



HAL
open science

Prise en charge des symptômes biomédicalement inexpliqués en médecine générale

Laetitia Alberto Caille

► **To cite this version:**

Laetitia Alberto Caille. Prise en charge des symptômes biomédicalement inexpliqués en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02075963

HAL Id: dumas-02075963

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075963>

Submitted on 21 Mar 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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 toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 102

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Prise en charge des symptômes biomédicalement
inexpliqués en médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
le 21 juin 2018

Par

Laetitia ALBERTO CAILLE

Née le 26 octobre 1989 à Nice (06)

Dirigée par Mme Le Docteur Annie Catu-Pinault, MG

Jury :

M. Le Professeur Philippe Cornet, PU..... Président

M. Le Professeur Philippe Jaury, PU

M. Le Docteur François Bloede, MCA

« Tout ainsi qu'on ne doit pas entreprendre de guérir les yeux sans avoir guéri la tête, on ne doit pas le faire pour la tête sans s'occuper du corps, de même on ne doit pas d'avantage chercher à guérir le corps sans guérir l'âme ; mais que, si la plupart des maladies échappent à l'art des médecins de la Grèce, la cause en est qu'ils méconnaissent le tout dont il faut prendre soin, ce tout sans le bon comportement duquel il est impossible que se comporte bien la partie. »
Platon, Charmide

« Il n'y a qu'une sorte d'hommes, qu'ils soient bien portants ou non. En revanche, il y a probablement deux catégories de médecins, ceux qui penchent pour l'expression des « maladies organiques » et ceux qui préfèrent parler de « conflits et de problèmes » humains aboutissant à des états psychosomatiques.»
Michaël Balint.

Remerciements

Sur plan professionnel

A Madame le Docteur Annie Catu-Pinault, qui m'a fait découvrir ce sujet passionnant et qui n'a eu de cesse de m'accompagner et de m'ouvrir les yeux tout au long de ce travail ;

A Monsieur le Professeur Philippe Cornet, pour nos échanges fructueux à la Faculté Paris VI et pour avoir accepté de présider ce jury ;

A Monsieur le Docteur François Bloede, pour ses débriefings centrés patient (et étudiante...!) ;

A Monsieur le Professeur Philippe Jaury, d'avoir accepté d'être membre de ce jury ;

Aux médecins interviewés pour leur agréable participation à l'étude ; mention spéciale au Docteur Roland Vialy, pour son accueil chaleureux et pour m'avoir guidée dans les coulisses du « théâtre SBI ».

Sur le plan personnel

A mes parents, pour ce qu'ils sont, pour leur amour et leur soutien et pour avoir toujours cru en moi durant ce long chemin semé d'embûches mais au combien fructueux ;

A Stéphanie, pour sa présence et son soutien réconfortant, pour son positivisme et sa bonne humeur contagieuse ;

A mes frères, pour ce qu'ils sont et pour leur présence tout simplement ;

A ma grand-mère, pour avoir toujours répondu présente et m'avoir écouté dans les moments difficiles ;

A ma « camarade », pour nos fous rires mémorables, et surtout pour notre belle complicité et amitié passée et à venir ;

A ma « coupine », pour nos mémorables années partagées sur les bancs de la faculté, et surtout pour ta présence et ton amitié sincère et fidèle passée et à venir ;

A mes amis, Aurore, Claire, Laure, Anaïs, Guillaume, pour leur présence et notre amitié partagée ;

A mes beaux-parents et à mes belles-sœurs, pour leur écoute et leur soutien, et pour avoir accepté de lire cette thèse.

A mon cher et tendre époux, celui qui a su être présent dans la durée et dans l'intensité de ces derniers mois passés, à me soutenir sans relâche et à me supporter. Ton amour, ta présence et ton soutien continuel m'ont porté, me portent et me porteront chaque jour un peu plus pour le meilleur et pour le pire. Je t'aime !

Liste des abréviations

SBI : Symptôme Biomédicalement Inexpliqué

SMI : Symptôme Médicalement Inexpliqué

LC : Lettre de Consultation

RC : Revue Cochrane

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

IDM : Infarctus du Myocarde

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ECG : ÉlectroCardioGramme

DU : Diplôme Universitaire

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations	4
Introduction.....	7
I. Considérations préalables	10
A. Historique de la terminologie propre aux SBI	10
B. Définition des SBI et autres terminologies.....	11
1. « Symptômes fonctionnels ou médicalement inexpliqués »	12
2. « Syndrome somatique fonctionnel »	12
3. « Plainte fonctionnelle »	12
4. « Somatisation »	13
5. « Les troubles somatoformes »	14
C. Données de la littérature sur la prise en charge des SBI.....	16
II. Matériel et Méthodes	20
A. Une double étude qualitative.....	20
1. Première partie : transcription puis analyse de vidéos de consultations filmées.....	20
2. Deuxième partie : l’entretien semi-dirigé	21
B. Population & échantillon.....	22
Présentation et définition de la population	22
C. Recueil des données	25
1. La transcription des vidéos.....	25
2. La réalisation des entretiens	25
D. Analyse des données des entretiens.....	27
III. Résultats	29
A. Présentation des résultats concernant le cadre méthodologique et les données de l’étude ..	29
1. Les vidéos	29
2. Les « spécificités » des médecins	29
3. Le ressenti des médecins sur leur consultation passée	29
4. Le ressenti des patients sur leur consultation passée.....	30
5. Les entretiens	30
B. Résultats d’analyse des vidéos de consultations SBI.....	31
1. Côté patient.....	31

2.	Côté médecin.....	37
C.	Résultats des entretiens	46
1.	Appétence des médecins pour le symptôme fonctionnel	47
2.	Représentations des SBI par les médecins	47
3.	La posture	53
4.	Attitudes du médecin	54
5.	Les limites du médecin	63
6.	Facteurs positifs/négatifs de satisfaction des médecins.....	64
7.	Le recours à la rationalité dans la prise en charge des SBI.....	65
8.	Indicateurs de satisfaction du patient.....	67
IV.	Discussion	68
A.	A propos du cadre méthodologique de l'étude	68
1.	La sélection de vidéos SBI.....	68
2.	Le cadre de l'entretien	69
3.	Les limites de l'étude.....	71
B.	A propos des résultats de l'étude.....	73
1.	La Perception des SBI et des symptômes « fonctionnels » par les médecins.....	73
2.	Attitudes incohérentes du médecin	76
3.	L'ouverture vers le SBI.....	80
4.	De l'enseignement du « médicalement expliqué » vers le « médicalement inexpliqué »....	84
C.	Notre synthèse des outils d'aide à la prise en charge des SBI en consultation	88
1.	De la construction d'un cadre à la consultation... ..	90
2.	... A l'accompagnement « spécifique » du patient SBI	90
3.	... En passant par un diagnostic et une explication centrée patient avant tout.....	91
4.	... Et une évaluation pertinente de l'organicité dans les SBI	92
5.	...Sans oublier un suivi spécifique du patient SBI	93
	Conclusion	94
	Bibliographie.....	98
	Annexes	104
	Annexe 1 – Transcription des vidéos de consultations	105
	Annexe 2 - Résultats d'analyse longitudinale des vidéos de consultations	153
	Annexe 3 – Guide d'entretien	181
	Annexe 4 – Transcription des entretiens	182

Introduction

Les études de médecine façonnent les futurs médecins selon un modèle biomédical qui ne permet pas toujours une bonne appréhension de plaintes qui ne correspondent à aucun tableau de maladies. Non seulement, ces plaintes échappent à ces schémas logiques et rationnels de référence, mais elles ne sont décrites dans aucun autre système précis. La question des « pathologies fonctionnelles » ou « symptômes biomédicalement inexpliqués » (SBI) est souvent reléguée en annexe des formations, de façon anecdotique, comme pour rappeler, quelle que soit la discipline, que cette réalité existe, mais qu'elle ne mérite peut-être pas davantage d'attention que d'être citée.

Pourtant, ces plaintes inexpliquées représentent 15 à 30 % de l'activité des médecins généralistes, d'après la littérature internationale. (1)(2)

Ce chiffre est explicable par la nature même de ces symptômes. En effet, les médecins généralistes sont souvent les premiers praticiens de santé à être confrontés à ceux-ci, puisqu'étant ciblés comme praticiens de premier recours, leurs patients se tournent vers eux dans un premier temps.

Une grande part des médecins généralistes se sent démuni ou ressent des difficultés dans la gestion de la consultation et de la prise en charge de situations impliquant des symptômes biomédicalement inexpliqués ou une somatisation. (3)

De plus, la prise en charge des patients qui présentent des SBI met à mal l'image que les médecins généralistes se font de leur métier, de leur rôle, de leur pouvoir, ce qui engendre une représentation négative de ces patients chez les médecins. (4)

Les patients présentant des cas de SBI posent un problème de prise en charge sur plusieurs aspects.

En terme de **diagnostic**, les symptômes sont souvent assimilés aux troubles somatoformes, à la conversion hystérique, à l'hypochondrie, à la dépression et même à la simulation, alors que les symptômes inexpliqués ne s'intègrent pas toujours dans le cadre d'une pathologie psychiatrique.

Ils engendrent aussi des difficultés au niveau **thérapeutique** : ces symptômes mettent souvent les médecins en échec. Ils prescrivent des examens complémentaires, inutiles et inefficaces générant une insatisfaction du praticien mais aussi du patient. La relation médecin-patient peut alors se dégrader et ces patients vont être perçus comme difficiles voire exaspérants par le médecin.

Et enfin, ils génèrent des **coûts** élevés liés à la consommation médicale du patient (plusieurs rendez-vous nécessaires), à l'absentéisme professionnel et à la prise en charge par les assurances. (5)

Pourtant, il demeure qu'au quotidien, c'est bien au médecin généraliste d'imaginer les outils qui lui permettront d'assurer une prise en charge sereine et efficace des symptômes fonctionnels de ses patients.

D'après la littérature, chez les patients présentant des symptômes médicalement inexplicables avec somatisation importante dans un contexte de grande détresse psychologique, un traitement par psychotrope associé à une consultation chez un psychiatre améliorerait les symptômes. (6)

A contrario, d'autres études sur la prise en charge des troubles somatoformes aboutissent à des résultats positifs de très faible niveau de preuve, par l'introduction d'antidépresseurs, comparé au traitement placebo. (7)

Les patients présentant des SBI sont plus susceptibles de souffrir de troubles dépressifs et anxieux que le patient moyen. Les études ont mis en évidence des effets positifs associés à un dépistage de troubles psychiatriques par un psychiatre, dans la prise en charge des SBI en soins primaires. Les « Lettres de consultation » adressées aux médecins généralistes par les psychiatres, indiquant la « conduite à tenir », pourraient être utiles aux médecins qui prennent en charge des patients présentant des SBI. (8)

La littérature s'est jusque-là attachée à décrire les coûts liés aux SBI, la situation d'impuissance des médecins, la chronicisation des patients, ainsi que leur insatisfaction. Le livre de Pascal Cathébras (3) propose également des pistes de prise en charge.

