais attends nanani peut-être...

D2 : T'as moins d'empathie quoi.

D3 : bah voilà. Alors qu'en consult radicalement différent quoi. En consult, la personne n'est jamais chiant pour moi quasiment pas c'est à dire que la personne a peu d'estime de soi effectivement et du coup ça explique tel ou tel comportement donc il faut le comprendre. Il vient jamais en consult mais c'est...parce qu'il est fou (*rires*)...Il

faut le comprendre, il arrive pas à retenir ses rendez-vous, voilà, c'est parce qu'il est précaire, il voit pas deux heures dans sa journée donc c'est normal et du coup pour moi c'est quand même ça la grande différence c'est le truc...enfin du coup pour moi c'est un tout petit peu comme...le médecin doit être du côté du patient et du coup...et du coup euh...ouais c'est ça pouvoir se dire...enfin pouvoir à chaque fois se dire c'est pas de sa faute, y a tel ou tel truc explicatif.

**M : L'analyser beaucoup plus.**

D3 : Ne pas lui en vouloir quoi. Pour certains comportements...

D5 : Je suis d'accord mais vraiment mais c'est ça c'est que ça c'est l'analyse de ton intuition. Je suis d'accord avec toi mais moi sur le mécanisme qui fait qui fait émerger cette intuition c'est là que je veux dire que c'est diffus et pas seulement dans le cabinet. Après, je suis d'accord avec toi. Je suis médecin, j'enclenche un mécanisme d'analyse secondaire qui là effectivement me positionne comme toi quasiment toujours dans des dispositions...des tentatives de compréhension de pourquoi...si c'est quelque-chose de connoté négativement, essayer de comprendre qu'est ce qu'il y a derrière qui fait que cette personne manifeste comme ça son estime de soi, soi en bien, soit en mal d'ailleurs. Il y a aussi des gens qui ont une très haute estime d'eux et qui sont aussi très chiant...

*Rires*

D3 : Non mais c'est sûr !

D5 : Mais du coup, voilà, mais pareil même ces personnes-là je vais me dire : mais pourquoi cette personne ressent le besoin de le manifester comme ça ? Mais ça c'est vraiment l'analyse de cette intuition alors que l'intuition initiale que t'as, là, par contre, je n'arrive pas à la contrôler...dans la rue et au cabinet.

**M : Mais finalement évaluer l'estime de soi ce serait plutôt intéressant pour vous pour aller rechercher quelque-chose derrière ?**

D5 : bah ouais...Vraiment, je pense...noter quelque-part dans le dossier : « bonne estime de soi » ou « mauvaise estime de soi » point et rien en faire derrière pour moi ça n'a pas de sens, ça n'a pas d'intérêt en tant que médecin.

**M : Vous avez déjà un petit peu discuté du renforcement de l'estime de soi. Comment... ? Enfin est-ce qu'il y a d'autres, d'autres manières...que vous avez pas encore évoquées...pour renforcer l'estime de soi de vos patients...en général et en particulier dans le contexte d'accompagnement au changement de comportement ?**

D3 : bah moi je trouve que c'est un truc qui revient beaucoup chez les femmes notamment mais la capacité à se considérer assez importante pour pouvoir prendre du temps pour soi est un truc moi sur lequel j'appuie beaucoup beaucoup beaucoup parce que je trouve que c'est un des gros problèmes de notre...notre société...(*rires*).

D1 : (*d'un ton humoristique*) : tu veux dire, une fois qu'elles ont fait le ménage, le repassage...

D3 (*sur le même ton*) : Exactement.

D1 : D'accord.

D3 : Mais euh...non moi je trouve que enfin on suit plein de femmes qui...

D2 (*en aparté*) : Fais gaffe, elle fait de la boxe !

D1 : (*en aparté également*) : Merde...

D3 : On suit plein de femmes qui n'arrivent pas à se prendre du temps pour elle parce qu'elles sont très occupées mais aussi parce que ça passe en dernier en fait, de prendre du temps pour soi et ça, ça veut dire quelque-chose effectivement mais je pense du coup, dans ma tête, je pense que je fais le truc direct sans me dire qu'elle doit avoir une mauvaise estime d'elle donc il faut faire quelque-chose mais je fais un peu le truc de dire euh...l'importance de prendre du temps pour soi euh...voilà après nous ici on fait des trucs de groupe aussi et tout ça...pour ça, je trouve ça vachement intéressant. Des groupes « femme », des groupes de discussion entre copines assez larges où du coup tu as ce temps là pour toi et pour te faire du bien et boire un thé et juste rien faire et discuter et parce que ça c'est important en fait...Et du

coup, bah ouais ça ça me semble renforcer l'estime de soi quoi.

**M : De se recentrer sur elle-même ? Ouais.**

D4 : Pour renforcer l'estime de soi, je pense, que ce qu'on a déjà dit tout à l'heure, c'est que de...euh...je ne sais pas plus quel est le mot...ça y est Alzheimer commence...de soutenir le patient justement dans les comportements qu'il fait bien et du coup comme on disait de renforcer enfin voilà le renforcement positif « eh bah ça vous le faites bien et voilà même si d'un côté il y avait ça qui allait pas et bah ça c'est bien ». De recentrer, bah voilà, de faire ressortir vraiment le positif, surtout dans ses comportements, enfin dans euh...n'importe quoi hein...donc justement qui peut toucher à n'importe quoi même et surtout...enfin ça peut-être du pas médical effectivement...pour renforcer un peu voilà...pour essayer de renforcer son estime de soi.

**M : Ok. Pas forcément du médical.**

D4 : Pas forcément du médical.

D3 : Enfin « vous êtes une très bonne maman ! Regardez comme vous vous occupez bien de cet enfant »

D2 : Ouais carrément.

D3 : C'est pas du médical...

D4 : On peut partir du médical mais après tout dépend de la discussion...en consultation quoi.

D2 : Eh moi j'ai l'impression que je fais même plus le renforcement sur des trucs pas médicaux au fait. Par exemple, là, ce que tu disais, D3, ça me fait penser que, en fait, quand je vois des femmes au foyer en consultation, à chaque fois, du coup, je leur demande ce qu'elles font...enfin j'essaie de pas dire : « est-ce que vous travaillez ? », du coup j'essaie de tourner la question un peu autrement mais bref quand elles me répondent « non, je suis à la maison, je ne travaille pas », à chaque fois je leur dis « ba, si si vous travaillez en fait ! vous avez 3 enfants ! vous vous occupez de vos 3 enfants donc c'est du travail au fait ! C'est pas un travail rémunéré, c'est pas un travail reconnu mais c'est carrément du travail ! » et du coup moi je trouve ça hyper important de dire ça parce qu'il y a une telle image, le métier de...enfin je ne sais pas si on peut parler de métier...enfin bref...enfin si le travail de femme au foyer c'est un truc tellement pas reconnu que même les femmes elles-mêmes elles considèrent du coup que c'est pas du travail ce qu'elles font quoi. Et d'ailleurs ça m'est arrivé deux fois depuis le début du centre que...quand j'ai dit ça du coup « vous savez c'est du travail... » Eh bien les deux nanas...j'en suis arrivée sur le terrain des violences conjugales, les deux sont des femmes qui se font frappées par leur mari et machin et du coup ça permet aussi après d'aborder d'autres questions...mais ça me fait penser à ça...mais on s'éloigne de la question du coup...mais...

**M : Moi ce que j'entends aussi c'est que porter de l'intérêt à vos patients, enfin à leur activité autre, enfin autre que médical...c'est ça ?**

D2 (*dubitative*) : Ouais ouais si carrément...

D3 : De la reconnaissance aussi même sur des trucs qui sont pas médicaux.

D2 (*toujours dubitative*) : Ouais.

D1 : Pour moi, la meilleure manière c'est simplement déjà d'être souriant et d'être « pump it up » quand je les accueille et ça je trouve que ça leur donne la patate. Ça change complètement la consult. Et pareil en sortant j'ai toujours ma petite phrase bateau « prenez-soin de vous » et ça c'est pareil je trouve que ça passe plutôt bien parce que les gens sont contents, ça remet leur santé dans leurs mains et ça redonne un peu d'estime de soi.

**M : Ok.**

D1 : Au CHU, tout le monde se foutait de ma gueule, en stage, parce que j'étais toujours là au lit du patient à dire « excellent ! », « super ! » ...c'est vrai que j'en fais trop mais ça aussi les patients aiment bien. Parce...parce que c'est « pump it up » quoi ! Du coup, ils en ressortent plutôt heureux, plutôt plus confiants j'ai l'impression...d'autant plus que ça dénote complètement de l'image qu'on a du...de la relation médecin-malade quoi, du dogme que tu croises le plus souvent...

**M : Un truc assez familier...par rapport à ...**

D1 : Oui je suis assez familier. Et ça je trouve que ça marche bien.

**M : D'accord.**

D1 : Alors, ça marche pas tout le temps hein. Parfois il faut savoir garder sa langue dans sa poche et ne pas en faire trop. Ça c'est pareil ça se jauge au départ de la consult, je ne saurai pas dire sur quoi je me fie mais...mais voilà.

**M : Ok.**

D5 : Nous ici au centre je trouve qu'on a cet outil qui est hyper intéressant qui sont les ateliers de groupe justement. Et dans la revalorisation du savoir populaire par opposition au savoir universitaire que nous on est censés détenir en tant que médecins, je trouve que c'est vachement intéressant...on fait des ateliers, nous, sur la parentalité, ou on essaie de se présenter...on fait ça avec D2...on essaie de se présenter non pas comme les médecins du centre mais comme la maman et le papa de 2 gamins...qui galérons tout autant que les mamans, parce qu'il se trouve que c'est que des mamans qui viennent pour l'instant dans ces ateliers...et euh...et voilà en fait on se rend compte que des fois, enfin, on se rend compte, nous deux mais aussi le groupe, les mamans qui sont là, que il y a du savoir qu'elles détiennent, qui est médical finalement, parce qu'il impacte sur la santé de leurs enfants et qui est tout aussi pertinent que nous ce qu'on pourrait dire en consult. Et je trouve que ça ça marche pas mal au fait sur se rendre compte bah qu'au fait elles savent des trucs, elles sont capables de faire des trucs qui impactent positivement la santé de leurs enfants...euh...elles nous apprennent des trucs des fois. Nous, on apprend des trucs dans ces ateliers là et des fois quand elles se rendent compte qu'on apprend un truc j'ai l'impression qu'effectivement qu'au niveau estime de soi ça joue énormément. Enfin, voilà, cette revalorisation du savoir...Pareil quand parfois pendant un atelier sur un sujet précis bah y'a une maman qui va devenir un peu l'animatrice de l'atelier parce que c'est un truc qu'elle maîtrise vachement bien et tout euh...d'un coup c'est elle qui va faire circuler la parole, qui va donner des infos, répondre aux questions des autres mamans qui posent des questions...et du coup je trouve que ça ça joue énormément sur l'estime de soi qu'elles peuvent avoir. Et ça se retrouve dans les autres ateliers aussi qu'on fait j'ai l'impression hein. Voilà, sur euh reprendre...encore un peu pareil, reprendre de l'autonomie sur sa santé et se rendre compte que en fait il n'y a pas forcément besoin du médecin, il y a plein de trucs qu'on sait très bien faire tout seul ou toute seule dans son coin ou collectivement avec d'autres personnes qui partagent les mêmes problématiques. Je trouve que ça joue pas mal ça.

Justement dans une société qui a parfois tendance un peu à infantiliser et à demander à avoir la validation des experts quoi...il faut avoir un expert sur la question qui doit donner son avis pour que ce soit validé. Voilà. Leur dire, en fait, qu'ils sont experts de leur propres...d'eux-mêmes. Juste prendre conscience de ça, en général, je trouve que ça a un très bon impact sur leur estime de soi.

**M : Avec l'idée du collectif aussi. Enfin quelque-chose de collectif...**

D5 : Ouais, mais ce qu'il faut aussi c'est quelque-chose, en fait, qui peut se retrouver en consult individuelle, c'est ce que je disais tout à l'heure, voilà, quand les personnes elles me disent « Ah, sur cette question, qu'est-ce que vous en pensez docteur ? » « j'en sais rien, j'y connais rien à votre question, vous m'avez appris 50 trucs rien qu'en me posant cette question donc euh... » Ba, des fois, voilà, ça peut être à double tranchant, ça peut être...parfois il peut dire « Oh merde, j'ai posé une question complètement perché, le médecin, il ne comprend même pas ma question... » mais à l'opposé, j'ai l'impression que ça arrive quand même souvent que les gens me disent « Ah tiens, c'est un truc que j'ai l'air de bien m'y connaître, j'ai même collé le médecin sur cette question » donc euh...après le groupe, je pense, ça a tendance à émuler ça j'ai l'impression. Je pense que ça se retrouve aussi en entretien individuel.