Une étude réalisée en Angleterre en 2004 avait pour objet l'analyse des caractéristiques de présentation des SBI par les patients qui pourraient amener les médecins généralistes à se sentir sous pression pour prescrire un/des traitements médicamenteux. Il est intéressant de noter que les patients concernés par l'étude n'avaient pas demandé de traitements somatiques. Bien que les patients cherchent à impliquer le médecin dans le vécu de leur symptôme (souffrance), ceux-ci répondent par un mode de prise en charge somatique/biomédical strict. (9) D'après une autre étude réalisée en 2005, ces patients cherchent un soutien émotionnel plus important que les autres patients, et non pas une prise en charge somatique avec des explications. (10)

Aujourd'hui, trop peu d'études qualitatives, s'attachant à étudier les modes de prise en charge des SBI par les médecins généralistes afin de pouvoir proposer des outils d'aide et d'amélioration efficace dans leur prise en charge, ont été effectuées. Néanmoins, il est intéressant de citer le travail de recherche d'Olivier Nardon. Il s'agit d'une étude quantitative dont la problématique de recherche consistait à imaginer comment pouvait se mettre en place un « projet thérapeutique personnalisé » en évaluant les pratiques de prise en charge de ces patients, au travers d'entretiens auprès de 82 médecins généralistes. Une mise en place d'un « entretien prolongé programmé » ou de 3 consultations dédiées a ainsi été préconisée.

En dehors de cette étude, aucune réelle concrétisation ou évolution du mode de prise en charge des SBI n'a donc été effectuée, du moins dans le cadre de la formation des futurs médecins. Quelques séminaires non obligatoires existent aujourd'hui (Séminaire SFTG) mais aucune étude qualitative visant à étudier cette prise en charge n'a été réalisée à ce jour.

Selon une étude de 2010, réalisée auprès d'un échantillon de médecins, ces derniers sont en demande de formation dans ce domaine. (11)

L'intérêt pour ce sujet est donc né de la spécificité que peuvent représenter les SBI tant dans leur nature que dans leur prise en charge mais également de l'absence d'enseignement universitaire sur ce thème dès le deuxième cycle des études médicales.

D'autre part, la relation médecin-patient a toujours été pour moi « un moteur » dans ma passion médicale et un périmètre sur lequel « amélioration continue » signifie meilleure prise en charge des patients. Cette relation est la base de la prise en charge des SBI, dans le peu de littérature qui existe sur ce sujet (Livre de Pascal Cathébras (3), l'Atelier Français de Médecine Générale (AFMG), Thèse de F. Matta (12)).

L'intérêt de traiter un tel sujet repose dans le questionnement suivant, problématique de cette thèse : *Comment les médecins généralistes, prennent en charge les SBI en consultation de médecine générale ?*

De cette problématique découle nécessairement les questionnements annexes suivants (non exhaustifs), que nous évoquerons au cours de nos résultats et discussions :

- Quel discours adoptent-ils auprès de ces patients ?
- Existe-t-il des critères permettant d'évaluer l'efficacité de la prise en charge des SBI ?
- Existe-t-il des critères pour identifier la satisfaction du patient ou du médecin ?
- Quelles sont les attitudes à préconiser ou à éviter ?

Pour tenter de répondre à cette problématique, nous avons donc réalisé une étude qualitative basée sur l'analyse de vidéos de consultations de médecins généralistes et d'entretiens semi-dirigés de ces mêmes praticiens.

Etant donné les précédentes thèses réalisées (ou travaux de recherches) sur le même axe de réflexion, il semblait pertinent d'aborder cette problématique avec une approche novatrice, non pas basée sur la quantité, mais sur **une approche qualitative**, à partir de vidéos permettant de cibler l'interaction médecin-patient.

Concernant le fond de l'étude, il nous a paru incontournable de nous confronter à la définition du terme SBI, tant en théorie que dans les représentations des médecins. Il était surtout important d'approfondir le comportement des praticiens vis-à-vis de la prise en charge des SBI. Concernant la forme de l'étude, il nous semblait pertinent de confronter les différents résultats, issus de 2 sources de données :

- L'analyse de vidéos de consultations
- Des entretiens semi-dirigés avec les praticiens, basés sur un questionnaire général puis spécifique construit à partir de l'analyse de ces mêmes vidéos

L'innovation de cette recherche réside donc dans le choix et la réalisation d'une double analyse qualitative, visant à demander aux médecins de confronter leurs représentations (entretiens) avec leur prise en charge réelle (vidéos).

Ce travail de recherche aurait donc pour finalité, à travers l'étude de la prise en charge des patients présentant des SBI par les médecins généralistes, **la proposition d'un schéma thérapeutique**, base d'une approche permettant de mieux appréhender les SBI.

I. Considérations préalables

En commençant ce travail, nous avons été confrontés à des questions de terminologie. En effet, le terme de « symptôme médicalement inexpliqué » nous était totalement inconnu durant nos études. Nous connaissions seulement les termes de « somatisation » ou « troubles somatoformes ». Une étude réalisée en mars 2004 au titre de « Symptômes biomédicalement inexplicés : intérêt de l'approche globale en médecine générale » montrait que 34% des médecins donnaient à cette problématique la formulation de troubles psychosomatiques et 30% de troubles fonctionnels pour les termes les plus fréquemment employés mais aussi: «somatisation, conversion, troubles somatoformes...». (13) Cela confirme l'utilisation de termes variés, pour une même problématique, dans la réalité de l'exercice médical en soins primaires. D'autre part, le choix de l'utilisation par les médecins généralistes d'un terme plutôt qu'un autre sous-entend aussi l'adhésion à des modèles explicatifs différents.

Ce constat du grand flou du cadre conceptuel nous a donc conduit à vouloir énoncer l'historique de la terminologie propre au SBI et recenser les différents termes employés dans le cadre des catégories nosologiques des classifications internationales, ainsi que dans la littérature. Nous aborderons dans un deuxième temps, les principales thérapeutiques des SBI recensées dans la littérature.

A. Historique de la terminologie propre aux SBI

L'histoire du concept de « symptôme médicalement inexplicés » commence avec la 3^{ème} édition du Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM III) et l'introduction des « Troubles Somatoformes » à la place des anciens « Troubles psychophysiologiques spécifiques des différents organes ». (14)

Suivant le DSM III, les Troubles Somatoformes sont caractérisés par la présence de « symptômes somatiques qui évoquent des pathologies somatiques (d'où le terme de Somatoformes), alors qu'il n'existe pas de résultats d'examens mettant en évidence une anomalie organique ou l'implication de mécanismes physiologiques connus ». (15) L'apparition de ces symptômes serait liée à des facteurs psychologiques ou à des conflits. On y trouvait les entités nosologiques suivantes : le Trouble Somatisation, le Trouble Conversion, l'Hypocondrie, la Douleur Psychogène et le Trouble Somatoforme Atypique.

Le DSM IV conserve la catégorie des Troubles somatoformes dans laquelle se classent toujours : le Trouble Somatisation, le Trouble Conversion et l'Hypocondrie. Le Trouble Douloureux remplace la Douleur Psychogénique, et le Trouble Somatoforme indifférencié remplace le Trouble Somatoforme Atypique. Le DSM IV se positionne de manière bien plus réservée en ce qui concerne le rôle étiologique des facteurs psychologiques et met l'accent sur le diagnostic différentiel, la détresse associée et les répercussions fonctionnelles. Les troubles somatoformes ont fait l'objet de nombreuses critiques notamment en ce qui concerne la pertinence des entités nosologiques qui y étaient classées. Par exemple, dans le cas du Troubles Somatisation, rares étaient les patients susceptibles de remplir les critères diagnostiques tels qu'ils étaient définis. Par conséquent, le très grand nombre des patients ne remplissant pas les critères du Trouble Somatisation était classé dans une même catégorie, celle du Trouble Somatoforme Indifférencié. (16) Ce type de répartition des patients ne rendait cependant pas

compte du continuum existant entre ceux qui avaient des symptômes nouveaux, non persistants et ceux qui remplissaient les critères du Trouble Somatisation. (17)

Le concept de « Symptôme Médicalement Inexpliqué », introduit initialement avec les Troubles Somatoformes, s'en est par la suite autonomisé. Il est sorti du champ psychiatrique et a été adopté par d'autres disciplines médicales. Ainsi, comme on le rencontre souvent en Médecine Générale, il peut apparaître isolé ou agrégé en Syndrome Fonctionnel ; les différentes spécialités médicales en décrivent au moins un. (3)

Ainsi, la fibromyalgie, la colopathie fonctionnelle, les algies pelviennes idiopathiques, les algies thoraciques non coronariennes, le syndrome d'hyperventilation et les céphalées de tension, qu'ils soient considérés comme des syndromes fonctionnels indépendants l'un de l'autre (18) ou comme expressions variées d'un même syndrome fonctionnel général unique (19), sont définis à partir du « symptôme médicalement inexpliqué ».

L'introduction de ce concept a stimulé la recherche et contribué à une meilleure compréhension des aspects cliniques des troubles de ce type. (20) Ce concept d'imprégnation psychanalytique et initialement introduit par Stekel en 1943 (21) est défini par Lipowski dans les années 80 comme « tendance du patient à ressentir et à communiquer sa souffrance psychique sous forme de symptômes somatiques qu'il croit signifier une maladie grave et à demander de l'aide médicale ». (22) Le symptôme médicalement inexpliqué est considéré comme la première forme de somatisation. (21)

Pour la Psychiatrie ou au moins pour la classification psychiatrique, l'histoire du « symptôme médicalement inexpliqué » se termine avec la 5^{ème} édition du Diagnostic and Statistic Manual or Mental Disorders : La catégorie des Troubles Somatoformes a été remplacée par celle de Trouble de Symptôme Somatique et Troubles Connexes. Il a été considéré qu'une entité nosologique psychiatrique ne pouvait être définie à partir d'une absence de diagnostic médical, comme c'était le cas pour le « symptôme médicalement inexpliqué ». L'accent a été mis non pas sur le symptôme lui-même mais sur la manière dont il est perçu et interprété par le malade. Le concept central de la nouvelle catégorie est la préoccupation du patient souffrant de symptômes somatiques à laquelle s'associent une détresse et un dysfonctionnement important. (23)

Avec le DSM-V, non seulement l'existence d'une pathologie médicale concomitante n'exclue pas le diagnostic, mais la présence de facteurs de stress ou d'anomalies psychologiques n'est plus exigée comme condition nécessaire à la survenue du trouble, ce qui permet de dépasser à la fois l'opposition réductrice entre organique et fonctionnel, et la recherche d'une psychogenèse à tout prix. Pourtant le trouble reste considéré comme un trouble mental, en raison de la place occupée par la rumination anxieuse dans sa définition. (24)

B. Définition des SBI et autres terminologies

Avant de commencer, il est intéressant de noter que le terme de « symptômes médicalement inexpliqués » ne fait pas partie des 6000 termes du Dictionnaire Médical de l'Académie de Médecine. Ce qui montre bien que ce terme reste flou et non reconnu dans le monde médical actuel aussi bien dans sa définition que dans ses étiologies et sa prise en charge.

1. « Symptômes fonctionnels ou médicalement inexplicés »

Le symptôme est dit « fonctionnel » lorsqu'il n'a d'explication ni en terme de lésion tissulaire, ni en terme de physiopathologie établie. Il s'oppose au symptôme « d'origine organique ». D'après Pascal Cathébras, ces deux termes sont sensiblement équivalents. La nuance entre les deux termes résiderait dans le fait que l'adjectif « fonctionnel » sous-entendrait implicitement une psychogénèse, tandis que « médicalement inexplicé », serait plus neutre. Le paradoxe étant que « médicalement inexplicé » serait vécu par les patients comme plus offensant que « fonctionnel ». (3) (25)

A la différence du symptôme « psychologique », le symptôme fonctionnel est « somatique » dans la mesure où il est vécu par les patients comme une dysfonction corporelle même lorsqu'il touche la sphère mentale ou cognitive, comme dans le cas des troubles de la mémoire ou de la concentration. Il n'est pas nécessairement anormal. Il devient un problème médical lorsqu'il est source de souffrance voire d'une altération du fonctionnement social, affectif ou professionnel, et de demande de soins répétés.

Trois paramètres ont été proposés pour le définir (26) :

- la sévérité, faible, moyenne ou sévère
- la durée
- l'existence de comorbidités.

2. « Syndrome somatique fonctionnel »

Si un symptôme fonctionnel peut se présenter de manière isolée, il arrive souvent que plusieurs symptômes fonctionnels coexistent simultanément chez un même patient et que le tableau symptomatique ainsi formé corresponde à un tableau fréquemment rencontré par les médecins. On parle alors de « syndrome somatique fonctionnel ». Il en existe de multiples, plus ou moins bien définis selon les spécialités médicales (27): le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie dans les services de médecine interne et de rhumatologie, le syndrome de l'intestin irritable en gastro-entérologie, le syndrome d'hyperventilation en pneumologie, les douleurs pelviennes chroniques en gynécologie, les douleurs thoraciques non coronariennes en cardiologie...

Les syndromes somatiques fonctionnels font, toutefois, l'objet de vives critiques quant à leur existence même. En effet, du fait de la multiplicité et de la non-spécificité des symptômes inclus dans ces syndromes, de nombreux symptômes étant communs à plusieurs syndromes, un patient pourra se voir diagnostiquer un syndrome différent selon la spécialité du médecin auquel il s'adresse, et pourra se voir diagnostiquer, successivement, plusieurs syndromes, s'il consulte successivement plusieurs médecins de spécialités différentes. De sorte que l'on peut se demander s'il existe réellement plusieurs syndromes fonctionnels ou un seul.

3. « Plainte fonctionnelle »

Comme le souligne Cathébras, « un symptôme fonctionnel est avant tout une plainte subjective adressée à un professionnel de santé » (3). C'est sans doute pour cette raison qu'au terme de «

symptôme fonctionnel », peut être préféré celui de « plainte fonctionnelle », l'intérêt étant qu'il désigne moins le symptôme lui-même que le recours aux soins. En effet, comme le montrent de nombreuses études, les symptômes somatiques, comme la fatigue, les douleurs, les vertiges, les troubles du transit intestinal, etc., sont très fréquents dans la population générale, mais n'entraînent que rarement des consultations médicales. La notion de « plainte fonctionnelle » permet donc d'insister sur la présence d'une démarche de recours aux soins qui, pourrait-on dire, constitue le symptôme, de par le regard du médecin qu'elle sollicite. Cette démarche est déterminée par un enchevêtrement complexe de facteurs sociologiques, économiques, cognitifs, émotionnels, et propres à l'histoire individuelle de chaque patient.

4. « Somatisation »

Le terme de « somatisation » est ambigu et recouvre en effet plusieurs définitions :

- une définition psychiatrique, selon laquelle la somatisation constitue l'expression « masquée » d'un trouble psychiatrique (en particulier, la dépression et l'anxiété) ;
- une définition psychosociologique selon laquelle la somatisation est « la tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques, dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique, et à rechercher pour eux une aide médicale » (3) (p. 4), ce qui ne présuppose pas de pathologie psychiatrique ;
- une définition, selon laquelle la somatisation est « l'expression d'une détresse personnelle et sociale, sous la forme d'un langage de plaintes somatiques, avec recherche de soins médicaux » ; (3)
- enfin, une définition qui se rapproche du concept de SBI et qui décrit la somatisation comme une « plainte durable de symptômes fonctionnels invalidants en mentionnant que leur étiologie est multifactorielle et que les troubles psychiatriques sont fréquents mais pas toujours présents ». Dans ce cas la psychiatrie est considérée comme une comorbidité plutôt que comme la cause. (3)

Concernant le terme de « psychosomatique » qui en découle, il est actuellement considéré qu' « il n'y a pas de causalité linéaire entre problèmes psychologiques et symptômes (ou maladies) somatiques, mais que certains facteurs psychologiques et sociaux jouent un rôle important dans la prédisposition, la survenue et surtout la pérennisation des symptômes et syndromes fonctionnels, comme dans celles des maladies organiques, au sein d'une causalité circulaire » (3) (p. 15-16).

C'est pourquoi il est important de souligner que la perspective psychosomatique est avant tout centrée sur le patient, « considérant chaque malade comme un individu unique avec son histoire de vie, ses représentations, ses peurs, ses espoirs, son environnement familial, professionnel et social, qui lui sont propres et dont il faut s'enquérir, quelle que soit la pathologie ou les symptômes dont il souffre ». Selon Cathébras. P, la nature « fonctionnelle » ou « organique » des problèmes somatiques n'est pas nécessairement la question la plus pertinente » (3) (p. 16).

Il est curieux de constater que les psychiatres ainsi que les ouvrages dédiés à la psychiatrie sont en première ligne sur ce sujet. Or, nous parlons bien de somatisation dans le cadre des SBI : il s'en suit donc que ce sont plutôt les médecins généralistes, les somaticiens, qui sont paradoxalement les plus exposés à ces troubles. Ces derniers sont mal armés face à ces plaintes car les malades somatisant sont, par définition, enclins à passer par leur corps plutôt que par leur psychisme, et donc le plus souvent réticents à l'interprétation psychologique de leur symptôme.

Il est à noter également que les patients qui s'adressent d'eux-mêmes aux « psys », en avançant qu'ils « somatisent », sont en fait des personnes, qui « psychologisent » leurs symptômes (3) (p. 14). En fait, les psychiatres et les psychologues ne rencontreraient la somatisation que lorsqu'elle poserait un grave problème dont la composante psychopathologique est évidente, troubles que l'ancien DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) regroupait sous le nom de « troubles somatoformes » et qui, nous le disions plus haut, a évolué depuis 2013 sous la définition « trouble de symptôme somatique » plus prometteuse pour la prise en charge de ces troubles.

5. « Les troubles somatoformes »

On utilise le terme "somatoforme" lorsqu'un symptôme physique ne peut pas, ou insuffisamment, s'expliquer par une cause organique. (28) Lorsque les symptômes somatoformes persistent (au minimum plus de six mois) et deviennent si pénibles qu'ils portent atteinte à la qualité de vie et entravent la capacité d'action des patients, on parle de troubles somatoformes. Ce terme est plus fréquemment employé par les psychiatres-psychologues tandis que les médecins généralistes utiliseront plutôt le terme de « troubles fonctionnels ». (29)

- Classification CIM 10 :

Dans la classification CMI 10 (Classification Internationale des Maladies, 10ème édition publiée par l'OMS en 1993) les troubles somatoformes ont pour caractéristique essentielle l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit des bilans négatifs et de déclarations faites par le médecin selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. (30)

D'autre part s'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet pas de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du patient.

- Classification DSM V :

La cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) publiée par l'*American Psychiatric Association* (APA) en 2013, a remplacé la catégorie des « troubles somatoformes » par la catégorie « **trouble de symptôme somatique et troubles connexes** ». (31)

La catégorie « trouble de symptôme somatique et troubles connexes » du DSM-5 inclut :

- le trouble de symptôme somatique :

Le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique, le principal diagnostic de cette catégorie, est posé sur la base de symptômes et de signes positifs, soit des symptômes somatiques pénibles accompagnés de **pensées, sentiments et comportements anormaux** en réponse à ces symptômes, **plutôt que sur l'absence d'une explication médicale pour les symptômes somatiques.**

- le trouble d'anxiété lié à la maladie :

Il s'agit également de la crainte excessive d'avoir une maladie. Ce trouble définit les patients qui n'ont pas ou peu de symptômes physiques mais qui ont peur d'être malade. Il remplace le terme d'hypochondrie.

- le trouble de symptôme neurologique fonctionnel (qui remplace le trouble de conversion) :

Ce trouble est caractérisé par des symptômes neurologiques qui sont intrinsèquement contradictoires ou inconciliables avec un trouble neurologique reconnu. À la différence du trouble de conversion, ce diagnostic ne requière pas la présence de stress psychologique pour être posé.

- les facteurs psychologiques affectant d'autres conditions médicales ;
- le trouble factice :

Le *syndrome de Münchhausen* est un trouble psychiatrique dans lequel une personne produit intentionnellement ou fausse des symptômes somatiques, afin d'être considérée comme malade ou blessée. Dans le DSM-5, il est appelé *trouble factice*.

- d'autres symptômes somatiques et troubles connexes spécifiés ;
- d'autres symptômes somatiques et troubles connexes non spécifiés ;

Ces troubles, explique le psychiatre David J. Kupfer, qui a dirigé les travaux de révision, sont caractérisés par la présence de symptômes évocateurs d'une maladie ou d'une blessure physique, mais qui ne peuvent être entièrement expliqués par une affection médicale générale, un autre trouble mental, ou par des effets secondaires de médicaments ou de substances. Les symptômes entraînent une grande détresse ou d'importantes perturbations de la capacité à fonctionner dans la vie quotidienne.

Il est essentiel pour porter le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique que les symptômes soient inexplicables médicalement. C'est bien ce dernier critère qui est extrêmement sujet à controverse car il expose au risque de recevoir un tel diagnostic, quand la médecine n'est pas suffisamment avancée ou quand des connaissances font défaut à un médecin ou encore si des conflits d'intérêts empêchent que certaines pathologies soient officiellement reconnues.

Plusieurs maladies dont l'explication médicale est aujourd'hui connue, ont été considérées comme un trouble mental dans le passé (exemple de l'épilepsie) et encore aujourd'hui des personnes atteintes de maladies incomprises subissent le même sort (on peut citer l'évolution de la compréhension de la fibromyalgie). (32)

Pour éviter cet effet pervers qui consiste à attribuer à la « psychologie » tout ce qui reste inexpliqué par la médecine, les psychiatres du DSM proposent un autre critère : **l'impact des symptômes somatiques sur les pensées, les sentiments et les actions de la personne**. Ce n'est donc pas le fait que la maladie soit ou non à l'origine des symptômes qui compte, mais ce que le patient en fait. Ainsi l'hypocondriaque n'est pas seulement celui qui souffre d'une maladie imaginaire, mais celui qui s'inquiète de sa maladie, au-delà de sa gravité réelle. (33)

Cette nouvelle approche du terme risquerait d'augmenter considérablement le nombre de personnes susceptibles de recevoir ce diagnostic. Il était problématique, estime Kupfer, que les troubles somatoformes du DSM-IV n'incluent pas les personnes, dont les symptômes sont expliqués médicalement mais qui s'inquiètent trop de leurs symptômes, car « elles pourraient bénéficier d'un traitement ». Donc, les symptômes peuvent ou pas, être associés à une autre condition médicale, mais doivent, pour rencontrer les critères diagnostiques, être accompagnés par des « **pensées, sentiments et comportements excessifs**. » Ces nouveaux critères sont très critiqués par les psychiatres car, selon eux, ils entraîneront des surdiagnostics.