**M : OK. Les thèmes de vos...de vos ateliers ?**

D3 : bah sur la parentalité, enfin sur la santé des enfants, en théorie...*Rires*...qui dérive pas mal sur la parentalité.

D2 : Ouais carrément.

D3 : Y en a un entre femmes sur la santé en général. Du coup c'est...

**M : D'accord.**

D3 : Et du coup y en a un...parce que X. il fait beaucoup ça aussi...X. c'est notre kiné, sur la relaxation et sur le mal de dos.

**M : D'accord.**

D3 : Et lui, il...en tout cas sur le truc du dos...il fait pas mal ça sur : « qu'est-ce que vous savez sur le dos ? » et il reprend tout. Il se base sur ce que les gens savent et comment se fait une douleur au dos...il fait pas mal de trucs comme ça en...valorisant un peu le savoir des gens aussi. On en a un sur les douleurs chroniques aussi.

**M : Ok.**

D3 : ça, c'est intéressant aussi pour...je trouve que déjà se rendre compte que t'es pas tout seul et machin ça aide aussi au niveau estime de soi. Et puis je pensais à un truc aussi par rapport aux femmes victimes de violences...je me disais que ça pouvait entrer dans le cadre des changements de comportement, potentiellement, de se barrer ou voilà, enfin...et...ouais moi, enfin ce que je disais tout à l'heure, je crois que moi j'ai aussi un truc qui renforce l'estime de soi, j'ai tendance à positionner le droit aussi

D2 : Um Um. Carrément

D3 : Et du coup de dire eh bah « peut-être que vous, vous pensez qu'on peut vous faire ça », un truc un peu comme ça mais je le dis pas comme ça peut-être mais...en tout cas c'est souvent ce qu'il y a derrière. bah en fait, bah ok « moi, je me sens assez une merde pour penser qu'il a le droit de me faire ça » mais du coup en fait « non, le droit ne dit pas ça, le droit dit que non, que vous êtes une personne et qu'on n'a pas le droit de vous faire ça » Euh...voilà.

**M : Um. Ok.**

D2 : Ouais moi c'est un truc que j'utilise pas mal aussi. De replacer ça, le fait que, pareil, le cadre un peu légal.

**M : Je vais reprendre un peu ce que tu disais D5, sur la posture, sur votre posture, est-ce que vous l'adaptez justement quand vous êtes dans ce contexte de renforcement de l'estime de soi ? C'est un petit peu ce qu'a dit D5 mais est-ce que vous voulez...rajouter des choses justement sur ce...cet aspect ?**

*Silence...*

**M : Non !**

*Rires*

**M : Vous avez l'impression d'être différent avec ces patients, justement, chez qui vous identifiez une estime de soi basse ?**

D4 : Peut-être un plus bienveillant. En fait...spontanément...comme ça, comme on disait, pour pas l'enfoncer encore plus quoi. On sent bien qu'il est déjà un peu au fond du trou...

**M : Plus vigilant ?**

D4 : Si on lui met la tête sous l'eau, ça va pas aider grandement le patient. Ni le...enfin ni la consultation donc euh...mais...ça a rien de plus que ça je pense...

**M : Etre bienveillant c'est... ?**

D4 : Je l'attendais celle-là !

*Rires*

D4 : Je sais pas effectivement faire peut-être attention un peu plus à ce qu'on dit, voilà, comme on disait tout à l'heure, peut-être ne pas évoquer « quoi comme travail ? » quand on sait que...sur les mères au foyer tout à l'heure...faire attention à ça qu'on peut dire, de pas soulever la problématique du poids si déjà on sent qu'il est au bout du rouleau ce jour-là. Voilà.

**M : Des consultations qui demandent un peu plus d'attention, de vigilance...**

D4 : Ouais peut-être. Un peu plus de...attention à ce qu'on va dire ouais.

D3 : Je ne sais pas si je vois beaucoup de gens qui ont une super estime d'eux-mêmes.

*Rires*

D3 : Est-ce que ça existe ?

**M : Donc tu fais attention tout le temps ?**

D3 : Non mais en fait je ne sais pas. C'est sans doute une image très biaisée que j'ai mais moi j'ai quand même

l'impression qu'il n'y a pas beaucoup de gens qui sont hyper à l'aise, tout va bien avec toi même, enfin c'est nickel, c'est parfait. Y en a pas des masses quand même. *Rires*. Du coup je sais pas...

D1 : Après...

D2 : En tout cas, devant nous, ils sont...ils se laissent peut-être...

D1 : Je crois qu'il est là le biais.

D3 : Ouais, on voit les fragilités des gens forcément.

D1 : C'est qu'en plus, ils se placeront toujours, je crois, dans une relation verticale. En rentrant, donc...avec une estime de soi un peu moins importante.

D2 : Mais je ne sais pas si c'est une histoire de relation verticale ou juste de s'autoriser à se montrer plus fragile.

D1 : Un peu des deux certainement mais l'image du médecin quand même, de la consultation, du colloque singulier...on est quand même encore très là-dedans.

**M : Donc de base, parce qu'ils viennent chez le médecin, finalement, ils ont...enfin ils montrent une estime d'eux basse ?**

D1 : En tout cas, j'ai l'impression qu'ils se placent plutôt en bas.

**M : Par rapport au médecin ?**

D1 : Humm.

D3 : Et sans doute que c'est un des seuls espaces dans la société où t'as le droit de chialer

D2 : Ouais ouais...

D3 : Enfin voilà où t'as le droit de te plaindre ou de dire que ça va pas quoi ! Et ça ça m'a toujours fait halluciner enfin je veux dire toi t'as 26ans, tu remplaces et t'as des gens de 60ans qui viennent chialer devant toi euh...tu dis mais « tu crois quoi eh ? tu crois que je connais mieux la vie que toi euh en fait ? » *Rires*. Non mais euh...Du coup voilà c'est un espace qui est sacralisé comme ça ou t'as le droit de faire ça.

**M : Donc c'est peut-être pas plus mal aussi qu'ils puissent montrer une estime d'eux-mêmes basse ?**

D3 : bah ouais c'est triste qu'il n'y en ait pas d'autres mais...

D2 : Ouais carrément.

D3 : des espaces comme ça.

**M : La dernière question, c'est vers quel euh...vers quel professionnel ou vers quelles activités justement vous orientez vos patients pour euh...pour renforcer leur estime de soi ? Est-ce que parfois vous le faites de façon formalisé avec cet objectif-là, ou...ou pas... ? Ou à moitié... ?**

D2 : Moi j'ai l'impression que c'est vachement dépendant du contexte de toute manière. Que de toute manière cette histoire d'estime de soi, pour moi, elle...je la prend en compte si ça impacte...si ça impacte un truc dans...dans ce pourquoi la personne elle vient au fait.

**M : Mumm**

D2 : Et que du coup, à ce moment-là, dans ce qu'on peut proposer de la prise en charge ou quoi, eh ben, ça sera un corollaire de renforcer l'estime de soi mais ce sera pas un but en soi, jamais. Enfin, j'ai pas l'impression que je propose des trucs pour que les gens ils renforcent leur estime d'eux-mêmes

**M : C'est un objectif secondaire mais pas principal du coup dans ce que tu vas proposer.**

D2 : Moi j'ai cette impression-là ouais.

D3 : Moi ça m'est déjà arrivé mais ça se matérialise plutôt par...prendre du temps pour soi. Ce qui est peut-être un peu différent mais du coup est peut-être quasiment la même chose. Du coup, des fois, moi je...du coup des fois la seule manière que ça se passe c'est par exemple tu fais une ordo de kiné euh. Enfin moi ça m'est déjà arrivé de faire des ordos de kiné pour des vagues douleurs cervicales...

D2 : Ah ouais ouais t'as raison...

D3 : Mais pour qu'elles se prennent une demi-heure à elle avec le kiné et qu'il s'occupe d'elle quoi. Et voilà en le disant. En disant « Voilà, ça vous fera un temps voilà pour vous ».

D4 : Comme disait D2, et moi comme je le disais au début aussi, vu que je le recherche pas forcément chez les patients donc du coup je les oriente pas forcément non plus vers d'autres professionnels vu que voilà y a pas

forcément...mais comme on le disait sur un...si...enfin même là de prendre du temps pour soi...c'est vrai que c'est quelque-chose que je dis aussi facilement dans n'importe...enfin on va dire dans les consultations « psys » *Rires* ou en tant cas « dépression » ou voilà c'est vrai que ça va être un...un...quelque-chose que je propose spontanément mais...voilà sans faire forcément une ordonnance de kiné mais de dire voilà « faites un truc, c'est voilà que pour vous ! » donc sans orienter spécifiquement vers quelqu'un d'autre ou quoi mais de dire « vous prenez une heure, si vous aimez pas courir, vous allez prendre un bouquin ou... » Voilà, enfin, mais vraiment trouver quelque-chose de manière régulière effectivement pour que...et je pense qu'effectivement à longue distance ça revient à ce qu'ils aient peut-être un peu plus d'estime d'eux-mêmes parce que voilà ils ont un truc pour eux et ça sort de tout ce qui peut faire baisser leur estime de soi le reste du temps quoi. Euh maintenant voilà pour moi c'est pas quelque-chose que je fais spontanément et dans cet objectif là...en consultation.

**M : Donc trouver une activité qu'ils aiment en fait ?**

D4 : Ouais. Un truc qui leur...enfin je leur...enfin ça dépend des consultations...mais enfin voilà quand ils ont pas d'idée leur proposer des choses mais euh c'est vrai que y'en a spontanément « oh bah oui avant je faisais ça », eh bah « reprenez le ! » après voilà quand ils en ont jamais eu bah c'est effectivement leur dire d'aller marcher, enfin voilà j'essaie des fois d'être inventif...*Rires*. Sur des activités qu'on pourrait proposer ouais.

**M : Ok.**

D5 : Après moi je trouve qu'il y a le facteur financier qui est assez limitant vers les orientations vers des professionnels et des activités parce que les trucs vers lesquels on pense enfin moi auxquels je pense spontanément c'est : psychologues, nutritionnistes, coachs sportifs, sophrologues...des trucs comme ça...que des trucs qui ne sont pas remboursés, à part par certaines mutuelles sous certaines conditions et du coup c'est souvent assez limitant en particulier dans le quartier ou la question économique est ultra présente et j'ai l'impression que les personnes en précarité économique auront en plus souvent tendance à avoir une estime de soi assez basse. Et du coup voilà, dire à quelqu'un euh bah ce qui serait parfait pour vous c'est 10 séances avec un psychologue qui vous coûteront euh...c'est super dur c'est de dire : « ah on a la solution mais elle ne vous est pas accessible financièrement parce que, parce que voilà...vous êtes pauvres » *Rires* En terme de renforcement de l'estime de soi c'est un peu limite et du coup c'est un peu complexe quoi. Pareil sur des histoires d'arrêt de travail, des couvertures, de dire aux gens « prenez du temps pour vous » du coup « arrêtez de bosser » machin, en fait c'est des gens qui bossent comme des dingues, qui font des horaires de fous et quand ils rentrent chez nous, il en ont juste pas envie d'aller lire un livre, ils ont envie de se poser devant la télé, de regarder des conneries devant la télé et on va leur expliquer que regarder des conneries devant la télé c'est pour les débiles mais « c'est le seul truc, c'est la seule énergie mentale que j'ai, on peut pas faire plus que ça » donc euh...

D4 : A la limite, si c'est ça son truc eh bah voilà, ce serait pas...enfin voilà, j'irai pas contre ça de dire « vous le faites tous les soirs mais c'est pour vous ». Dans ces cas-là, c'est pas « je fais ça entre temps » ou « y a les gamins qui sont à côté » ou « il faut préparer à manger en même temps », non dans ce cas-là on prend le temps. Je sais pas, il a envie de regarder sa série à la con à la télé, eh bah il regarde sa série à la con à la télé mais ça fait un temps voilà, pour lequel il se repose effectivement et il pense pas à tout le reste à ce moment-là quoi.

D5 : Ouais carrément.

D4 : Et ça pour le coup ça coûte pas trop cher.