Selon le psychiatre Allen Frances, ayant dirigé la rédaction du DSM-IV, une personne sur six atteintes de cancer et de maladies cardiovasculaires, une sur quatre atteintes du syndrome du côlon irritable et de fibromyalgie et une sur quatorze qui n'est pas malade seraient susceptibles de recevoir un tel diagnostic. (34)

Cette nouvelle entité nosographique signifie que les patients ne sont plus « *simplement divisibles en personnes avec une maladie d'ordre physique ou d'ordre psychosomatique* », mais ont « *plus que d'autres, besoin d'aide psychiatrique pour gérer leurs symptômes somatiques* ». Et si certains de ces patients feront une dépression, d'autres n'en feront pas. En proposant ce nouveau diagnostic de Somatic Symptom Disorder, le DSM-V permet de « *remplacer l'idée de symptômes médicalement inexpliqués par le concept simple de la charge des symptômes* », c'est-à-dire à quel point les patients se trouvent gênés par leurs symptômes, leur gravité et leur retentissement psychologique. (35) Cette nouvelle approche rejoint celle que P. Cathébras soulignait déjà dans son livre en 2006.

Qu'un symptôme soit identifié à une maladie donnée ou non, il en résulte très souvent une souffrance d'ordre psychique ; que celle-ci soit la conséquence ou la cause de cette « maladie » ou « plainte somatique ». C'est ce à quoi le DSM V propose de nous intéresser.

C. Données de la littérature sur la prise en charge des SBI

Dans l'article de la Revue exercer «Le flou et le scientifique. Un couple inséparable», JLL.Gallais, G.Clément, J.de Butler et C. Dufour nous disent que dans la médecine de premier recours, le médecin généraliste a appris, par expérience, la «logique floue» et l'imprécis. Il fait souvent face à l'incertitude, à l'imprécis et à l'inquantifiable. Il se situe dans une approche multifactorielle, systémique et probabiliste plus que dans une dimension unicausale (36).

Cette constatation s'applique très bien au SBI et à leur prise en charge en pratique courante. En effet, le médecin doit composer avec « ce qu'il ne sait pas traiter ». Il est difficile, de nos jours, dans une

médecine ayant un enseignement et une pratique cartésienne et rationaliste centrée sur la maladie et ses causes, d'accepter le « non médicalement expliqué ».

Alors, que sait-on aujourd'hui de la façon dont prendre en charge ces symptômes ?

D'après les directives du DSM V, il est dit que pour prendre en charge un trouble somatoforme, actuellement nommé « trouble somatisation et troubles connexes », il est recommandé d'associer une thérapie par la parole, aux médicaments. (7) (37)

Dans la pratique actuelle, de nombreuses personnes sont traitées « hors indication » avec des médicaments qui sont destinés au traitement de l'anxiété, de la dépression et d'autres problèmes de santé mentale. Il s'avérerait que les médicaments tels que les antidépresseurs aident à réduire la gravité des symptômes physiques médicalement inexpliqués.

Une étude randomisée réalisée aux USA en 2011 a étudié l'efficacité des traitements « psychophysiologiques » (traitement psychotrope associés à une consultation psychiatrique) chez les patients présentant des SBI, avec altération importante de la qualité de vie et une détresse psychologique importante. Les résultats ont montré une efficacité significative chez ces patients. (6) Ce résultat peut néanmoins se discuter compte tenu du faible nombre de participants (38 participants à l'étude).

La revue Cochrane (RC) a recensé toutes les études sur les traitements médicamenteux des troubles somatoformes jusqu'en 2014 afin d'apporter des preuves sur l'efficacité des traitements utilisés, contre les symptômes physiques des troubles somatoformes.

Il n'y avait pas de preuves suffisantes pour formuler un avis sur l'efficacité des antidépresseurs tricycliques pour le traitement de troubles somatoformes. Les antidépresseurs de nouvelle génération ont été modérément efficaces pour le traitement des symptômes physiques, de l'anxiété et de la dépression dans les troubles somatoformes.

De plus, il n'a pas été trouvé de différence entre l'efficacité des antidépresseurs tricycliques et celle des antidépresseurs de nouvelle génération pour le traitement des symptômes physiques. Certains éléments de preuve suggèrent que la combinaison d'antidépresseurs et d'antipsychotiques serait plus efficace que les antidépresseurs seuls. Les produits naturels tels que le millepertuis ont réduit significativement la sévérité des symptômes physiques par rapport au placebo. Un plus grand nombre de personnes ont abandonné le traitement en raison d'effets secondaires ou de l'absence d'effet des antidépresseurs et un petit nombre a arrêté les produits naturels. (7)

Il a été suggéré d'étudier d'autres médicaments que les traitements psychotropes et mesurer d'autres critères d'évaluation comme les changements dans la qualité de vie des patients et leur fonctionnement au quotidien en plus de leurs symptômes physiques, de dépression et d'anxiété.

D'après un médecin allemand, le Pr Jens Gaab, de nombreuses études scientifiques prouveraient qu'il est possible de traiter avec efficacité et succès les troubles somatoformes par la psychothérapie.

Les traitements exclusivement médicamenteux (antalgiques ou immunothérapies) n'apporteraient à long terme aucun effet positif, pire encore, ils risqueraient d'entraîner une chronicité du mal. Par contre, il faut savoir que pour aboutir à un changement fructueux, le traitement psychothérapeutique des troubles somatoformes prend du temps. Cela signifie que la personne traitée doit être prête à mettre ce temps à disposition du médecin. (29)

Le succès d'une psychothérapie résiderait en trois points fondamentaux : (29)

- Edification **d'une relation de confiance et de compréhension** entre le patient et son psychothérapeute.
- Elaboration d'une **compréhension commune** entre le patient et son thérapeute
- Recherche et mise en œuvre des **changements à opérer**

Cependant, d'après une méta-analyse de la Revue Cochrane (RC) réalisée en Novembre 2014 à Amsterdam et étudiant l'efficacité des différents types de psychothérapie sur les patients souffrant de divers diagnostics parmi les « troubles à symptomatologie somatique et apparentés », il semblerait que les psychothérapies, toutes confondues, seraient de faible efficacité comparées à un traitement médicamenteux ou aucun traitement. (38)

Comme présenté dans l'introduction, six études réalisées aux Etats-Unis ont rapporté des effets positifs associés à un dépistage par un psychiatre dans la prise en charge des SBI en soins primaires. (8)

Dans ces études, après le dépistage de troubles psychiatriques, le psychiatre envoie au médecin de premier recours une lettre de consultation (LC) indiquant le diagnostic et fournissant quelques conseils pour mieux aider les patients :

- Prendre leurs symptômes au sérieux
- Ne pas leur dire que leurs symptômes sont uniquement dans leur tête
- Ne pas les envoyer faire d'autres examens à moins qu'il n'existe clairement des signes de trouble somatique
- Les soumettre à un examen physique à chaque visite
- Les revoir à intervalles réguliers.

Des preuves très limitées indiquent qu'une consultation commune entre le patient, le psychiatre et le médecin combinée à une « Lettre de Consultation » réduirait la gravité des symptômes de somatisation et le nombre de visites médicales.

Une étude d'observation et d'analyse a été réalisée en 2014, sur les « troubles fonctionnels en médecine générale dans les situations de plaintes inexplicables auprès de 65 médecins généralistes. Pour les médecins généralistes qui retiennent ce diagnostic, il paraît indispensable de réaliser des examens complémentaires tout en évoquant avec le patient la possibilité d'une absence d'organicité. La normalité de l'examen clinique, des investigations et l'histoire de vie constituent les éléments principaux pour étayer le diagnostic de troubles fonctionnels. La prise en charge thérapeutique relève pour beaucoup d'un accompagnement psychologique, que la moitié des médecins réalisent eux-mêmes. (39)

Une étude récente, réalisée au Pays Bas en 2017, vise à explorer ce que les patients atteints de SBI attendent de leurs médecins généralistes, en s'intéressant aux éléments de communication identifiés par les patients. (40)

Elle montre que ces patients apprécient une **approche personnalisée** des médecins, centrée sur leur situation personnelle. Ils apprécient également une **prise en charge somatique correcte** de leurs

symptômes et un **modèle de conversation adaptée** dans laquelle ils sont traités comme des **partenaires égaux**.

Une autre étude réalisée en 2016, visait à étudier les différents types de discours entre médecins généralistes et patients présentant des SBI à travers les explications données aux patients. Le résultat le plus commun était « la conversation a été suspendue dans un état non résolue suivie de l'acceptation ». Peu d'explications étaient rejetées par le patient. Les explications co-crées par patients et généralistes étaient les plus susceptibles d'être acceptées. (41)

Avec la redéfinition des troubles somatoformes du DSM V et les résultats des études sur leur prise en charge, on constate bien que le regard porté sur les SBI tend à changer et à évoluer d'avantage vers une approche plus centrée sur le patient et son vécu passé, présent et futur que sur la maladie et le diagnostic en eux même. (24)

Ce nouveau regard et ces nouvelles interrogations permettent d'espérer un élargissement et une facilité dans la co-prise en charge (médecin-patient) des symptômes somatiques. (24)

Ainsi, nous reprendrons cette nouvelle approche des SBI et ces résultats d'études dans la partie discussion de notre travail de recherche.

Afin d'être au plus près de notre problématique de recherche, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative.

En effet, les techniques de recherche qualitative peuvent contribuer de manière significative à examiner l'expérience et l'organisation des soins primaires. Elles sont largement utilisées pour comprendre les processus et les relations en soins primaires.

II. Matériel et Méthodes

A. Une double étude qualitative

Notre travail de recherche vise l'étude de la prise en charge des « symptômes biomédicalement inexpliqués » en médecine générale afin de pouvoir proposer des outils d'aide qui s'avèreraient efficaces à cette prise en charge.

Il se fonde sur une double **étude qualitative**.

La première est basée sur la transcription puis l'analyse de vidéos de consultations filmées, sélectionnées sur le thème SBI. Elle nous a permis de construire notre guide d'entretien pour la deuxième partie de notre étude.

La deuxième s'appuie sur la réalisation suivie de l'analyse d'**entretiens semi-dirigés**, conduits auprès des médecins généralistes ayant été filmés dans les vidéos sus-citées.

Le guide d'entretien comportait donc deux parties. Une partie questionnaire global avec des questions communes à tous les médecins sur leur façon d'envisager la prise en charge des SBI. Une partie questionnaire spécifique à chaque médecin, visant à expliciter leur prise en charge effective dans les vidéos.

1. Première partie : transcription puis analyse de vidéos de consultations filmées

Nous avons utilisé la **méthode d'analyse par théorisation ancrée**.

Cette méthode d'analyse nous paraissait la mieux adaptée pour interpréter les données brutes collectées lors de la transcription des vidéos et objectiver sur ce qui se passe lors de l'interaction entre médecin et patient dans les consultations concernant des SBI. L'objectif était double : d'une part repérer les différents types d'interaction et leur influence sur la prise en charge de ces patients SBI. D'autre part construire un guide d'entretien auprès des médecins filmés pour mieux comprendre leurs prises en charge.

De l'analyse des vidéos sont donc sortis deux thématiques :

- D'une part une trame de consultation idéale de SBI qui s'est construite progressivement à partir des éléments d'interaction qui semblaient pertinents :
 - questions et réponses adaptées du médecin
 - attitude verbale et non verbale de satisfaction du patient

Nous avons parallèlement confronté notre trame de consultation idéale, avec l'interaction observée dans les vidéos.

- D'autre part, nous avons établi un questionnaire semi-directif en vue des entretiens avec les médecins, avec une première partie comportant des questions pour évaluer leur positionnement théorique vis à vis des patients présentant des SBI et une deuxième partie

pour leur demander des éclaircissements sur la façon dont ils avaient mené leurs consultations dans les vidéos.

2. Deuxième partie : l'entretien semi-dirigé

Nous avons utilisé la **méthode de recherche par entretien semi-dirigé**.

Cette méthode était la suite logique de la première, dans le but de recueillir un maximum de données sur le terrain afin d'aller au bout de l'analyse et de la compréhension de nos premiers résultats.

Le questionnaire semi-directif utilisé a donc été construit à l'issue du visionnage des vidéos, permettant de garder une cohérence (et un lien) entre les vidéos et les entretiens.

Les entretiens étaient prévus en présentiel, afin de maximiser la capacité de collecte et de pertinence de l'information.

- Principes généraux de la méthode par entretiens

L'entretien revêt des aspects de processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine. L'entretien engage deux personnes en vis-à-vis et, à ce titre, ne peut être considéré comme un simple questionnaire basé sur une relation anonyme. De plus, des rapports sociaux se jouent durant l'échange.

« De fait, dans un premier temps il est important de ne pas perdre de vue que chaque description, chaque représentation exprimée par un individu enquêté doit être rapportée aux points de vue dont elle dépende, donc à la position de l'interviewé ». (42)

« Dans un deuxième temps, il faut envisager les entretiens dans le cadre de notre problématique et de nos hypothèses. Les entretiens ont pour fonction de recueillir des données et mettre au jour certains indicateurs qui permettront de vérifier ou non les hypothèses, mais aussi de faire naître de nouvelles hypothèses. En tant que processus exploratoire, il permet un déplacement permanent du questionnement en un « processus de vérification continu et de reformulation d'hypothèses ». (42)

« L'enquête par entretien fait apparaître les processus et les « comment » (qu'est-ce qui pousse telle personne à faire cela ?). Elle révèle la logique d'une action, son principe de fonctionnement ». (43)

- Avantages

L'entretien présente plusieurs avantages dans ce travail de recherche. (42)

Il permet :

- une analyse du sens que les interviewés donnent à leur pratique et aux situations auxquelles ils sont confrontés, grâce aux questions repérées lors de l'analyse des vidéos de consultations.
- une analyse d'un problème précis qui est ici « la prise en charge des SBI ».
- la reconstitution d'un processus d'action.

- Nombre d'entretiens

« Les entretiens n'ont pas pour but d'être « représentatifs ». Le but est de construire l'univers sur lequel on travaille. Ainsi, il faut voir l'entretien dans sa dimension relationnelle. Ce sont des entretiens qui se répondent les uns aux autres, qui livrent des points de vue singuliers, mais que le chercheur doit relier avec d'autres points de vue singuliers. Il s'agit donc de restituer et réfléchir la singularité de ce cas au regard de l'enquête et des données déjà existantes. Donc il ne s'agit pas de multiplier les entretiens sans les mettre en relief avec ce que le chercheur possède déjà comme données. C'est la singularité de chaque cas qui est intéressante ». (42)

Lors de notre travail de recherche, nous avons débuté par la transcription et l'analyse d'une vidéo par médecin, la base de données se constituant de 13 médecins, avec une moyenne de 10 à 20 vidéos de consultations par médecin. Au cours de l'analyse des 13 vidéos, nous avons progressivement construit notre guide d'entretien. Nous sommes arrivés à saturation des données et avons arrêté là notre visionnage et analyse des vidéos.

- Des entretiens « semi-dirigés »

« Il s'agit d'un entretien ni entièrement ouvert ni entièrement fermé. Le but étant de poser des questions guidées, relativement ouvertes sur lesquelles l'interviewé doit répondre ». (42)

Nos questions n'ont pas forcément été posées dans l'ordre dans lequel elles ont été positionnées dans le questionnaire, ou sous leur formulation exacte. Autant que possible, nous avons laissé venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Nous avons simplement essayé de recentrer l'entretien sur les thèmes qui nous intéressaient quand l'entretien s'en écartait, et de poser les questions que l'interviewé n'abordait pas lui-même.

B. Population & échantillon

Présentation et définition de la population

La population d'étude constituant notre base de travail était déjà créée. Il s'agit de vidéos de consultations filmées en médecine générale. Cette base de donnée a été réalisée en avril 2016 par le thésard V.Guerand (44) dans le cadre d'un travail de recherche intitulé « création d'une base de données de consultations filmées de médecine générale pour la recherche sur le thème de la « relation médecin-patient » ».

Dans cette base de données de Paris VI, les caractéristiques des médecins sont variées : treize médecins ont participé à l'étude. Leur âge variait de 30 à 66 ans et 8 étaient des femmes (61 %). 7 (53 %) des participants étaient impliqués dans la formation universitaire. Un praticien exerçait en secteur 2.

Il existait une grande hétérogénéité de lieux d'exercice, les départements représentés étaient la Seine-et-Marne, l'Isère, les Alpes Maritimes, Paris, la Gironde, Seine-Saint-Denis, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin. 3 médecins (23 %) exerçaient en milieu rural. 3 (23 %) médecins n'avaient pas de secrétariat. Quatre (30 %) médecins exerçaient une activité complémentaire (ostéopathie, sophrologie et urgence). Il existait une grande variable du nombre de consultations filmées et de la durée moyenne de consultation pour chaque médecin : les consultations duraient en moyenne de 10,3 à 31,8 min et le nombre de consultations enregistrées variait de 7 à 33.

Concernant les patients et notre domaine de recherche, il est important de noter que 6% des patients appartenaient à la catégorie « troubles fonctionnels » et 18,5% à la catégorie « psychologique », d'après les médecins.

i. Taille de l'échantillon

Rappelons que les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin d'être validées par leur probabilité d'occurrence. Une seule information donnée dans un entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires. De plus, la durée des entretiens (environ une heure) et le type d'entretien (semi-dirigé) constitue un facteur déterminant pour le choix d'un échantillon.

Ainsi, notre base de données se composait de 13 médecins, soit 302 vidéos de consultations disponibles. Dans un premier temps, notre travail de recherche a consisté à choisir une vidéo par médecin, soit 13 vidéos sur notre thématique de recherche. Puis, dans un deuxième temps, nous sommes allés interviewer ces 13 médecins.

ii. Limites de la population

La population étudiée était une population résidant uniquement en France puisque l'étude était basée sur le territoire Français. Les médecins étaient également tous d'origine française et avaient reçu un enseignement français de médecine générale.

De plus, il semble intéressant de noter que, lors des demandes d'autorisation faites aux patients pour filmer les consultations dans le cadre du recueil de données de la thèse de V.Guerand, un refus de l'ordre de 32,4 % des patients présentant un motif d'ordre psychologique a été relevé. (44)

Cette limite a pu avoir un impact dans la sélection de nos vidéos puisque qu'il s'agissait d'un motif qui pouvait nous intéresser. Néanmoins, s'il n'y avait pas de symptôme somatique associé à ce motif, cela sortait du cadre de notre étude.

iii. Mode d'échantillonnage

Pour sélectionner notre échantillon d'analyse, nous nous sommes aidés de l'indexation des vidéos réalisées lors de la thèse de V.Guerand (basée sur la catégorisation des consultations réalisées par les médecins filmés). Nous avons, dans un premier temps, noté toutes les vidéos qui étaient indexées par les médecins lors de leurs consultations sous les catégories de « troubles fonctionnels » puis de « somatique » et « psychologique ». Dans un second temps, nous avons visionné les vidéos sélectionnées et avons étudié la valeur et la représentativité de celles-ci en tant que SBI ou « symptôme fonctionnel ». Pour ce faire, nous avons analysé les éléments du discours verbal et non verbal du patient et du médecin. Puis, nous avons choisi les vidéos dans lesquelles le patient avait une plainte non expliquée « biomédicalement » par le médecin à la fin d'une consultation, associée à une souffrance psychique exprimée et verbalisée par le patient et/ou à un contexte de vie abordé par le médecin et/ou verbalisé par le patient.

Pour certains médecins, il n'y avait pas d'indexation correspondant à notre sujet d'intérêt, nous avons donc visionné le reste des vidéos pour les médecins concernés jusqu'à trouver une vidéo qui pouvait correspondre à notre sujet en appliquant les critères de sélection décrits précédemment. Il nous paraissait en effet important d'avoir le maximum possible de médecins différents pour accéder à d'éventuels modes de prise en charge différents.

iv. Constitution de l'échantillon final

Nous avons prévu initialement de travailler sur 13 vidéos de consultations et réaliser 13 entretiens par la suite : chaque vidéo de consultation devait se rapporter à notre thème et à un médecin unique, que nous interviewerions par la suite.

Malheureusement, seulement 11 des 13 médecins ont pu être interviewés.

En effet, pour l'un des deux médecins restants, il n'y avait pas de vidéos portant sur notre étude de recherche. Pour l'autre, nous avons rencontré un problème technique car il manquait des vidéos dans la base de données de Paris VI et ces vidéos n'ont pu être retrouvées malgré nos sollicitations du responsable de la base de données.

Nous avons donc sélectionné deux vidéos supplémentaires parmi les 11 médecins restants, afin d'enrichir nos résultats, d'appuyer nos hypothèses et de rester dans notre objectif d'échantillon de 13 vidéos comme prévu au départ.

Les 11 entretiens ont donc été réalisés entre le 22 décembre 2017 et le 28 février 2018. Concernant les deux vidéos supplémentaires sélectionnées, elles n'ont pas donné lieu à des entretiens. En effet, lors de l'analyse de ces deux vidéos, il n'a pas été jugé nécessaire d'interviewer les médecins correspondants, ou de leur poser des questions spécifiques supplémentaires relatives à ces vidéos.

v. Le mode d'accès aux interviewés

Après transcription, analyse et création d'un questionnaire, nous avons commencé à prendre contact avec les médecins pour lesquels l'analyse conversationnelle était terminée.

Nous avons continué en parallèle notre travail d'analyse des vidéos. Nous avons envoyé un e-mail

collectif expliquant notre travail de recherche et notre problématique. Nous proposons un entretien en direct d'environ une heure.

vi. Condition de participation

Nous avons prévenu les médecins, lors de notre premier contact, que nous leur enverrions, une semaine avant l'entretien, la transcription de leur vidéo de consultations par mail afin qu'ils puissent se ré-imprégner du déroulé de cette consultation et l'avoir en mémoire pour l'entretien.

C. Recueil des données

1. La transcription des vidéos

La sélection et la transcription des 13 vidéos ont été réalisées à la Faculté de médecine Paris VI, lieu de stockage des vidéos, entre Mai 2017 et Octobre 2017.