D5 : Après ça c'est vrai que c'est un truc qu'on va pouvoir dire nous mais la société bah elle va dévaloriser ce genre d'activité là, contrairement à aller faire du sport, un trek en montagne, ah ça c'est hyper chouette hein...aller lire un bouquin ultra compliqué à la bibliothèque c'est super chouette...enfin voilà, du coup c'est vraiment ça qui est problématique pour moi c'est...et qui est difficile du coup

parce que...même si on a fait tout le chemin jusque-là, on a évalué comme il faut l'estime de soi, on l'a pris en compte, pris en charge et au moment où on doit proposer une solution et bien pour l'instant j'ai l'impression que les solutions enfin en tout cas celles qui moi me viendraient spontanément à l'esprit, comme je le disais, psychologues, nutritionnistes et autres, c'est des trucs, on va avoir du mal à proposer à une certaine catégorie de patients qui malheureusement sont souvent ceux qui en auraient le plus besoin.

D3 : Je sais qu'il y a des centres de santé où il y a des groupes qui ont...qui ont cet objectif-là. Réellement quoi. A la place santé à St Denis, donc près de Paris, il y a un groupe donc de femmes qui se retrouvent pour se faire belle. Voilà. Point barre. Se maquiller, se coiffer. Et voilà, ça c'est clairement c'est affiché, l'objectif c'est se...

**M : L'image de soi**

D3 : Faire belle, voilà l'image de soi. Je trouve ça intéressant, du coup...

D2 : Ouais ouais carrément.

D3 : C'est important en fait même.

D5 : Faudrait que ça puisse se développer, pareil, comme on disait tout à l'heure, que ça puisse se développer ailleurs que chez des médecins, qu'il y ait cet espace-là qui existe ailleurs ça pourrait être chouette quoi.

D1 : Mais, en fait, la problématique de l'estime de soi, on la retrouve partout et notamment en politique et je te rejoins tout à fait, après, on va dépendre de la vie de la cité et du coup la solution, les solutions, les petites solutions, elles peuvent être démultipliées si elles viennent d'en haut quoi. Voilà.

*Rires*.

**M : On peut s'arrêter là si vous voulez. Tu veux nous faire un retour du coup ?**

**O : Ouais. Carrément. Carrément alors...**

*Rires*

**O : Ouais l'idée là c'est que j'essaie de synthétiser rapidement ce que vous avez dit pour...voir déjà si ça reflète un peu ce que vous pensez, enfin si on est un peu près d'accord sur le contenu de ce qui a été dit et voir aussi si y'a des choses que vous souhaitez rajouter si d'un coup réentendre un machin de la première question ça vous fait « ah mais merde je voulais dire ça je l'ai pas dit ! » eh bah c'est le moment ! N'hésitez pas à m'interrompre ! C'est le but !**  
D1 (de façon humoristique) : De façon, tu envoies le magnéto à mon avocat ?

*Rires*

**O : Donc sur le regard que vous portez sur l'accompagnement au changement de comportement aujourd'hui euh...des avis...divers. Globalement, vous disiez que c'était difficile à initier et que dans la plupart des cas, vous étiez plutôt à attendre vers un signal du patient, voilà, pour ne pas le reculpabiliser plus que ce qu'il n'est déjà notamment. Et voilà. Après il y avait cette question d'initier quand on se sent à l'aise de...de le faire, ensuite de prendre en charge ça. Sur les concepts psychologiques...les aspects psychologiques associés au changement de comportement alors ça c'était un peu plus diffus dans toute la conversation au final j'ai trouvé enfin c'était pas spécifiquement à cette question-là que on en a parlé mais y'avait la notion de l'anxiété qui revenait pas mal et des stéréotypes, de l'autonomie par rapport à sa santé, avec une évaluation un peu intuitive, en creux, de l'estime de soi des gens dans ce contexte là avec certaine situation ou ça saute plus aux yeux, dans l'alcool, le burn-out. Mais que, sinon, voilà, on ne savait pas trop comment évaluer ça. Que du coup, cette évaluation un peu intuitive de l'estime de soi, elle était...alors là c'était, voilà il y'avait différents...le mécanisme d'intuition se mettait en branle un peu tout seul mais la posture qu'on pouvait adopter par rapport à ça changeait, que...que l'on revête mentalement son habit de médecin ou qu'on soit dans la vie de tous les jours...Voilà. Ensuite, sur la manière de renforcer l'estime de soi de vos patients, voilà, vous avez dit pas mal de choses sur ré autonomiser les gens, dé stigmatiser, redonner une bonne image d'eux avec la**

question de la posture qui est revenu pas mal avec prendre ou non le contre-pied de ce que disent les gens, mais pas forcément pour l'estime de soi, plus pour le changement de comportement ça...Euh vous avez dit plein de trucs en fait euh...ensuite, voilà, sur comment renforcer l'estime de soi des gens, vous avez...toujours cette posture, enfin être pump it up **Rires** c'est quelque chose qui a été nettement souligné avec si cette posture du soutien un peu inconditionnel du patient quoi qu'il fasse, le fait de faire un choix étant peut-être en soi le plus important donc il fallait soutenir ses choix. Ensuite sur des lieux hors la consultation, il y a eu toute cette discussion sur les ateliers de groupe qui était un lieu qui renforçait l'estime de soi parce que ça permettait de reprendre une autonomie, ça permettait de...revaloriser les savoirs populaires que les personnes possédaient. Euh...Voilà ça recontextualisait les gens dans le fait qu'ils n'étaient pas tous seuls à avoir des problèmes.

*Rires*

D2 (de façon humoristique) : T'es pas le seul à avoir des problèmes ! Voilà ! C'est bon hein...

**O : Et puis sur les activités du coup extérieures, la problématique de l'argent qui limitait un petit peu des prises en charge spécifiques, que ce qui faute de décisions politiques...**

*Rires*

**O : Ce qui sortait du coup que peut-être le moins cher et le plus accessible c'était peut-être de prendre du temps pour soi.**

D3 : Ouais, enfin, c'est plutôt que, dans ce contexte-là, où rien n'est accessible financièrement, enfin moi je le vis plutôt comme ça...on bricole avec ce qu'on a, c'est à dire on dit aux gens d'aller lire un bouquin parce qu'ils peuvent pas aller voir une psychologue...Rires...Non mais, non non mais...j'exagère, mais du coup, c'est un peu ça, c'est...dans ce contexte où, en fait, c'est hyper compliqué, eh bah on bricole, on se dit, eh bah tiens y'a du sport là, vous voulez pas aller voir au centre social ou je ne sais pas quoi...on fais ce qu'on peut.

D2 : Je ne sais pas si je suis tout à fait d'accord. Enfin, je ne sais pas si d'avoir accès à une psychologue, ça m'empêcherait de proposer aux personnes...enfin du vois ! J'ai l'impression que c'est pas un palliatif.

D3 : Non non tu as raison.

D2 : Enfin tu vois ce que je veux dire.

D3 : T'as raison mais des fois quand même...enfin des fois, tu te dis, faudrait mais on peut pas...ouais ouais mais non mais t'as raison, c'est pas tout le temps...des fois il faudrait faire les deux et du coup t'en fais qu'un seul truc.

D2 : Ouais.

**O : Est-ce qu'il y'a d'autres choses que vous vouliez rajouter ? Sur tout ça... ?**

D1 : J'aime beaucoup ta nouvelle moustache !

**O : On va donc s'arrêter là.**

FOCUS GROUP 5  
17 janvier 2017  
VERBATIM

**M** : On commence. Je vais commencer par me présenter, donc Maud Le Guillouzic, je suis, je viens de finir mon internat fin octobre et je travaille actuellement dans un centre d'addictologie à Albertville

**O** : Et donc Olivier Beaud, moi j'ai fini en avril, enfin en mai, mon internat, et comme je disais, je travaille au centre de santé communautaire qui s'appelle « le Village 2 santé » qui vient d'ouvrir à Echirolles au mois de septembre, voilà. Donc pour l'instant avec un statut de remplaçant, mais bientôt ...

**M** : grâce à vous, je ne serai plus remplaçant

**O** : ... grâce à vous ... (rires)

**M** : Est-ce que vous voulez vous présenter du coup, par rapport à votre lieu d'exercice, euh ...

**E2** : Allez, E5, lance-toi

**E5** : Allez, donc moi c'est E5, je suis médecin généraliste, j'ai une activité particulière parce que je suis praticien hospitalier au CH de X dans une unité qui fait de la médecine gé pour les sourds. Donc je fais de la médecine gé en langue des signes, avec une pratique, on va dire de centre de santé, mais à l'hôpital.

**E2** : et tu bosses aussi ...

**E5** : (rires) Ha oui, et je bosse aussi en SESSAD, donc en service d'éducation et de soins à domicile pour enfants autistes, à X et à X, et je suis aussi médecin du service d'accueil de jour et de la maison d'accueil spécialisée pour adultes autistes qui s'ouvre sur X.

**E4** : moi ça va être beaucoup plus court. Moi c'est E4, je fais des remplacements en libéral à X et autour

**M** : OK

**E3** : Moi c'est E3 et je suis médecin au centre de santé de X.

**E2** : Moi c'est E2 et je suis installée à X, donc banlieue proche de X, donc plutôt de l'exercice de ville quoi, depuis un an. Je suis collaboratrice depuis 2 ans, et je me suis installée en tant qu'associée depuis avril.

**E1** : moi c'est E1, je fais des remplacements, plutôt en semi rural à X, dans la vallée de X, et puis jusqu'à peu à SOS médecins.

**M** : OK

(brouhaha, quelques apartés. Maud « rappelle à l'ordre ». Rires).

**M** : donc pour commencer, ce que je vais vous demander c'est : quel regard vous portez sur l'accompagnement au changement de comportement lié à la santé en médecine générale ? Quels outils vous utilisez ? Quels principes vous essayez de suivre, est-ce que vous avez des formations, est-ce que, voilà, de façon globale, quel regard vous portez sur cette pratique que vous avez ?

**E1** : On a la question écrite hein ?

*Olivier allume le diaporama sur l'ordinateur.*

**E1** : Bah de toutes façons, c'est une bonne chose... il faut ... c'est quelque chose que l'on va faire, d'accompagner les gens au changement de comportement, parce qu'on en parle de plus en plus que on se... comment dire .. on part de plus en plus de l'approche .. que par exemple, en addicto, par exemple, pour le sevrage alcoolique, il y a des médicaments, mais on dit de plus en plus qu'il faut accompagner les gens. Que tout ne repose pas sur les médicaments.

**M** : d'accord.

**E5** : moi j'ai fait une formation d'éducation thérapeutique du patient, et pour moi ça a été un ... ça a révolutionné ma façon de voir la médecine car c'est pas du tout ce qu'on nous enseigne à la fac. A la fac on nous enseigne le fait de soigner les patients et d'avoir un côté un peu d'accompagnement, je sais pas, un peu paternaliste. Et en fait l'éducation thérapeutique, qui est bien à la mode en ce moment, c'est vraiment on part des besoins du patient. Et si le patient il veut pas se soigner, et bah tant pis. Et moi ça a vraiment changé ma façon de voir les choses. Parce que par exemple, pour les patients diabétiques donc j'ai une activité un peu comme un centre de santé, avec des patients d'origine maghrébine, diabétiques de type 2 et en

fait on a beau leur dire, enfin voilà, essayer rabâcher les conseils d'hygiène alimentaire à chaque fois qu'on les voit, voilà, d'essayer d'équilibrer leur traitement, ils ont toujours des résultats très déséquilibrés, et en fait j'ai compris que si ça venait pas d'eux, ça changerait pas. Et enfin voilà, je trouve que c'est hyper intéressant finalement de partir du patient. Et c'est pas forcément évident, parce que moi j'me sentais pas mal en échec, de me dire voilà, mais il a 14 % d'hémoglobine glyquée, franchement, je comprends pas, pourtant j'ai l'impression de dire les bonnes choses, voilà, mais en fait je pense que si le patient il a pas envie de se soigner... et c'est pareil pour euh ...

**E4** : mais c'est ça qui est difficile, c'est d'arriver à les amener à vouloir changer en fait, parce que moi en centre de santé, j'avais travaillé à X et effectivement, j'ai fait que 9 mois là-bas, mais je sais pas comment c'est pour toi, mais c'est hyper compliqué. Moi j'avais l'impression de servir à rien, de pas être efficace en fait, et du coup je savais ... je me sentais un peu démunie ... et du coup peut-être que cette formation ça aide quoi.

**E5** : ben en fait c'est juste où ... oui, c'est de plus se sentir en échec en fait, de se dire bah si le patient il veut pas se soigner, en même temps c'est son problème quoi, on peut plus porter les gens à bras de corps quoi.

**E2** : bah responsabiliser les gens quoi aussi ... c'est vrai que ça on y revient. Enfin nous on a quand même été formés à ça quoi, au partenariat médecin patient. Plus que on vous amène des infos, il faut faire comme ça. Non, il faut vraiment être dans une relation réciproque quoi, et le patient doit faire partie du processus de changement. Si nous on amène comme ça de façon unilatérale, ça marche pas c'est sûr, mais bon c'est pas évident.

**E5** : mais moi je l'avais pas trop, enfin j'trouve qu'à la fac on nous l'a pas tant enseigné que ça quoi.

**E2** : ha ouais ?

**E1** : mais peut-être aussi qu'on était aussi pas assez mûrs, je pense que, enfin ce cheminement là, on commence à le faire aussi quand on a vraiment un pied dedans et quand on sort de la fac on n'a pas assez d'expérience avec les consultations de médecine générale pour peut-être prendre conscience de ça, et peut-être aussi parce que à l'hôpital c'est un comportement très paternaliste aussi et du coup peut-être qu'on n'a pas ces formations à la fac mais peut-être aussi ça nous servirait pas beaucoup et que ces formations elles viennent peut-être mieux après quelques années d'exercice et où justement on a commencé à se faire une expérience.

**E5** : bah j'sais pas moi j'me suis vraiment dit que ça pouvait être une nouvelle façon d'enseigner la médecine, quoi vraiment de partir du patient, mais vraiment qu'on nous le dise depuis tôt quoi.

**E2** : Mmh, ouais mais moi j'ai l'impression qu'ils étaient plutôt dans ce discours là, en tous cas à partir de l'internat, je sais pas moi en tous cas moi mes maîtres de stage.

**E5** : oui l'internat, voilà, mais avant il y a quand même eu l'externat où on allait à l'hôpital, voilà et ...

**E2** : non non non, effectivement mais c'est ce qu'on disait c'est que l'hôpital ils sont encore dans le système un peu paternaliste comme ça

**E5** : Complètement mais complètement

**E2** : et c'est que toi (en s'adressant à E4) en tant que remplaçante, c'est pas forcément évident aussi de ... enfin t'interviens à un moment donné, enfin faire changer les gens

**E5** : quoique des fois ça peut aussi

**E4** : oui mais même, enfin j'étais quand même restée 2 ans à X, donc y a des gens que je revoyais quand même, enfin.

**M** : donc globalement c'est quelque chose qui vient avec l'expérience...

**E3** : Mais on avait eu, enfin il me semble de tête qu'on avait eu, internes, une espèce de séminaire, sur la communication avec le patient (les autres acquiescent) mais alors c'était pas sur – c'est aussi loin mais – c'était pour nous dire que les injonctions à faire des soins, le diabétique, tel objectif, bah nous c'est ce qu'on avait envie de faire mais ce que le patient avait envie de faire lui ... et donc il y avait des techniques de communications pour arriver à lui-même prendre conscience des choses, et j'me souviens il y avait des notions : le faire reformuler, ou lui

poser la question de ce qui serait bien pour lui, qu'est-ce qu'il en pense. Mais je pense que c'est le seul truc un peu théorique qu'on ait eu quoi.

**M : et ça vous le mettez un peu en pratique ?**

E3 : ben moi j'suis un peu d'accord avec E1 c'est que au début, bah quand je suis sortie de la fac, j'étais attachée à faire la théorie, voilà, et puis en fait je me rends compte, et en plus là où je travaille c'est des populations précaires, avec des cultures différentes aussi, donc la vision qu'ils ont de leur santé, est pas du tout la même que celle qu'on nous enseigne, et en fait en constatant ça, et puis mes propres échecs. Peut-être je pense qu'au début, j'étais vachement à dire « faut faire ça ça ça », et maintenant ouais j'essaye de plus demander au patient ce qu'il pourrait faire lui, ce qui lui semble possible, lui demander de quoi il a peur, en essayant de m'appuyer là-dessus. Mais c'est avec l'expérience, ça je trouve qu'on ne nous l'apprend pas beaucoup.

E1 : et puis qu'est-ce qu'ils pensent, alors soit du problème particulier, ou alors soit de leur santé. Leur demander ce qu'ils en pensent, mais c'est vrai qu'avant...

E3 : ouais mais c'est là qu'on se rend compte que parfois on a des pensées qui sont pas vraiment élaborées sur ce qu'eux ont perçu de leur maladie, hein, et donc qui peuvent expliquer aussi des mauvaises observances de traitement mais pff en fait à force moi je sais que j'y pense un peu plus, mais des fois, on est pris dans le fil des consultations, on le fait pas toujours. Ça demande du temps hein !

E1 : comme par exemple sur les consommations d'antibiotiques, une patiente qui me dit « bah j'avais mal à la gorge du coup j'ai pris l'amoxicilline que j'avais dans le tiroir » bah avant je pense que je me serais énervée et je serais pas forcément allée dans la discussion, et maintenant, je me tourne plus à la rigolade, mais je lui montre que c'est mal, mais la façon de le dire ça ferme pas le discours, et du coup ça permet de plus en parler. Ça reste tout le temps un petit peu le truc « c'est moi qui sait et lui il sait pas » mais quand même j'essaye de plus l'inclure dedans, et pas lui dire « de toutes façons c'est mal ».

E5 : moi je suis d'accord qu'avec l'humour c'est une bonne technique. Moi j'ai des patients en tête, du coup chroniques, que je suis, voilà, et c'est vrai que je passe beaucoup par l'humour en fait, pour relativiser les choses quoi.

E4 : ça demande de connaître déjà un petit peu les gens, et après, enfin voilà, il faut savoir comment les prendre quoi.

E2 : oui il faut avoir un bon feeling quoi.

E5 : et du coup, ça répond peut-être pas à la question, mais il y a un truc aussi j'trouve qui est intéressant, c'est d'aller à domicile et de prendre en compte l'aspect social, par rapport au changement de comportement. Par exemple, moi à l'hôpital là je fais plus de visite à domicile, mais pour avoir fait beaucoup de visites à domicile, quand on va chez les gens on comprend pourquoi ils peuvent pas se soigner, et pourquoi ce comportement il peut pas changer, et c'est hyper important, enfin je trouve vraiment... Par exemple là à l'hôpital, même si normalement on ne va pas à domicile, ça m'est arrivé déjà quelque fois d'aller à domicile chez des patients, parce que je me disais enfin il y a un truc qui se passe que je ne comprends pas, et en fait en y allant je me suis dit « ah bah oui, d'accord je comprends »

**M : Avec cet objectif là derrière, pas forcément que ça soit compliqué, enfin c'est vraiment un objectif d'aller voir comment ça se passe ?**

E5 : oui voilà, par curiosité, parce qu'en fait je me disais, comment dire, par exemple, quelqu'un qui s'habille, .. quand on va chez le médecin, on essaye toujours de bien s'apprêter, voilà. Et puis y avait des choses que je sentais qui n'allaient pas et en fait quand je vais à domicile du coup si c'est sale, enfin voilà, si j'ouvre le frigo il y a rien dans le frigo c'est des choses comme ça, mais en fait on se rend compte que forcément on peut pas avec une ordonnance et quelques conseils ça va pas suffire quoi. Oui moi j'aime beaucoup la visite à domicile. Je regrette du coup je peux pas en faire beaucoup maintenant mais je trouve que c'est vraiment .. je sais pas toi si t'en fais E3 ...

E3 : euh bah plus parce qu'ils sont décédés, mais c'est clair que tu comprends beaucoup de choses quoi. Mais même sans aller à domicile, mais euh déjà de poser des questions de comment ils vont faire pour faire ce que tu as demandé,

des fois tu te rends compte que c'est mission impossible. Et ouais du coup moi j'pense que maintenant, accompagner des gens pour changer leur regard c'est le truc fondamental, on peut rien faire sans. Après, j'avais eu une formation, j'avais trouvé que ça m'avait marqué cette phrase de l'OMS qui disait, enfin en gros, que la santé c'était ce qui nous semblait bien pour nous, le fait d'être bien, mais selon notre propre vision. Et bah ça m'a fait vachement réfléchir, parce que je me suis dit il y a des gens c'est pas leur préoccupation d'avoir un hémoglobine glyquée en dessous de 7 quoi. Enfin c'est un ensemble ; Et puis c'est vrai qu'après les gens ils le reconnaissent quand on essaye de comprendre comment ils vivent. Et du coup je trouve qu'ils sont plus observant hein sur les choses. Enfin voilà, après, c'est aussi de se rendre humble face à ce qu'on peut faire aussi, parce que quand on sort de la fac, on pense qu'on va tout changer, on va remettre sur pied tous les patients, mais en fait...( rires) Non mais voilà, c'est aussi.

E1 : en fait c'est un échec quoi

E3 : bah c'est ce qu'on nous apprend quoi, les objectifs de santé publique, d'ailleurs y a les médecins qui sont rémunérés en partie pour ça hein, donc c'est un peu la course aux objectifs, mais pour le patient, ce qui est important c'est plus le retentissement sur sa vie quoi. Et c'est là où en prenant en compte ça je trouve qu'on a de meilleurs résultats, peut-être en remplissant les objectifs...

E2 : bah globalement faut que ça vienne du patient en fait

E3 : bah oui

E2 : c'est tout

**M : que ça vienne du patient, que ça soit adapté à ses représentations**

E2 (*silence*) Oui voilà. (*rires*)

**M : non mais c'est ce que tu viens de dire (rires). OK. Est-ce dans ce contexte là, d'accompagnement au changement de comportement, est-ce que vous évaluez l'estime de soi de vos patients ? Inconsciemment, ou de façon plus formelle ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?**

E1 : peut-être plus quand il y a une composante un peu psychologique au comportement, enfin quand dans nos représentations il y a une composante plus psychologique au comportement comme par exemple dans tout ce qui est addicto. Euh .. par exemple dans le diabète, je pense que je le fais moins. Par exemple quand il y a eu le mois sans tabac là, je leur disais « bon bah du coup vous en êtes où, machin, vous y êtes arrivés », et je leur disais « et alors qu'est-ce que ça vous fait, est-ce que vous êtes fier de vous, comment vous sentez ça ? » Alors que un patient qui arrive avoir une hémoglobine glyquée à 7, peut-être qu'on va lui dire ha oui c'est bien mais on va pas, en tous cas moi, je vais pas lui dire « alors vous êtes fier de votre hémoglobine glyquée » ? Peut-être plus quand il y a un truc, un préjugé psy derrière quoi.

**M : un préjugé psy ?**

E1 : enfin un comportement

E4 : une addiction en fait

E1 : ouais, plus les addictions où tu feras plus le lien avec l'estime de soi. On essaye peut-être plus de la renforcer en tous cas.

**M : d'accord. Et au niveau évaluation ?**

E2 : Évaluer l'estime de soi, moi j'avoue du coup, j'ai pas du tout d'outils pour le faire. Je le fais peut-être inconsciemment, enfin voilà, on arrive à savoir comment les gens ils sont, ça se ressent

**M : du feeling.**

E2 : ouais, mais non, j'ai pas d'outils ... je sais pas si vous vous utilisez des choses, mais ...

E3 : bah moi les ados, je demande beaucoup ce qu'ils pensent d'eux, l'idéal qu'ils ont d'eux-mêmes, ce qui me permet de voir un peu, si l'idéal est trop important, le cap est trop important entre la réalité et l'idéal qu'ils ont d'eux-mêmes, bon ça permet un peu de travailler. Mais par contre, je le fais pas forcément ... Ou ça peut être les femmes qui subissent des violences aussi, pour voir un peu ce qu'elles pensent d'elles, et essayer de les sortir un peu de leur statut de victime, mais enfin je le mesure pas hein, je leur demande ...