Nous avons transcrit intégralement et manuellement les verbatim des vidéos choisies. Le temps passé par transcription allait d'un à deux jours suivant la durée de la vidéo. Les vidéos de consultations duraient entre 16 mn et 44 mn.

2. La réalisation des entretiens

i. Les paramètres de la situation d'entretien

« Un discours dont on ignore le contexte est ininterprétable, le contexte de l'interview affecte le contenu qu'il faut donc choisir de façon appropriée ». (45)

a. Le lieu

Nous nous sommes déplacés dans 6 lieux différents en France et avons rencontré 8 médecins. 1 entretien s'est déroulé à la faculté de Versailles - Saint Quentin en Yvelines. 3 entretiens se sont déroulés au domicile du médecin. Parmi ces 3 entretiens, 2 médecins étaient retraités et avaient arrêté toute activité libérale. 4 entretiens se sont déroulés dans le lieu de travail des médecins (cabinet de consultation). 3 entretiens ont été réalisés par téléphone dont 1 en visio-conférence suite à des contraintes organisationnelles.

b. Le temps

Nous avons pris rendez-vous aux moments qui convenait le mieux aux médecins car « les entretiens doivent toujours être fait à la convenance de l'interviewé ». (46)

Nous les avons préalablement prévenus de la durée estimée de l'entretien, environ une heure, afin qu'ils puissent s'organiser en conséquence.

c. Les acteurs

Les médecins ont tous été interrogés par nos soins.

ii. Le cadre contractuel de la communication

a. L'objectif de l'entretien

Nous avons présenté à l'interviewé notre problématique de recherche ainsi que l'objectif de l'entretien, ceci une première fois lors de la prise de contact par mail ou par téléphone et de nouveau au début de l'entretien lui-même. Nous n'avons pas fourni plus d'information sur le sujet « comme si nous ne partions d'aucune connaissance » pour ne pas influencer l'interviewé. (46)

Nous avons rappelé à l'interviewé la base de données sur laquelle nous travaillons, soit des vidéos de consultations disponibles de manière sécurisée à la faculté de Paris VI à des fins de recherches, créée par le thésard V.Guerand en 2016.

Les interviewés avaient connaissance de ces vidéos puisqu'ils y avaient tous, été sujets volontaires lors de l'étude passée.

b. L'enregistrement de l'entretien

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

iii. Spécificités de l'entretien

Comme présenté précédemment, nous avons mené des entretiens semi-dirigés. Les avantages de ce type d'entretien, combinés à l'utilisation d'un guide d'entretien, sont multiples.

Grâce au guide, l'entretien est cadré, ce qui permet d'éviter le hors-sujet, et vise explicitement un objectif défini au préalable au moment de sa rédaction.

L'entretien semi-dirigé donne la possibilité à l'interviewé de rétroagir sur son propre discours et ainsi de développer ou expliciter d'avantage sa pensée.

Ce phénomène a été amplifié par notre utilisation de différentes techniques de relances, afin de collecter un maximum d'informations : reformulations (« vous pensez donc que... »), demandes d'explications (« qu'entendez-vous par ... ? »), signes corporels (hochements de tête).

iv. Le guide d'entretien

Notre guide d'entretien a volontairement été constitué de deux parties distinctes : un questionnaire général et un questionnaire spécifique.

En effet, rapidement, suite à l'analyse des vidéos, nous nous sommes rendu compte qu'un questionnaire général ne permettait pas de mettre en valeur les singularités propres aux vécus et à l'expérience des praticiens interviewés aussi bien dans le cadre de ces vidéos que dans leurs méthodologies générales de prise en charge.

Nous avons donc élaboré, en complément du questionnaire général, un questionnaire spécifique à chaque vidéo, permettant ainsi d'aller au bout de la compréhension de la démarche du médecin avec son patient.

- Questionnaire général (Cf. Annexe 3)

Ce questionnaire a été réalisé au cours de l'analyse des vidéos.

A travers ce questionnaire orienté sur notre problématique de recherche, un certain nombre de points que nous voulions explorer ont émergé :

- L'état des connaissances concernant les SBI par ces médecins
- Leurs méthodes de prise en charge théoriques pour ces symptômes
- Les discours/explications qu'ils fournissent à ces patients
- Les objectifs du médecin vis-à-vis de ces patients
- Les degrés de satisfaction personnelle/professionnelle face à cette consultation
- Les outils d'aide à la prise en charge
- Les conseils à donner aux médecins
- Le devenir du patient

- Questionnaire spécifique (Cf. Annexe 3)

Des questions spécifiques, propres à chaque vidéo, ont ensuite été posées, explorant le décalage entre notre résultat d'analyse des vidéos et les consultations effectives de chacun des médecins.

Chaque médecin devait avoir lu la transcription de la vidéo au préalable. Nous avons la transcription avec nous au cas où des difficultés de mémorisation apparaissaient.

L'intérêt de ces questions était de confronter **nos observations** sur les différentes façons de prendre en charge les SBI, les interactions médecin-patient, et le sentiment de satisfaction ou d'efficacité avec **le point de vue des médecins généralistes**, leurs remarques, leurs pensées, leurs réflexions, et leur ressenti sur leurs consultations. Cette confrontation permettra ainsi de mieux identifier et comprendre leurs positionnements sur le sujet, leur façon de percevoir et d'appréhender ces patients et leurs symptômes, les blocages qui peuvent exister.

D. Analyse des données des entretiens

Les 11 entretiens ont été retranscrits manuellement, intégralement et mot pour mot.

L'analyse a été faite par **théorisation ancrée**. Il s'agit de la méthode de référence en analyse qualitative.

La **théorisation ancrée** est une méthode d'analyse qualitative proposée par Pierre Paillé. Elle permet au chercheur d'interpréter les données brutes qu'il collecte sur son terrain, dans le cadre d'une enquête qualitative. C'est une "série de procédés précis, une suite de réflexions, de remises en question, de découvertes et de constructions". (47)

Pour objectiver l'analyse qualitative, Pierre Paillé propose une méthode d'analyse et d'interprétation des "notes de terrain, transcriptions d'entrevues, documents divers", adaptée de la « Grounded Theory » proposée par Glaser et Strauss en 1967.

La théorisation ancrée vise « à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives » (Paillé, 1996, p. 184).

Nous avons appliqué cette méthode de la manière suivante : (48)

- Nous avons, dans un premier temps, créé des **codes** à partir des verbatim des entretiens des médecins. Il s'agit là de résumer à la marge les verbatim des enquêtés, en restant au plus près des propos qu'ils ont tenus.
- Dans un deuxième temps, nous avons créé des **catégories**. Les codes ou étiquettes posés sur les *verbatim* résumés sont regroupés, fusionnés en « nommant de manière plus riche et plus englobante les parties qui se dégagent des données ».
- Enfin, nous avons retravaillé et modifié ces catégories pour obtenir une certaine cohérence et pertinence avec notre objectif de recherche.

III. Résultats

A. Présentation des résultats concernant le cadre méthodologique et les données de l'étude

1. Les vidéos

L'indexation des vidéos (présentée dans la méthode), indique que, parmi les 13 vidéos sélectionnées dans le cadre de cette étude:

- 4 vidéos étaient catégorisées « **troubles fonctionnels** »
- 3 vidéos étaient catégorisées « **somatique et psychologique** »
- 6 vidéos étaient catégorisées « **somatique** »

2. Les « spécificités » des médecins

Concernant les caractéristiques des médecins interrogés, il est intéressant de mettre en avant deux points :

- l'un d'eux anime des groupes « Balint » en tant que leader (PG 10) et un autre participe à un groupe « Balint » en tant que membre. (CA 19)
- un troisième n'exerçait plus la médecine générale lors de l'entretien et exerce désormais la médecine d'urgence. (VP 03/04)

3. Le ressenti des médecins sur leur consultation passée

Un des médecins interviewés a modifié sa méthode de consultation à cause de la caméra et du stress engendré par celle-ci. En effet, étant filmé, ce médecin voulait montrer aux futurs étudiants qui étudieraient la vidéo, que les « vieux » médecins savaient aussi éliminer les causes organiques lors d'une consultation où la/les causes organiques ne semblaient pas présentes.

«...J'ai été quelque part, stressée par la vidéo et je voulais montrer que j'étais un bon médecin. Ma crainte c'était justement de montrer aux autres que ces vieux médecins, passent directement au psychosomatique sans avoir éliminé une cause somatique, j'ai voulu être bonne élève pour les jeunes pour prouver que je savais éliminer une cause somatique ». (CA 19)

Par ailleurs, des médecins ont fait part de leur difficulté à répondre aux questions posées lors des entretiens, deux ans après la consultation passée.

« Deux ans après ce n'est pas facile ! » (CA 19), « ...J'aurais eu sûrement plus de choses à vous dire deux ans plus tôt » (PG 10), « Je ne sais plus qui c'est...je sais plus du tout ! ». (MC 26)

4. Le ressenti des patients sur leur consultation passée

Lors du travail de recherche de V.Guerand, le ressenti du patient, à la fin de chaque consultation, a été relevé grâce à un questionnaire, rempli par le patient à la demande du chercheur, en sortie de consultation et en absence du médecin. (44)

Les questions posées étaient les suivantes :

- Avez-vous pu exprimer vos attentes ?
- A-t-on répondu à vos besoins ?
- La caméra a-t-elle changé quelque chose ?

Nous avons jugé intéressant de recueillir les réponses des patients, par le biais de ce questionnaire pour les vidéos de consultations choisies dans le cadre de cette étude. La réponse pour les deux premières questions étaient sans exception « oui ».

Concernant la réponse à la troisième question, il n'y a eu qu'un « oui » pour la vidéo AD 23.

5. Les entretiens

i. La prise de contact

Les prises de rendez-vous ont été effectuées soit par échange e-mail, soit par échange e-mail suivi d'un appel téléphonique. Ce dernier cas concerne 3 médecins (sur 11).

Au moment de la prise de rendez-vous, la différence d'utilisation d'un canal de communication particulier a permis de relever une première différence de motivation entre les médecins. En effet, les médecins les plus intéressés et concernés par le sujet, ont répondu par mail, en souhaitant, en complément, échanger par téléphone. Lors de l'échange téléphonique, ils ont discuté avec intérêt sur le sujet. Certains nous questionnaient ainsi directement sur le contenu de l'entretien à venir (exemple : quel est le patient concerné, pourquoi cette thèse, etc...), et commençaient même à discuter du patient concerné... voire même à analyser le cas en question !

Il était nécessaire de les arrêter et de leur demander d'attendre l'entretien pour en parler.

ii. La durée et le cadre

La durée des entretiens était généralement comprise entre 35 minutes et 1h30, selon les médecins interviewés.

Leur transcription a pris d'une demi-journée à deux jours pour les plus longs.

Concernant la durée de l'entretien, on remarque qu'elle est propre au type d'entretien :

- les 3 entretiens téléphoniques étaient les plus courts (en moyenne 30 mn)
- les 5 entretiens au cabinet médical étaient d'une longueur moyenne (entre 30 et 50 mn)
- les 3 entretiens au domicile des médecins étaient les plus longs (1 heure et plus).

Le lieu de réalisation des entretiens a eu un impact sur la durée des entretiens et la qualité des échanges.

En effet, pour les médecins interviewés par téléphone, la durée des entretiens était majoritairement inférieure à ceux interviewés en présentiel. De plus, les échanges semblaient moins approfondis sur le sujet.