E2 : et tu leur demandes « comment vous vous voyez ? »

E3 : oui voilà, « comment vous vous voyez ? », « qu'est-ce

que vous pensez de vous ? ». Ou sinon, par exemple pour l'exemple des femmes qui subissent des violences elles rapportent souvent des propos que le mari dit pour humilier, ou harceler et cætera, et finalement, je les fais verbaliser sur ce qu'elles ressentent, et ce qu'elles pensent d'elles même quoi. Un peu de verbaliser le ressenti, mais par rapport à elles, pas par rapport, du point de vue de quelqu'un d'autre, mais par contre j'ai pas d'échelle. Et je pense que ça sert à rien. Mais après je sais pas si ça existe, mais c'est un chiffre quoi, et en plus ça doit fluctuer, enfin ouais, je suis pas sûre qu'on puisse se servir d'un truc un peu numérique

E2 : non mais ouais, avoir des questions un peu plus précises

E5 : moi j pense qu'il y a pas forcément besoin d'avoir des questions pour le voir aussi. Si c'est des patients que tu connais bien. Moi je sais pas, quand je pose des questions par exemple sur la maladie chronique, des choses comme ça et qu'ils répondent. Enfin moi j'ai une patiente qui répond tout le temps « je sais pas je sais pas », je lui réponds « premièrement je suis sûre que vous savez plein de choses » et puis du coup j me dis bah en fait elle se dévalorise beaucoup alors qu'elle sait beaucoup de choses, et euh ... voilà, du coup enfin, mais effectivement je pense qu'il y a pas besoin d'échelle.

E1 : oui je pense que l'évaluation on le fait peut-être de manière implicite (*les autres acquiescent*). Et on cherche peut-être plutôt de manière explicite à la renforcer quand on trouve qu'il y a une sous-estime de soi.

**M : OK**

*Silence*

E4 : c'est beau, elle parle bien

**M : et du coup tu trouves qu'il y a une sous-estime de soi.**

E1 : bah disons que quand euh ... enfin on le note pas forcément quand les gens ont une bonne estime d'eux. Ou peut-être que y en a qui ont une surestime d'eux et ça ça nous énerve. Et du coup oui sinon, bah on est quand même formatés aussi à rechercher ce qui est pas normal, ou ce qui va empiéter sur la bonne prise en charge du patient, du coup on recherche le point négatif quoi.

**M : (s'adressant à E5) Tu disais du coup les patients qui osent pas s'exprimer finalement ça te fait penser au fait qu'ils ont éventuellement une estime d'eux-mêmes faible ?**

E5 : bah quand on les fait reformuler alors qu'ils savent pas. Une maladie chronique ça fait longtemps qu'ils l'ont, moi j'suis sûre qu'ils savent plein de choses sur leur maladie chronique, et du coup le fait de dire qu'ils savent pas... mais après peut-être que ça dépend de contextes, de patients particuliers, mais ... oui

E2 : Oui ou alors c'est juste qu'ils s'en remettent complètement à toi, il y a aussi des patients comme ça, il y a pas d'abandon, mais c'est « c'est vous le docteur » voilà, moi en gros j'ai pas de..

E3 : c'est vrai que des fois quand tu leur poses des questions sur ce qu'ils pensent ils disent mais « ha mais c'est vous le docteur »

E2 : c'est pas forcément qu'ils se sous-estiment c'est juste que c'est pas leur rôle en fait

E3 : y en a qui pensent qu'ils viennent pour avoir l'avis de l'expert et qu'ils ont pas leur mot à dire ou qu'ils prendraient les mauvaises décisions.

E1 : surtout les vieux patients ils sont moins acteurs de leur santé, et du coup ils subissent un peu plus, sans forcément qu'il y ait peut-être une mauvaise estime d'eux-mêmes.

E3 : ça serait peut-être plus lié à l'âge et à la génération.

E2 : Et justement à la relation médecin malade qu'il y avait à l'époque.

E3 : oui c'est un peu une histoire sociétale aussi hein. J'avais lu un bouquin... comment il s'appelait .. en gros avant c'était la société mode paternaliste, hiérarchique, et donc pour la médecine, bah le médecin donnait son avis, voilà. Maintenant on est plus dans un mode transversal où finalement c'est un échange de connaissances, enfin y a de la discussion, enfin moi j'avais vu ça pour les jeunes, notamment les ados, et c'est vrai que je trouve de plus en plus, même pour tous les âges, en fait les gens ils veulent participer la plupart du temps activement à leurs soins hein,

donc.

E4 : parce qu'ils ont aussi plus accès à l'information, par internet, ils vont vachement chercher des trucs. Avant ils savaient pas.

E3 : ils revendiquent beaucoup plus le droit de refuser, par exemple pour les vaccins, c'est un mauvais exemple, mais de refuser des traitements, et c'est vrai que du coup on est obligés même nous si on avait envie d'être paternaliste d'échanger avec eux de plus en plus hein. Et même enfin nous on a quand même des publics un peu précaires, ils ont aussi leur manière de refuser certaines choses.

E1 : et j pense que du coup le fait d'avoir plus de connaissance, ça leur donne plus de contenance et du coup ils ont plus d'éléments pour donner leur avis et s'opposer au médecin s'ils sont pas d'accord, alors que peut-être avant ils se sentaient peut-être moins légitimes en fait.

E5 : mais après, par exemple, si on reprend cette histoire de vaccins...

E2 : je sais pas si on est dans le sujet.

E5 : par rapport au changement de comportement par rapport aux vaccins, c'est aussi un effet de mode. En ce moment tout le monde est anti vaccins quoi, et enfin moi, franchement quelques fois ça me fait chier de perdre du temps dans une consultation, d'argumenter encore pour les vaccins, au bout d'un moment je leur dit « bah écoutez pour moi c'est un acte de citoyenneté, si vous voulez pas être citoyen, écoutez pas mon problème ». Enfin là du coup pas trop avec mes patients sourds.

E1 : mais du coup est-ce que estime de soi et confiance en soi c'est la même chose ?

**M : bah du coup j'allais à peu près venir à cette question sur justement les aspects psychologiques que vous abordez pendant l'accompagnement au changement de comportement et quels liens vous pouvez imaginer avec l'estime de soi ?**

E1 : moi entre confiance en soi et estime de soi, j'ai l'impression que le fait que les gens aient plus d'informations, ça leur donne plus confiance en eux, et ils ont justement l'impression d'être plus légitime, donc ils ont plus confiance en eux pour pouvoir s'opposer à ... comme pour les vaccins par exemple ... mais est-ce qu'ils .. j'suis pas sûre que ça augmente l'estime de soi finalement... et je sais pas comment on fait pour faire la différence.

**M : OK, donc peut-être que finalement ça serait pas ... y aurait pas forcément de lien.**

E1 : je sais pas

E3 : oui je suis d'accord avec toi, ça leur donne plus de confiance, mais après l'estime de soi dans la vie de tous les jours j'suis pas sûre qu'ils vont plus s'estimer parce qu'ils ont lu des trucs sur internet.

E1 : bah peut-être aussi qu'ils se disent j'ai plus de valeur parce que je connais plus de choses, mais c'est peut-être pas de relation...

E3 : l'estime de soi, ça semble être plus lié à ce que les gens véhiculent dans leur vie, comment ils se construisent, après elle change, selon les événements de vie. La connaissance c'est vrai n'est pas forcément liée à l'estime de soi. Après je pense pas qu'il y ait des caractères de patients qui correspondent à une certaine estime quoi. Je sais pas c'est plus, j'aurais plus corrélé ça avec le contexte, par exemple de famille, si y a des gens qui font confiance en la personne, elle est entourée, elle a une estime d'elle-même renforcée quoi, mais après, je sais pas si c'est ça la question.

**M : Sur l'entourage quoi en fait, toi tu te dis, si y a un entourage..**

E3 : Oui sur l'entourage. Si l'entourage on va dire est bienveillant, c'est un facteur de renforcement de l'estime de soi.

E5 : Moi j me dis c'est peut-être le contraire. Y a peut-être des gens qui ont moins d'estime de soi pour eux et du coup qui vont aller chercher des choses. Par exemple venir chez le médecin et être un peu titilleux dans cette .. je sais pas si je reprends les vaccins, dire j'ai lu, et du coup j'ai confiance dans ce domaine là parce que j'ai lu plein de choses, mais qui vont pas forcément dans la vie de tous les jours avoir une estime de soi au top mais qui du coup ils vont vouloir se prouver des choses à eux mêmes.

**M : un outil justement pour pallier une estime de soi qui**

serait pas assez haute quoi ...

E5 : ouais

**M : est-ce qu'il y a d'autres aspects psychologiques sur lesquels vous intervenez justement dans ces accompagnements au changement de comportement ?**

E1 : en lien avec l'estime de soi ? ... tu peux reformuler

**M : l'idée c'est de s'intéresser aux aspects psychologiques du patient en fait lors de ces accompagnements au changement de comportement et après éventuellement de faire le lien avec l'estime de soi. Mais après, posez-vous la question, c'est peut-être plus simple si vous vous focalisez sur le tabac, l'alcool, quelque chose de précis pour vous remémorer**

E1 : j'ai pas d'idées... peut-être plus par rapport à une addiction comme tu le disais. Par exemple, si on parle par rapport à un sevrage alcoolique.. alors maintenant au niveau c'est plus le sevrage, on cherche plutôt des baisses de consommations, et du coup c'est sûr j'imagine qu'il faut s'appuyer sur l'estime de soi, sur l'entourage. Je pense que le fait de comme avant donner des conseils pour se sevrer ou diminuer sa consommation, c'est plus valable, ça sert plus à rien.

E3 : sur les inquiétudes du patient, ce qu'il craint, pour sa maladie, ou sa consommation. Quelles sont ses inquiétudes, est-ce qu'il trouve ça normal ou pas, et est-ce qu'il a envie de changer aussi ?

**M : ses peurs, ses envies**

E3 : oui voilà.

M : OK

E2 : oui c'est vrai on leur demande pourquoi ils changent pas à la limite, et effectivement on peut faire le lien avec l'estime de soi parce que souvent ils se dévalorisent en fait « j'y arriverai jamais .. de toutes façons voilà ».

E1 : Ouais .. dans ces comportements là on part de toutes façons du postulat qu'ils ont une estime de soi qui est basse en fait. Du coup on essaye avant tout de la renforcer mais je sais pas si ... moi je pense que je saute la case évaluation de l'estime de soi dans ces comportements là pour me dire de toutes façons il a une mauvaise estime de lui et je passe directement à la case revalorisation

**M : parce que si il y a un comportement à risque il y a une mauvaise estime de soi finalement**

E1 : bah c'est peut-être un préjugé mais j'me dis que de toutes façons si il en arrive à consulter pour... alors je leur demande pourquoi ils veulent arrêter. Après si c'est juste « ça me coûte trop cher » bon bah voilà, mais souvent s'ils veulent arrêter c'est qu'ils se sont rendus compte que c'était mauvais pour leur santé et s'ils viennent nous voir c'est qu'ils ont besoin d'aide et souvent le fait d'être dans la demande d'aide ça a comme effet secondaire de se rabaisser un petit peu, de se dire j'y arrive pas tout seul, du coup j'ai besoin d'aide. Et dans toute demande d'aide souvent le risque ou le corollaire c'est une sous-estime de soi. Du coup c'est vrai que quelqu'un qui se présente pour un comportement addictif, je pars du postulat qu'il a une sous-estime de soi

E2 : Oh ben j'crois pas non. S'il demande juste de l'aide, un accompagnement, mais pas en disant « je suis nul, je fume, il faut absolument que j'arrête », juste j'ai envie d'arrêter, cette fois ci il faut absolument que j'y arrive, je mets toutes les cartes de mon côté, je vais voir mon médecin, je vais voir ce qu'il peut faire, tu vois tous les trucs mais j'suis pas sûre que derrière il se dévalorise ...

E1 : ouais mais moi il me semble qu'avant d'être ouais machin, il y a quand même « ouais j'suis dépendant, ça me fait chier, j'suis nul ».

E2 : non moi j'en ai des gens qui arrivent super motivés, pas du tout euh ...

E1 : ouais mais on sait pas du tout comment ils étaient avant.

E3 : ou alors, quand ils vont de voir ils sont dans la phase on.

E5 : parce que pour vous quelqu'un qui fume et qui veut arrêter, qui va voir le médecin, c'est quelqu'un qui a pas confiance en lui qui se sous-estime, parce qu'il peut pas y arriver tout seul ?

E3 : par rapport à moi j'me dis bah quand j'ai voulu arrêter ou diminuer de fumer, avant de me dire j'suis motivée machin, j'me suis dit non mais c'est nul d'être dépendant ou

d'avoir ce comportement là.

E5 : en tous cas souvent ils ont essayé d'arrêter

E2 : mais ça veut pas forcément dire que tu te sous-estimes

**M : mais la prise conscience du coup du fait d'avoir un comportement à risque c'est aussi associé à une mauvaise estime de soi ?**

E1 : non mais le fait de consulter, souvent quand ils consultent le médecin, c'est qu'ils ont déjà essayé d'arrêter tout seul et qu'ils y sont pas arrivé, et qu'ils sont donc déjà confrontés à un échec.

E2 : non mais c'est vrai qu'il y a certains patients pour lesquels c'est plus marqué .. ils ont besoin .. ils se dévalorisent ... après

E1 : non mais c'est peut-être des généralités que je fais, des caricatures.. surtout que maintenant avec toutes ces campagnes de justement contre les conduites à risque on essaye un petit peu par la communication au grand public de justement d'arrêter de stigmatiser les gens qui ont ces conduites là et de justement avec les numéros, les tabac info service, les machins et tout ça d'arrêter de les stigmatiser pour que justement ... je pense que ces pubs là ça sert aussi à les valoriser et à faire augmenter l'estime de soi pour qu'ils viennent consulter et qu'ils soient pas trop en dessous pour même pas faire le pas.

E3 : la honte

E1 : ouais voilà

E5 : ça peut être l'estime de soi face à un comportement. Pour moi c'est pas l'estime de soi générale quoi, sur toute la vie, je sais pas, sur son rôle au travail, dans le couple, et dans sa famille. Enfin c'est face à un comportement.

**M : ouais dans le domaine donné. OK**

E5 : ouais

**M : et du coup de quelle manière vous essayez de renforcer l'estime de soi de vos patients dans ce contexte ?**

E3 : c'est quoi déjà le mot là ; reformulation ?

E2 : bah de les encourager, de toutes façons voilà, de dire des mots encourageants, de donner des objectifs, d'être je sais pas, quand ils ont atteint leurs objectifs de dire c'est super, je suis contente pour vous.

E1 : et puis de pas les pousser à avoir des objectifs trop hauts.

E2 : Ouais

E1 : de leur dire bah oui, peut être que vous visez ça mais il faut voir déjà, essayer de, ouais justement, de valoriser les petites choses positives qu'ils ont réussi à acquérir

E3 : ouais puis des fois moi je dédramatise aussi l'échec d'avance. Je parle déjà de l'échec et je dis bah si vous y arrivez pas c'est pas grave vous avez essayé.

E1 : ce sera toujours ça de gagné

E3 : oui bah si on parle des addictions, du tabac, je suis toujours dans mon truc là de prochaska, en disant bah si ils sont déjà...

**M : dans le cercle ?**

E3 : dans le p'tit cercle, c'est bon quoi

E4 : ouais et puis de dire aussi déjà au départ, de dire que c'est peut-être pas aussi compliqué que ce qu'on dit et que il faut peut-être pas en faire autant une montagne que ce que voilà, il faut essayer voilà de faire relativiser le truc et que même si eux ils se sentent en échec justement parce qu'ils ont déjà eu une mauvaise expérience, dire c'est pas grave et puis ça arrive, ça veut pas dire qu'ils y arriveront pas quoi.

E1 : non et puis à l'inverse aussi, de dire que si c'était si facile que ça, il y aurait pas tant de gens qui seraient dans l'addiction par exemple, et tout le monde arrêterait. Enfin tout le monde sait que c'est mauvais de boire, mauvais de fumer, et pourtant il y a des millions de gens qui boivent et qui fume. Donc si c'était si facile que ça d'arrêter, et ben, donc plutôt de dire qu'ils ont raison de venir parce que de toutes façons c'est difficile aussi.

E4 : ouais.

E2 : vous êtes pas d'accord.

**M : vous avez le droit d'être pas d'accord**

E1 : c'est pour ça que j'ai dit à l'inverse.

E2 : c'est une fumeuse et une non fumeuse.

E4 : ex fumeuse, j'ai arrêté

Rires

E4 : enfin voilà moi j'ai arrêté de fumer il y a 3 mois, et j'avais

jamais essayé d'arrêter parce qu'effectivement ça me faisait un peu peur j'avais peur de pas y arriver en gros. Et finalement j'ai arrêté un peu comme ça en me disant si j'y arrive pas c'est pas grave et en fait voilà, ça fait 3 mois et finalement j'me dis en fait on en fait tout un truc, tout un sketch. Alors peut-être que voilà j'étais dans les bonnes conditions, que je l'ai fait au bon moment, que j'ai été aidée par pleins de choses. Mais finalement j'trouve qu'on en fait beaucoup plus ... oui et du coup il y a des fois où je leur ai dit, je leur parle de mon expérience, je leur dis voilà. Après je sais pas si ça les aide, j'en sais rien mais...

E3 : mais j'trouve que le discours est différent entre celui qui vient pour arrêter quelque chose, enfin pour changer un comportement, et celui à qui on parle de changer un comportement mais qui n'y a pas pensé d'abord, quoi.

E1 : mais du coup j pense que c'est pour ça qu'il y avait un peu la phrase de dire juste « est-ce que vous avez songé à arrêter ? » et si il dit non eh ben revenez me voir quand ..

E5 : ouais mais moi ça m'avait vachement parlé ce séminaire sur l'arrêt du tabac, et du coup sur le conseil minimum ça avait fait son chemin chez moi cette idée, et d'ailleurs pas que par rapport au tabac...

E1 : ouais de planter une petite graine qui va germer plus tard

E5 : ouais voilà exactement. Je trouve ça chouette et moi du coup ça me ressort pour pas mal de choses et même des patients qui viennent me voir pour une problématique donnée, moi j'ai l'impression que je peux pas les aider, parce que eux ils veulent pas se soigner, mais en fait j'me dis ben voilà, on plante une petite graine et quand ils seront prêts bah ils viendront me voir. Et finalement c'est déjà pas mal.

E1 : ouais, puis c'est aussi, une manière de se préserver nous. Parce que de toutes façons quand on sait qu'à partir du moment où ils veulent pas, ça sert à rien de se fatiguer.

E3 : Moi des fois, je leur dis, cash hein euh, pour qu'ils soient acteurs de leur changement, des fois, ils veulent pas changer, j'essaye plusieurs consult et parfois je leur dis « eh bah écoutez, là, vous avez pas envie...vous avez envie de rien faire. Le jour où vous souhaitez faire quelque-chose, vous venez me voir ».

E1 : Toujours laisser la porte ouverte ouais.

E3 : Le fait que ce soit le patient qui décide à un instant t de changer même si c'est même pas un mois après alors que ça fait 6 mois que...eh bah des fois c'est plus efficace quoi. Mais c'est lui, c'est sa décision, c'est pas la nôtre quoi.

E5 : Mais quand on parle d'estime de soi, c'est aussi un peu ça finalement parce que quand t'es dans le conseil un peu paternaliste finalement ça fait de la relation qui est finalement déséquilibrée alors que si c'est le patient justement qui va choisir de changer du coup c'est lui au contraire qui va prendre le dessus finalement du coup son estime de soi quand il va venir te voir elle va être gonflée à bloc comme quand tu dis « j'ai décidé d'arrêter de fumer », voilà c'est pas le médecin qui dit « alors, ce serait peut-être bien d'arrêter de fumer » et donc du coup t'es gonflé à bloc et l'estime de soi est au taquet et donc du coup t'es trop motivé pour y arriver.

E1 : Et du coup, je pense que, juste que ça soit inversé, que ça soit plus lui, le patient, qui nous pose des questions à la recherche d'une information mais que nous on recherche des informations de lui en le laissant parler mais je pense que lui ça le remet aussi au centre et on lui donne la parole pas que pour savoir s'il tousse, s'il a de la fièvre...lui dire « à vous la parole, qu'est-ce que vous en pensez-vous ? » ça doit lui donner de l'importance aussi et ça doit regonfler son estime

E3 : Et puis, il faut prendre en compte la globalité de sa vie aussi, c'est vrai que des fois c'est pas qu'ils ont pas envie ou qu'ils ont aucune estime d'eux-mêmes mais c'est parce qu'au niveau social, au niveau professionnel, y a des choses qui ne sont pas réalisables mais je pense qu'un des trucs que nous on doit faire pour changer les comportements c'est quand même voir aussi pas que le coté médical mais faire un peu le tour des freins et ...

E1 : Et de pas les culpabiliser. De dire y a plein de fois où quand on est en train ...je sais pas de ...en train d'essayer de baisser une benzo ou voilà et à côté de ça il y a aussi le tabac ou alors on arrive pas à baisser la benzo eh bah se

dire oui effectivement c'est pas le moment euh de le faire de pas les culpabiliser et de comprendre que là, c'est pas le moment eh bah du coup, aussi, ça leur enlève pas mal d'angoisse, ils sont soulagés et ils savent que quand ce sera le moment eh bah on sera là pour les accompagner la dedans aussi.

E5 : Je trouve que c'est important effectivement de pas juger. bah moi je vois j'ai eu l'expérience d'une patiente qui était donc enceinte et toxicomane enfin qui fumait du cannabis mais beaucoup...grande...enfin voilà et qui était enceinte et du coup euh...j'ai choisi d'une part de l'informer et après de pas du tout la culpabiliser, de lui dire bah voilà « vous savez tout ça » après à chaque fois qu'elle venait tous les mois, on en discutait et euh finalement elle s'est sevré un petit peu quoi, elle a diminué sa consommation à l'accouchement mais euh...elle savait les risques tout ça...et euh du coup je pense que ça renforçait la confiance qu'elle avait en moi, le fait qu'il n'y ai pas eu de jugement quoi. Et euh...ouais je pense que ça c'est aussi important par rapport au changement...à faire changer un comportement.

**M : La posture que vous avez en général c'est important et en fait plus elle est équilibrée plus aussi ça renforce l'estime de soi de vos patients.**

E1 : On espère...

*Rires.*

**M : Moi, ce que j'ai entendu aussi c'est que l'estime de soi, ça pouvait être un frein au changement de comportement mais pas forcément en fait...parmi d'autres...mais parfois c'était une situation sociale, enfin quelque-chose d'autre qui...**

E3 : Oui, oui, bah y a des gens qui se mettent en échec tout de suite pensant ne pas y arriver ou des fois dans certaines cultures aussi c'est le destin un peu hein euh...

E1 : Ouais les croyances...

E3 : Les croyances, tout ça, c'est des freins...parfois ou...par exemple, les musulmans c'est le mektoub, c'est le destin...c'est comme ça si ça m'arrive...on n'y peut rien, ça devait arriver quoi. Mais du coup ça peut être un frein à des changements profonds de mode de vie, de consommation et compagnie quoi. Mais du coup, le fait qu'ils puissent le verbaliser ce truc-là, je pense que nous aussi on a aussi à avoir des connaissances...quand je parlais du côté global...c'est aussi ouais au niveau culturel, religieux parce que vraiment ça...c'est à prendre en compte quoi...parce qu'en partant des croyances des gens on peut aussi progresser.

**M : En quoi vous modifiez votre posture ou votre discours en général pour modifier l'estime de soi de vos patients ?**

E5 : Je pense que s'adapter, ce que tu dis, à la culture c'est hyper important parce qu'effectivement, par rapport à, enfin, à...j'ai aussi une activité avec des gens qui viennent vraiment d'horizons et de cultures différentes et du coup la majorité ils sont d'origine maghrébine et en fait là j'ai aussi des patients d'origine asiatique et en fait, ça n'a vraiment rien à voir comme culture et on peut pas du tout adapter enfin...parce que si on change de comportement par exemple pour s'adapter à la culture arabe quand on est de culture occidentale en fait on peut pas le transposer sur une autre culture étrangère enfin euh c'est...ça n'a vraiment rien à voir et du coup il faut changer à chaque fois et du coup comme je dis ça veut dire essayer de se renseigner, de comment ça fonctionne dans une autre culture...et euh...

**M : Et le fait de connaître la culture alors qu'est-ce que ça vous apporte par rapport à ce renforcement d'estime de soi ?**

E3 : bah déjà je trouve ça renforce un peu la notre, de chercher à comprendre le patient...

*Rires*

E2 (de façon humoristique) : Est-ce que ça renforce la leur ?

*Rires*

E2 : C'est notre discours tu veux dire... ?

**M : Ouais, ça peut.**

E1 : Et c'est vrai que le fait de mieux connaître un sujet tu arrives mieux à communiquer là-dessus. bah aussi.

E4 : Tu vas t'adapter quoi.

E1 : T'arrives mieux à t'adapter quoi...

E2 : Oui mais est-ce que ça lui change son estime de lui

même ?

E1 : Si ! Parce que quand tu lui dis : « je vous comprends parce que...je sais que » je sais pas, le fait de bien connaître la culture avec, je sais pas, un régime alimentaire différent ou, je sais pas, ou des interdits différents...le fait que si toi tu le connais tu vas du coup pouvoir être plus compréhensif envers la personne et si la personne elle a l'impression d'être mieux comprise...

E2 : Pour la déculpabiliser en fait...par exemple...