Sur les trois médecins interviewés par téléphone, deux n'avaient aucune formation particulière ou n'ont montré d'intérêt particulier pendant l'entretien en rapport avec le sujet de la thèse ; un des médecins avait arrêté la médecine générale libérale pour faire de la médecine d'urgence.

Quant aux médecins interviewés sur leur lieu de travail ou à leur domicile, la durée et la qualité des échanges étaient clairement marquées par une différence.

En effet, les deux médecins interrogés à leur domicile ont fourni des éléments beaucoup plus riches et approfondis sur le sujet étudié que ceux interrogés sur leur lieu de travail : il y avait plus de matière dans les réponses apportées et plus d'éléments permettant d'avancer dans la réponse à la problématique de cette thèse.

A noter également que deux médecins animaient ou participaient à des groupes « Balint » et qu'un autre médecin, à la retraite, semblait tout à fait à l'aise et passionné pour parler du sujet de cette thèse.

B. Résultats d'analyse des vidéos de consultations SBI

Cette partie « résultats d'analyse des vidéos de consultations SBI » se divise en deux sous-parties.

- une synthèse « **classique** » avec classification à partir des codages, que vous allez trouver ci-dessous, qui nous a amenée à la réalisation du **questionnaire générale des entretiens**.
- une synthèse plus « **subjective** » que nous avons appelé « **la consultation SBI idéale** ». Elle nous a permis de construire les questionnaires **d'entretiens spécifiques** à chaque médecin, à partir du décalage entre les attitudes attendues et le déroulement réel des consultations dans nos vidéos. Ces questionnaires spécifiques sont consultables dans les annexes, intégrés aux entretiens de chaque médecin.

1. Côté patient

i. Plaintes caractéristiques des patients SBI

a. Plaintes multiples

Les consultations pour SBI concernent très souvent des patients qui se présentent avec des multiples plaintes, que ce soit plusieurs symptômes d'origine « fonctionnels », des symptômes « fonctionnels » associés à des symptômes/maladies d'origines organiques ou d'autres demandes.

A titre d'exemple, nous pouvons citer la vidéo de consultation PC 14 dans laquelle la patiente, désireuse de « tomber enceinte », consulte pour une vérification de ses vaccins, des maux de tête et une fièvre ainsi que pour faire un bilan biologique car elle se sent fatiguée.

Un autre exemple concerne la vidéo FB 27 où la patiente consulte pour des douleurs de dos, des bouffées de chaleur, une toux et une demande de bilan biologique.

b. Plusieurs consultations pour un même symptôme

Il est courant que ces patients reviennent consulter pour le même symptôme. En effet, dans la vidéo de consultation AD 12, la patiente se plaignant de « maux de ventre », n'en est pas à sa première consultation pour ce motif. De même, dans la vidéo de consultation PG 10, le patient aurait consulté ce médecin pour des symptômes identiques trois ans auparavant.

c. Une fatigue associée

Parfois, le symptôme est accompagné d'un état de **fatigue**, soit identifié par le médecin, soit exprimé par le patient lui-même (RV 11, CAR 01, MVD 05).

d. Symptômes « inhabituels », inconstants

Les patients peuvent présenter leur symptôme comme un symptôme « **inhabituel** » de par les caractéristiques qu'ils décrivent.

Dans la vidéo de consultation MVD 05, le patient décrit ses céphalées comme intenses et uniquement localisées à droite.

« Forte douleur », « gêne au niveau de la tête qui me tire...c'est pas comme un mal de tête habituel »

Une autre patiente décrit son symptôme comme « *constant* », « *quotidien* » et « *chronique* » (depuis 2-3 mois). (FB 27)

Le symptôme peut également être inconstant : « *j'ai l'impression que c'est par période* » (AD 12), « *au fur et à mesure ça s'estompe* » (CA 19), « *c'est pas toute la journée mais c'est des moments où ça crampe sérieux* ». (MC 26)

e. Le caractère expressif de la plainte

La présentation des symptômes par ces patients est souvent **expressive** dans les mots employés.

« Gros problèmes gynéco [...] au niveau de l'intimité c'est une catastrophe » (RV 25),
« Grosses crampes » (AD 12),
« je suis crevée », « hyper fatiguée ». (PC 14).

Beaucoup de gestes sont effectués, pour montrer avec insistance la zone douloureuse, en mimant parfois le ressenti du symptôme. (AD 23, MC 26)

Parfois, **l'expression du visage** du patient laisse penser qu'il exagère la présentation du symptôme. (Disproportion entre les caractéristiques de la plainte et l'expression du visage) (MVD 05)

Dans la vidéo MC 26, la patiente renvoie l'image d'une personne qui est dans un « investissement infantile » de son corps et de ses symptômes, dans sa manière de décrire son symptôme.
« ...Habituellement j'avais faire pipi comme tout le monde, je déjeune, je fume une cigarette et puis après j'avais avoir des selles alors que là je me lève et c'est pipi caca aussi bien que l'autre... »

f. La résolution/amélioration spontanée du symptôme avant de consulter

« Là, ça vient de se calmer » (MC 26)

g. Expression d'une anxiété verbale/non verbale

Les patients présentant des SBI expriment et dégagent souvent une certaine anxiété en consultation par des mots et/ou des gestes parlants.

« C'est surtout que je suis nerveuse et anxieuse » (MC 26)

« J'ai demandé un gros bilan » « j'ai vu marqué "présence de bactéries"...je me suis dit « bon qu'est-ce que c'est encore... » (AD 12).

« J'ai...j'suis oppressée j'sais pas alors j'me dis est-ce que j'ai un cancer du poumon, est-ce que j'ai un cancer des intestins du moins, je psychote un petit peu quoi en fait » ou « Dès que je touche j'me dis ça c'est un ganglion...j'sais pas... » (CAR 01).

Les patients peuvent avoir un rire nerveux, passer du rire aux larmes, croiser les bras ou se gratter la tête à plusieurs reprises en consultation (AD 12), (CAR 01).

h. Incohérence et déni

On constate souvent une certaine **incohérence dans l'attitude** du patient par rapport à son symptôme. Un exemple qui illustre bien cette orientation est une patiente qui dit : « j'aimerais bien reprendre ma vie normale », alors qu'elle a interrompu son traitement qui était efficace et lui permettait d'avoir une vie « normale » (RV 25).

On constate également une **absence de logique et de cohérence biomédicale** dans la manière de présenter et d'expliquer le/les symptômes au médecin.

« Mais j crois que à chaque fois que je suis très constipée j fais des mycoses moi, donc euh... », « Même au niveau du clitoris, j'ai des dépôts blancs, j'ai rien au niveau vaginal, ça me gratte même pas... » en sont de bons exemples (RV 25).

« Le matin, c'est mes douleurs de dos qui me font aller aux toilettes, j'ai pas envie d'uriner [...] ça dure un quart d'heure, faut que j'aille aux toilettes, que j'aille prendre mon café, que j'aille aux toilettes pour que ça se calme, c'est tous les matins depuis 2-3 mois » (FB 27).

Cette incohérence traduit parfois un certain déni. La présentation du symptôme tel que « j'ai mal partout » et à la fois « non mais tout va bien...pour moi ! » (CAR 01) en est un exemple.

Un des patients consulte pour une douleur thoracique qu'il associe au fait de fumer puis réfute son association par la suite : « c'est surtout la journée, c'est même pas quand je fume, c'est le lendemain et c'est là j'ai mal... ». (CA 19) Il parle également, à la fois, de l'absence de cette douleur lorsque son psychisme est occupé au travail et la présence de cette douleur pendant le travail : « les moments où c'était vraiment stressant j'le sentais plus » (CA 19).

Dans la vidéo de consultation PC 14, la patiente se présente avec une fatigue inexplicée et formule une dernière plainte en fin de consultation, disant avoir oublié d'en parler, tout en formulant que c'était « ce qu'il y avait de plus important » pour elle. Elle évoque alors une douleur au pied suite à un traumatisme. (PC 14)

Dans la vidéo PG 10, le patient fait part du fait d'être « énervé » lorsqu'il arrête la cigarette. A contrario, lorsque le médecin lui soumet l'hypothèse d'une nervosité, le patient dit « *même pas énervé* » (PG 10).

Dans la vidéo MC 26, la patiente associe également son mari dans l'histoire de son symptôme : « *alors moi j'ai ce problème-là, mon mari et moi on mange la même chose, alors lui il est tout le temps constipé* ».

i. Propositions d'hypothèses explicatives par le patient

Lien avec un contexte de vie

Dans plusieurs vidéos de consultations, le patient exprime et présente au médecin un lien probable entre son contexte de vie et son symptôme.

Dans la vidéo AD 12, la patiente parle de « *stress au travail* » et soumet cette hypothèse au médecin.

Dans la vidéo CAR 01, la patiente évoque d'elle-même une hypothèse psychique à ses troubles puisqu'elle dit : « *je sais pas si je suis malade ou si c'est dans la tête [...] oui oui y a quelque chose qui va pas, suis d'accord, du moins c'est le stress quotidien [...] c'est un psy qu'il faut que j'aille voir* ». Elle parle également de la peur d'avoir une maladie et de ne plus pouvoir s'occuper de son fils, qui l'inquiète beaucoup. Elle prend conscience et verbalise d'elle-même à la fin de la consultation le lien entre ses symptômes et cette inquiétude : « *je me dis j'ai pas le droit de tomber malade et du coup il me vient pleins de trucs alors que c'est peut-être rien, je me suis jamais écoutée...* ». (CAR 01)

Dans la vidéo PG 10, le patient dit: « *en plus quand quelque chose arrive, tout de suite beaucoup réfléchir, énerver à cause de ça plus les problèmes* ». D'autres patients formulent : « *J'suis peut-être très fatigué aussi* » (MVD 05), ou bien : « *raisons personnelles* », « *je sais pas si c'est physique, si c'est psychologique...* ». (MC 26)

Dans la vidéo AS 13, la patiente évoque d'emblée un lien entre sa douleur et son vécu : « *alors est-ce que c'est pas ça qui inconsciemment ?* ».

Autres hypothèses

Certains patients proposent des hypothèses au médecin, orientant vers une cause leur paraissant organique : « *j'sais pas si ça a un lien mais j'ai éternué...alors j'sais plus si c'était il y a 3-4 jours ou peut-être il y a un peu plus d'une semaine...j'ai senti que ça m'avait tiré au niveau de l'oreille...c'était pas non plus...ça a pas pété...* » (MVD 05).

Dans la vidéo VP 03/04, la patiente se plaint d'une douleur thoracique qu'elle présente comme des douleurs « musculaires » : « *j'ai peut-être le sympathique et le parasympathique qui font que...* ». (MC 26)

ii. Attitude du patient

On constate plusieurs réactions du patient en consultation, qui vont des réactions positives exprimant son accord/satisfaction, aux réactions exprimant un désaccord du patient envers le médecin.

a. Demandes d'examens complémentaires/avis spécialisés

L'angoisse des patients se ressent dans les demandes d'examens complémentaires et avis spécialisés. (FB 27, PC 14, CA 19)

b. Propositions/demandes de conseil/traitement

Certains patients réclament des conseils, un traitement face à leur symptôme quand le médecin ne semble pas en prescrire.