E1 : Elle aura moins besoin de se justifier euh...ou...

E3 : Les diabétiques pendant le ramadan quoi.

E2 : bah oui.

E3 : Si tu sais que, bah de toute façon, il y a des choses que tu leur dis de faire mais qu'ils ne feront pas, parce que c'est le ramadan, eh bah du coup, eux ils ont en face d'eux un médecin qui a compris qu'il y a des choses qu'ils allaient pas faire, eh bah voilà, ça va contre...eh bah, ils sont plus réceptifs...après on s'adapte, on fait pas des choses parfaites mais...

E2 : Mais moi je comprends pas comment ça peut changer leur estime d'eux-mêmes...

E3 : bah du coup...

E1 : Ils vont se sentir moins...

E3 : ...ils se sentent compris...compris par le médecin...

E1 : « C'est pas parce que je continue à faire le ramadan en étant diabétique que...je ne suis pas une sous-merde...bah, la médecin, elle a compris que de toute façon, je considérais que j'avais pas le choix et que c'est juste que...C'est pas juste que j'ai pas envie de...de prendre soin de ma santé mais c'est juste que là j'ai un truc plus important qui... »

E2 : Mais est-ce que tu penses que ces gens ils ont une mauvaise estime d'eux en faisant le ramadan et en étant diabétiques...

E1 : bah si tu les culpabilises ouais.

E2 : bah je suis pas sure. Ils ont leurs convictions après.

E3 : Je pense qu'ils culpabilisent pas mal de pas faire ce qui est recommandé et...

E2 : Ils estiment qu'ils ont pas le choix...

E3 : ...ils te disent pas ce qu'ils font pas, en fait, il se censure souvent. Et du coup, le fait d'ouvrir le dialogue, bah voilà...

E4 : Et s'ils se sentent compris, après ils vont peut-être être essayer d'adapter enfin voilà...ils peuvent reporter leurs jours de ramadan aussi...si vraiment ils arrivent à comprendre et si t'arrives à communiquer avec eux. Y en a même qui, des fois, après ça se...

E3 : En fait, il faut repérer quel est le frein dans tout ça parce que même ceux...pour prendre exemple du ramadan...ils ont pas tous les mêmes freins, y en a des fois il suffit de dire « oh bah le médecin il m'a dit que ma maladie, elle était incompatible avec le ramadan, que c'était dangereux », ils écoutent vachement quoi.

E2 : Ils ont pas tous la même interprétation et y en a qui considèrent qu'ils ont pas à le faire...

E3 : Y en a, je pense, ils viennent, ils se disent : c'est bon, il va encore me dire « c'est le ramadan, faut pas... » et du coup se mettre un peu...

E1 : Sur la défensive en tout cas...

E3 : Oui, voilà.

E1 : Et se sentir un peu rabaissé parce que...on comprend pas...leur culture, je pense.

E5 : Et, à l'inverse, pour les patients diabétiques ou, je sais pas, ça va être l'Aïd ou ça va être des fêtes et du coup il va y avoir plein de gâteaux, de machin et bah du coup de leur dire « eh bah ok vous pouvez... » enfin « c'est normal, profitez-en, c'est des fêtes de famille, profitez-en » quoi, on n'est pas là à dire non, il ne faut pas et du coup ça renforce, alors peut-être pas l'estime de soi mais en tout cas la confiance que tu peux avoir avec du coup le patient. Ou du coup, il viendrait te dire, peut-être plus facilement, si...euh si...il fait des entorses à son régime ou je sais pas...

E3 : Le discours est plus proche de la réalité dans ce qu'il retranscrit. Parce que sinon, ils disent que ce que tu veux entendre.

E1 : Mais n'empêche, ce sentiment de se sentir compris, euh ça te renforce aussi. Ça veut dire que tu te légitimes toi-même, du coup euh...je pense que ça renforce aussi l'estime de soi.

E5 : Ouais ouais bien sûr.

E1 : Mais pour ce point donné.

E5 : Effectivement, peut-être pas pour toute leur personnalité en entier.

E4 : Ouais, ouais, l'estime de soi c'est euh...

**M : Si tu es compris, tes choix ont un sens et donc on te considère, c'est ça ?**

E3 : Après, au niveau comportement aussi, il y a les silences. Le fait de pas parler aussi.

**M : Ouais.**

E3 : Des fois, on parle beaucoup et...si on se tait un peu...

E4 : On les écoute plus.

E3 : Ouais. Donc du coup, il y'a beaucoup de choses qui ressortent, enfin, ils s'expriment plus sur leur ressenti quoi donc euh...

E5 : Les psy ont bien compris cette technique...

*Rires*

E3 : Non, mais voilà, on a tendance, on est un peu speed dans nos consults, le temps est compté donc des fois, on parle un peu à leur place ou on les oriente fortement et c'est vrai que, de temps en temps, quand on laisse un peu parler les gens, finalement, émerge très vite quand même les fondamentaux donc voilà...

**M : Vers quel professionnel ou vers quelles activités...vous orientez vos patients...dans ce but de renforcement de l'estime de soi ou pas forcément dans cet objectif là mais finalement ça va permettre également d'aboutir à cet objectif là ? Vers quel... ?**

E4 : ça dépend du patient.

E1 : Ouais. Et de la problématique...

**M : Ouais...Est-ce que vous avez des exemples sinon...**

E4 : Bah, psychologues.

*Rires*

E2 : C'est le plus logique. Mais après euh...

E5 : Diététicien

E1 : Ah ouais diététicien !

E2 : Ouais, effectivement, chez des gens qui ont du mal avec l'image de leur corps.

**M : Pour travailler sur l'image de soi ?**

E2 : bah ouais voilà.

E4 : Même l'hypnose.

E2 : L'hypnose ouais.

*Tout le monde parle en même temps*

E1 : Pour le diabète, proxydiab, pour faire euh...de l'éducation thérapeutique.

**M : De l'éducation thérapeutique...**

E3 : Bah, moi, dans le même ordre d'idée, les infirmières du centre de santé, qui font de l'éducation thérapeutique.

E1 : Oui, les azalées, hein ! C'est ça les infirmières azalée ?

E3 : Bah, on va être azalée mais on l'est pas encore...

E1 : C'est le grand truc à la mode.

E4 : C'est vachement bien...

E5 : Mais, alors là, par exemple, on a la réflexion de l'éducation thérapeutique euh...qu'il faut adapter, après je ne sais pas comment ça se passe...mais parfois il y a des groupes d'éducation thérapeutique...euh mais tout le monde ne peut pas forcément faire partie d'un groupe ou parce que la personnalité fait que...

E1 : Oui, tout le monde ne veut pas...

E5 : Oui ou ne veut pas ou parfois ne peut pas parce que au fait avant de faire de l'éducation thérapeutique, il faut faire un bilan d'évaluation et du coup, eh bah, tu te dis que cette personne, elle va pas correspondre au groupe et du coup je trouve que après c'est qu'est-ce qu'aussi on peut proposer. Alors après, les infirmières azalée, je crois que c'est plus aussi de l'individuel...

E3 : Euh oui je crois que c'est individuel...

E5 : Mais, c'est protocolisé, hein, un peu...

*Tout le monde parle en même temps.*

E3 : En fait, ça permet un temps de... Pour le patient, il y a un temps plus important accordé, je crois, à l'éducation thérapeutique mais c'est aussi fait pour que les professionnels autour du patient puissent se coordonner avec un temps de groupe mais...entre nous...

E4 : Ah ouais d'accord.

E3 : Bah, après, sinon, les pairs ! par exemple. Les associations de patients...Nous on a les médiateurs en santé aussi, qui sont souvent des anciens patients, qui sont dans ce truc là. C'est la ville de X, qui a monté ce projet je

crois et du coup c'est la pair-aidance. Ils accompagnent les gens bah euh chez tel spécialiste à tel endroit pour faire des démarches eux-mêmes n'arrivent pas...et ça ça fonctionne bien parce que...

E1 : C'est de l'accompagnement physique ?

E3 : Physique ou même ça peut être juste un entretien euh...enfin pour l'instant c'est pas hyper euh...enfin je crois le seul cadre qu'il y a c'est quand même c'est lié à des trucs, des pathologies mentales mais sinon c'est, enfin ils sont multifonctions hein. Ils aident comme ils peuvent quoi...C'est...Ah oui, y a l'interprétariat aussi ! Parce que du coup, elle interprète, elle permet, du coup, aussi...mais l'interprétariat ça peut aider aussi à...en se passant de la barrière du langage, eh bah voilà, ça peut aider aussi à changer les comportements... que le patient il nous comprenne mieux quoi.

E5 : Ouais. Pour rebondir là-dessus, moi je vois bien les patients qui, qui...du coup moi j'ai pas mal de patients sourds...avec quelques-uns qui ont des médecins traitants donc euh soit de quartier...enfin voilà euh...des médecins traitants de secteur et euh c'est sûr que la communication y a la barrière de la langue, on peut pas rentrer dans de l'éducation thérapeutique ou du changement de comportement quoi, on est quand même plus dans de la médecine de base quoi, un peu vétérinaire enfin voilà quoi...Et toi, d'ailleurs, je me dis, enfin ça doit être euh...compliqué parce qu'en fait finalement tu vois beaucoup de patients qui parlent peut-être arabe, peut-être des petites mamies, des choses comme ça...

E3 : Ouais après des Roms, y'a plein de Turcs enfin c'est, c'est...et du coup, je me rends compte, on fait pas assez appel à ça. Et y'a...

E1 : Ouais, je pense, il y a le monde associatif et...

E3 : Pour le patient, le fait que son médecin, finalement, anticipe ses réactions euh, le fait qu'il n'ait pas le sentiment de pouvoir tout dire, c'est un frein au changement de comportement. Parce que du coup...déjà, c'est l'angoisse de ne pas être compris, de où j'ai mal, qu'est ce que j'ai et ou sont mes difficultés et des fois, ça aiderait de s'affranchir quand même de la barrière de langage quoi et ça moi je trouve c'est un gros frein. Et pis à l'estime de soi aussi parce que du coup, on a l'impression d'être mal jugé aussi quand l'autre en face nous comprend pas euh...

E5 : Et quand tu parles de médiateur de santé, c'est rigolo, parce que nous on a du coup un...un corps de métier qui s'appelle inter-médiateur et du coup c'est de la médiation culturelle ou un patient sourd mais qui ne maîtrise pas la langue des signes française parce qu'il est d'origine étrangère ou alors qu'il est handicapé...du coup il y a un médiateur sourd et donc du coup, de sourd à sourd, ça passe mieux. Comme de patient à patient, d'une même pathologie, ou voilà...Et au fait, ça change tout. Et moi je fais quasiment toute mes consultations comme ça. Parce que j'ai que des patients compliqués au niveau psychosocial et en fait, faire de la co-consultation aussi, ça change tout parce que finalement, on a beau parlé la même langue, il va quand même y avoir des choses qui ne passent pas et le fait d'avoir quelqu'un qui est...euh...qui est, on va dire de la même culture que le patient ou qui a les mêmes problématiques, en fait ça fait...du coup, au niveau de l'estime de soi, ça renforce vachement l'estime de soi. Et du coup, ça change tout dans la consultation.

E3 : Après, on s'aide des assistantes sociales aussi, je sais pas, quand la précarité de la vie socio-économique, rentre en jeu avec le problème médical, c'est vrai que des fois, d'orienter les gens pour régler les problèmes sociaux déjà, ça peut aider quoi. En tout cas, ils ont cette préoccupation et ils ne peuvent pas se préoccuper de leur maladie à ce moment là quoi.

E1 : Et d'essayer d'enlever les freins qui sont d'autre nature.

E4 : Ouais voilà.

E3 : Après, moi, je suis beaucoup aidée aussi pour les enfants, le côté éducatif, l'école euh...parce que c'est vrai que là, on parle beaucoup des adultes mais euh...on a beaucoup de problèmes de changement de comportement, et en fait, il nous manque tout un pan de la vie du patient pour les enfants, l'école aide pas mal aussi. Faudrait que je donne un exemple euh...Par exemple, beaucoup de retard de langage dans ce public précaire. Le comportement qu'il

ne faut pas avoir c'est dire « il faut le stimuler, le faire parler, lui montrer des livres, l'amener à la ludothèque » enfin ça c'est l'injonction mais en fait finalement de se faire aider par les acteurs du quotidien de l'enfant, de valoriser le quotidien des parents au moment où ils le font bien c'est beaucoup plus efficace quoi. Je sais pas si...Mais, en tout cas, c'est encore d'autres...c'est en fait...il faut prendre tous les acteurs de la vie des patients finalement. C'est ça l'idée quoi. On va pas énumérer tous les acteurs...En gros, dès qu'il y a quelqu'un qui intervient, ça peut être un soutien mais...

**M : Ouais, peu importe l'acteur finalement...**

E3 : Pas forcément médical quoi.

**M : Ouais. De par son action, il va renforcer de toute façon l'estime de soi du patient en l'aidant dans le domaine qui lui correspond.**

E1 : Y a le médecin du travail aussi. Des fois...

*Silence.*

E1 : Non c'est vrai, j'en ai eu plein. Mais notamment dans les harcèlements.

E4 : Dans les souffrances au travail...

E1 : Dans les souffrances au travail. Eh ben euh je me suis rendu compte que le médecin du travail...

E4 : Ils ont aussi peu d'estime d'eux-mêmes...

E1 : Et ils ont aussi un comportement qui les enfonce plus généralement et du coup le fait...je trouve que les médecins du travail, ils sont souvent, ils sont...souvent de leur côté déjà. Et du coup, ça les aide, c'est un bon soutien...

*Silence*

E1 (*d'un ton humoristique*) : Bon, ils finissent par se faire licencier...

*Rires.*

E4 (*sur le même ton*) : Mais un peu plus avec le sourire.

*Rires*

E3 (*sur le même ton*) : et le médecin de la sécu qui les remet au travail !

E1 : C'est plutôt une...

E3 : Là, l'estime de soi je sais pas...

**M : Est-ce que vous voyez d'autres choses ?**

*Silence.*

E5 : On a déjà dit pas mal de choses...

**M : Oui, oui carrément.**

E3 : Peut-être qu'on digresse je sais pas...

*Rires*

**M : Si vous êtes d'accord, Olivier, il peut essayer de voir un peu, résumer un peu l'ensemble de ce que vous avez dit et puis si vous avez envie de rajouter des choses, que vous pensez à des choses...**

**O : Ouais donc vous avez dit pas mal de choses, c'est clair.**

*Rires*

**O : Comment synthétiser à chaud ? Ouais, 1heure, là, on en est à 1heure effectivement. Euh donc on a beaucoup parlé de l'accompagnement au changement de comportement, ça tombe bien car c'est quand même le thème. Euh...avec euh, du coup voilà, sur votre pratique aujourd'hui c'est quelque-chose que vous faites, que vous pensez être une bonne chose du coup d'accompagner les gens là-dedans avec du coup des pratiques qu'ont pas mal évoluer depuis votre formation initiale j'ai l'impression, soit au gré de formations continues par exemple l'éducation thérapeutique soit via l'expérience tout simplement avec des modifications de votre posture avec petit à petit...vous avez plus d'humilité et plus cette ouverture sur le fait que ça vienne des patients, que le changement de comportement vienne des patients. Par rapport, voilà, au fait d'évaluer l'estime de soi des patients dans ce contexte là, c'est euh plutôt du coup ce que tu disais, plutôt un préjugé psychique par rapport à ce problème là donc plutôt dans le cadre d'addicto, d'addictions mais peut-être pas dans d'autres cadre quoi, que l'évaluation de l'estime de soi, elle était plutôt implicite quoi, que voilà, on avait pas d'outils pour l'évaluer, que...**

E1 : Mais vous allez nous en donner...

**M : Non. On ne dit pas que ce que vous faites, ce n'est pas bien...ce n'est pas le but.**

E5 (*sur un ton humoristique*) : Et par rapport aux autres...

*Rires et discussions entremêlées*

**O** : Et que c'était donc plutôt intuitif...

E1 : Je pense que y a beaucoup de gens qui disent qu'ils n'ont pas d'outils et la discussion c'est de trouver un outil justement.

E3 : C'est des choses que...

**M** : E3 elle a dit que ça ne servait à rien d'avoir un outil.

**Ça fait partie des avis...**

E1 : Non, mais par outil, on ne parle pas forcément...d'échelles ou machin...mais outils aussi dans le sens formation.

E3 : Oui voilà. Par contre oui, exactement.

*Rires.*

E3 : C'est vrai qu'un outil pour mesurer l'estime de soi me semble euh...

E1 : Mais pour savoir comment l'évaluer...

E3 : Mais ouais par contre pour savoir quelle question poser ou quoi regarder ou observer chez les patients et l'enseigner au médecin euh...dans sens outil d'enseignement oui !

**M** : Ok.

E5 : Moi, y a une formation que j'aimerais vraiment faire, c'est l'entretien motivationnel parce que j'en entends beaucoup parler et je me dis ça à l'air génial, tu peux faire changer quelqu'un sur un entretien ! Du coup, ça m'attire beaucoup.

E1 : Oui mais je pense qu'il faut garder l'humilité...

*Rires.*

E5 (*sur un ton humoristique*) : Oui mais je me dis t'imagines, dans ta vie de couple, tu veux faire changer les choses, alors attends bouges pas...

*Rires.*

E2 : C'est pas facile parce que je pense qu'on fait les choses de façon intuitive et c'est dur d'avoir un regard enfin d'avoir du recul sur ce qu'on fait et de se dire alors comment je réagis à ce moment là pour euh voilà...moi je sais que, voilà, je réfléchis pas à...à ce que je dis dans le but d'augmenter l'estime de...mais je pense que je le fais de façon intuitive parce qu'on a envie d'aider les gens et peut-être pas suffisamment hein euh...

E1 : Et du coup, quand on fait les trucs de façon un peu moins intuitive et euh plus analysés et bah est ce que ça porte pas plus de fruit parce que nous on arrive aussi à savoir dans quel but on l'a fait et aussi savoir quoi noter dans la réponse de l'autre du coup...

E2 : Moi, je vois, ma collègue, elle fait de la PNL !

E1 : Programmation neurolinguistique.

E2 : Vous connaissez ? C'est de la programmation neurolinguistique...Mais en fait, c'est, justement, pour essayer de faire changer les gens de comportement, elle leur donne des trucs très précis, elle évalue...

E1 : Elle les met dans des cases quoi !

E2 : Elle met vraiment les gens dans des cases avec des couleurs euh...voilà...et en fonction de ça, elle va leur parler d'une certaine façon ou d'une autre façon...c'était utilisé, beaucoup, dans le marketing enfin dans le management en fait...et a priori, elle, elle me dit que ça marche et c'est vrai que elle, elle a vraiment une relation qui est très réfléchiée avec son patient alors que moi je suis plus dans l'intuition, dans l'intuitif et j'ai l'impression qu'elle a des bons résultats ceci dit donc...peut-être que je devrais me mettre à faire plus de...*Rires*...je sais pas...

E3 : Mais moi à mon avis, quand tu veux induire ou quand tu veux parler de quelque-chose avec quelqu'un c'est toujours à ce moment là que tu n'arrives pas à en parler et il y a quelque-chose dans l'intuitif qui débouche sur des supers prise en charge qui n'existeraient pas si c'était...tout était calculé.

E1 : Et peut-être qu'il faut trouver le juste milieu.

E2 : Un peu des deux, oui.

E3 : Oui voilà.

E5 : Moi, ça me rend triste, cette histoire de PNL, parce que je me dis enfin au contraire la médecine c'est pas du marketing ou du management...

*Rires*

E2 : Non mais moi j'ai compris ça comme ça mais j'ai caricaturé le truc là je pense.

E1 : Non mais elle, elle est à l'extrême mais ça veut dire d'être un peu plus...analyser et faire attention à ce que

l'autre dit pour essayer de mieux l'interpréter et de savoir toi aussi qu'est-ce que tu ressens quand toi euh...quand l'autre dit quelque-chose qu'est-ce que ça te fait sur toi et pourquoi tu vas lui répondre d'une certaine façon ou d'une autre et justement de...d'avoir un peu plus analysé ce que ton patient te dit...d'essayer d'avoir un discours aussi un peu plus adapté.

E2 : Adapté en fait à sa psychologie. Ce patient en fait, il est comme ça, il a besoin de beaucoup de description, il a besoin de...tu vois quand il dit eh bah j'ai eu la gastro : j'ai vomi trois fois, j'avais mangé ça, enfin nanana...elle me dit tu vois il est vraiment dans la description et dans le sens du détail donc toi quand tu lui parles il faut que tu sois pareil ça veut dire qu'il faut tout ce que tu détailles, machin...

E4 : Une analyse en fait de personnalité et après en fait tu t'adaptes...dans ton discours et dans ta prise en charge quoi.

E2 : Non c'est pas mal. J'ai vraiment...caricaturé le truc mais...

E5 : Mais en fait j'imagine que maintenant avec l'expérience elle le fait intuitivement c'est plus elle le fait avec des grilles machin, au début sûrement mais après...après c'est super si après intuitivement tu arrives à t'adapter...

E3 : Mais ce serait au niveau communication. Ou l'observation...verbale, non verbale...ce que les gens expriment...mais par contre, par contre mettre trop dans les cases, les questionnaires tout ça je trouve que...on tend souvent vers ça en psy...le DSM IV machin...

E1 : Sur les addictions...

E5 : Je trouve qu'on oublie quand même beaucoup, enfin c'est pas individualisé pour le patient

*Tout le monde acquiesce.*

*E1 fait signe qu'il faudrait laisser la parole à Olivier.*

**O** : Non non mais c'est le justement but de reprendre ! Donc il n'y a pas de soucis. Euh...vous m'arrêtez quand vous voulez...euh on en était où...donc oui plutôt dans l'intuition, c'est ce que vous redites là, mais parfois quand même vous verbalisez cette évaluation...ce que tu disais E3 pour les ados, les femmes victimes de violences conjugales ou tu poses la question directement. C'est formalisé. « Comment vous vous voyez ? ». Alors que sinon, on dehors de ça, ces contextes là, c'est plutôt de l'ordre bah voilà du feeling. **M** : Je peux rajouter un autre petit truc ? C'était intéressant par rapport à l'idéal...de comment il se place par rapport à l'idéal parce qu'en fait c'est un peu la définition de l'estime de soi...

E2 : Ah d'accord.

**M** : Enfin c'est une des définitions de l'estime de soi en fait comment on se place soi par rapport à son idéal de soi.

E2 : Ah d'accord, à ce qu'on voudrait être quoi.

**M** : Du coup, en fait, dans l'évaluation de l'estime de soi...

E3 (*de façon humoristique*) : Eh bah voilà, j'ai tout compris sur la question...

*Rires.*

**O** : Ouais, après dans le contexte du changement de comportement, peut-être que ça peut avoir sa place mais après qu'est-ce que c'est vraiment que cette estime de soi en fait, est-ce que c'est la confiance en soi ? On cherche aussi à évaluer d'autres choses notamment donc euh tout ce qui va aider...enfin tout ce qui peut freiner ou aider dans ce changement de comportement donc les inquiétudes, l'envie de changer, l'entourage euh...parce que voilà les gens se dévalorisent euh voilà...ensuite par rapport au renforcement de l'estime de soi du coup, vous avez dit pas mal de choses aussi donc il fallait valoriser, encourager les gens, dramatiser et il y avait du coup aussi toute cette discussion autour de l'autonomie : rendre de l'autonomie aux gens, qui vraisemblablement augmenterait leur estime d'eux-mêmes, leur donnait la parole, du coup voilà les déculpabilisait. Voilà. Et puis cette réflexion autour du changement de la posture : est-ce que de...ça voilà j'ai un peu de mal à le synthétiser...mais vous avez pas mal parlé de ça, de...est-ce qu'en changeant de posture, on va augmenter l'estime de soi des gens ? Probablement

que oui mais en tout cas dans le contexte de la relation médecin-patient, ça augmente en partie la confiance en relation, probablement que ça augmente la confiance en soi de la personne aussi mais est-ce que ça va s'appliquer à l'extérieur ça c'était peut-être un peu en suspens...euh...pareil vous m'arrêtez si c'est un faux sens ce que je dis. Et après sur les orientations extérieures qui pourraient aider en dehors du rôle du médecin généraliste à renforcer l'estime de soi des gens, pas mal de choses, voilà des acteurs individuels : des psychologues, diététicien etc. et sinon des prises en charge de groupe, en réseau, d'éducation thérapeutique ou sinon via des approches de médiation en santé avec le médiateur-pair euh et voilà et avec cette notion du coup que pour renforcer l'estime de soi des gens il fallait aussi probablement sortir de la sphère médicale seule quoi et faire intervenir tous les acteurs qu'il y a autour des gens.

E5 : Avoir une vision globale socio-culturelle de la situation.