« Peut-être une ordonnance... », « Vous avez pas de conseils par rapport à ça ? » (MC 26)

c. Insiste/répète ses propos pour faire passer un message

« J'étais vachement stressé, quand j'avais mal, j'me dis peut-être pas les poumons, plutôt le cœur...j'en sais rien du tout », « mon travail est très stressant alors euh j'sais pas » (CA 19)

Dans la vidéo VP 03/04, la patiente réagit sur la défensive et insiste pour faire passer un message au médecin: *« on va dire que je suis pas spécialement médecin non plus ». « Non mais j'vous dis j'pense que...enfin...c'est plus musculaire ! »*

Dans la vidéo MC 26, la patiente relance le médecin sur le stress évoqué en amont en apportant un complément d'information : *« on a peut-être été un peu secoué ces derniers temps...vous avez vu mon mari...bon prothèse de genou, opéré trois fois en deux mois...ça va avec le reste quoi c'est... », « Là elle est dedans mais je ne vous cache pas qu'on a pas eu un peu d'anxiété avec tout ça ! », « Après c'est peut être juste de la gestion de stress, c'est possible ?! »*

d. Valide les propositions du médecin

Le patient semble accepter le refus du médecin de l'envoyer consulter un spécialiste, le médecin l'ayant rassurée sur son symptôme et accepte la prise en charge thérapeutique qui lui est proposée. (CA 19)

Le patient adhère et marque son accord :

*« D'accord, ben en même temps on n'a pas essayé » (RV 25),
« ça marche », « ok, ça me va ! » (MVD 05)*

Le patient réagit positivement au commentaire humoristique du médecin comme pour exprimer son accord à la proposition du médecin :

« J'fais plus de yoga depuis...combien...trois ans...quatre ans...et j'crois que ça doit y jouer... ». « Vaut mieux aller faire un tour dehors... » (RV 11)

e. Réfute les propositions du médecin

Dans la vidéo RV 11, la patiente n'a pas validé la mise en évidence d'un état de fatigue par le médecin, pouvant expliquer le symptôme.

Dans la vidéo PG 10, le patient ne semble pas comprendre et valider la proposition d'explication du médecin : *« même pas énérvé », « ah je sais pas... » (PG 10).*

Dans la vidéo CAR 01, au début de la consultation, la patiente est dans le déni face à la réalité de son état psychique.

f. Cherche la « collusion »

Certains patients semblent chercher la « **collusion** » :

« *j'vous envoie des patients* ». (FB 27)

« *j'ai un collègue comme ça qui a un mauvais fluide...comme ça...ça marche pas !* » (VP 03/04)

g. Discute des incohérences du médecin

Le médecin émet l'hypothèse d'une mycose chez sa patiente, alors que la patiente a déjà été traitée pour une mycose : « *en même temps on a traité la mycose, on a tout fait et c'est toujours là donc bon...* ». (RV 25)

h. Réactions de satisfaction

Le patient exprime une amélioration à son symptôme physique :

« *J'ai l'impression d'être plus souple* » (RV 11).

Le fait que le médecin déclare que l'examen clinique est négatif provoque un effet de suggestion sur la patiente et semble avoir un impact thérapeutique positif :

« *Ah bon, eh ben de suite je crois que je vais aller mieux en fait* » (CAR 01).

Le patient exprime sa satisfaction par des remerciements :

« *Très bien ! Merci !* » (RV 11), « *merci de m'avoir écoutée* ». (AD 23)

Le patient exprime qu'elle est rassurée :

« *Ben déjà là voilà, avec l'examen que vous m'avez fait, vous me dites qu'il n'y a rien, bon y a pas de raison qu'il y est quelque chose...* » (CAR 01).

i. Désaccord/incompréhension du patient

Dans la vidéo PG 10, le patient ne semble pas rassuré sur une origine non cardiaque de sa douleur car à la fin de la consultation, alors que le médecin a déjà expliqué qu'il n'y avait rien, il dit « *le cœur alors... le cœur...pas...* », « *Pas de problème ça ?* » en montrant l'ECG.

iii. Motivations de la demande du patient

a. Motivations apparentes/verbalisées

Le patient semble très souvent avoir **besoin d'être rassuré** sur son symptôme. En effet, ce besoin de réassurance semble s'expliquer de différentes façons.

Le caractère inhabituel du symptôme

« *C'est normal d'avoir que d'un côté ? Ça a rien de bizarre ? D'habitude j'ai mal à la tête j'ai mal partout mais là ici...non...rien de particulier ?* » (MVD 05).

L'intensité du symptôme

« *ben je sais pas mais c'est ça qui doit me préoccuper...* », « *Forte douleur* » (RV 11).

Le retentissement fonctionnel

Le patient de la vidéo PG 10 semble être inquiet de ne plus pouvoir courir. Le patient demande en effet, à ce sujet : « *je peux courir toujours ?* » (PG 10)

La récurrence du symptôme et son côté invalidant (AD 12)

La peur d'avoir une maladie « grave » (CAR 01, CA 19)

b. Motivations « cachées »

Dans la vidéo FB 27, il n'y a pas spécialement de motivation/crainte verbalisées par la patiente en consultation. Néanmoins on sent une certaine anxiété/angoisse dans sa manière de s'exprimer pouvant nous faire suggérer un **besoin de réassurance** de la patiente.

La patiente de la vidéo RV 25 semble avoir besoin de **se plaindre** et **d'être écoutée** car elle exprime beaucoup de plaintes.

La crainte principale de la patiente de la vidéo CAR 01 est de ne plus pouvoir subvenir aux besoins de son fils si elle tombait malade, crainte qu'elle finit par exprimer à la fin de la consultation.

La présence de maladies dans la famille du patient semble être une des raisons qui pousse le patient à venir consulter, probablement suite à l'inquiétude qui s'est formée en lui. (Sans qu'il soit conscient que cette inquiétude concerne celle qu'il a pour ses proches autant que pour lui-même). (AD 12)

2. Côté médecin

i. Procédure du praticien

a. Poser un cadre à la consultation

Certains médecins vont poser un cadre à la consultation, comme pour en définir les règles ; ces règles n'étant pas imposées mais proposées indirectement au patient.

« *Ça sera certainement bien qu'on se revoit* » (CAR 01).

« *on va reprendre au début* » (CA 19).

b. Traiter toutes les demandes/plaintes

Certains médecins vont répondre aux demandes multiples du patient en consultation (PC 14, FB 27).

Parfois, le médecin semble être dépassé par toutes ces demandes : il ne fait pas de tri, ne pose pas de cadre à la consultation mais essaye de répondre et traiter les demandes du patient les unes après les autres (FB 27).

Dans la vidéo VP 03/04, le médecin reçoit une mère et son fils ensemble en consultation et alterne entre les deux pour poser ses questions.

c. Techniques d'entretien diagnostic

Verbalisation du « signal-symptôme »

Le « signal-symptôme » est un signal qui attire l'attention, qui peut être le symptôme d'une maladie ou d'un problème psychique et dont il faut vérifier le sens. Les médecins vont parfois verbaliser ce qu'ils constatent chez leurs patients : « *vous avez l'air fatiguée en ce moment non ?* », « *vous avez un visage fatigué, je ne vous connais pas ce visage-là habituel* » (RV 11).

Demandes de précision

Le médecin demande des précisions au patient, pour mieux identifier le symptôme et cerner la problématique : « *c'est à dire ?* », « *les rapports sont douloureux ?* », « *à cause de l'irritation muqueuse ou à cause des mycoses que vous avez ?* », « *et la douleur quand vous avez les rapports c'est aussi bien maintenant que...ça date depuis un certain temps ?* » (RV 25).

« *Vous vous sentez bloquée où ?* » (CAR 01).

Reformulations

Les médecins semblent utiliser différents moyens de communication comme des « **reformulations synthèses** » : « *des petits dépôts blancs sur le clitoris...euh...pas de pertes...* » (RV 25). « *Donc le mal de tête vous a réveillé ?* » (MVD 05).

« *Ben...tout va bien mais vous êtes fatiguée, vous dormez pas, vous êtes angoissée* » (CAR 01).

Questions ouvertes/fermées/incitatives

Certains médecins adoptent une **attitude centrée « patient »** en employant des **questions ouvertes** pour favoriser l'expressivité et la verbalisation du symptôme par le patient, et ainsi mieux percevoir et s'approprier ce symptôme.

« *Vous réfléchissez, c'est à dire ?* » (PG 10).

« *Est-ce que vous avez l'impression d'avoir trop de travail ?* », « *Est-ce que vous avez l'impression que ça retentit sur votre vie de famille ?* », « *Là je pense que le plus tard en fait, c'est maintenant...* » (CAR 01).

« *Qu'est-ce qui vous fait dire que ça pourrait être psychologique ?* » (MC 26)

« *Pourquoi ta demande c'est d'aller voir un pneumologue ?* », « *Qu'est-ce que tu crains exactement ?* » (CA 19).

Parfois, le médecin peut procéder à **des questions fermées** lors de la démarche diagnostique afin de vérifier ses hypothèses tout en étant centré « patient » : « *vous dormez bien en ce moment ?* » (RV 11).

Certains médecins posent des questions de manière à obtenir une « réponse attendue », en utilisant le « on » et en incitant la patiente à répondre « oui » : « *on n'est pas très inquiet, d'accord ?* » (VP 03/04).

Silences

Le médecin va aussi marquer des **silences** en consultation pour laisser s'exprimer le patient (AD 23, AD 12, RV 25)

Exploration du contexte de vie/état psychique du patient

Certains médecins évaluent l'histoire du symptôme et son contexte avec des questions comme :

« ça a commencé quand ces problèmes digestifs ? », « ça se passe bien au travail ? » (AD 12).

« Vous avez des soucis en ce moment ? Des inquiétudes ? Des problèmes ? » (PG 10).

« ça vous stresse ? » (MVD 05).

« Et vous avez eu beaucoup de stress ces derniers temps ? », « ...Plus ces derniers temps ? » (MC 26)

d. Faire passer un message

Reprise des propos du patient

Dans la vidéo CA 19, le médecin reprend les propos du patient concernant le lien irrationnel que fait le patient entre son symptôme et le fait de fumer puis réfute ce lien en lui apportant des explications :

« Et toi, tu fais vraiment le lien entre cette douleur et le fait de fumer ? ».

Le médecin rebondit sur la remarque du patient en lui demandant de développer ce qu'il dit : *« J'suis peut-être très fatigué aussi »*, ce qui permet de comprendre l'objet de cette fatigue et d'apprendre que le patient vient d'acheter une maison. (MVD 05)

Expression de la légitimité du symptôme/ reconnaissance de la souffrance/ déculpabilisation

Certains médecins légitiment la plainte du patient en reconnaissant la souffrance qui l'accompagne, et déculpabilisent le patient :

« Ça va pas bien parce que vous avez un symptôme qui vous gêne dans la vie de tous les jours et que c'est invalidant pour le travail », « j'entends tout à fait que ça perturbe vos journées, votre travail, que c'est vraiment pas agréable » (AD 12).

« Faut que ça sorte... », « On peut pas penser à tout, tout le temps », « non c'est pas nul, je pense que vous en avez besoin...au contraire », « ça arrive souvent que les gens, une fois qu'ils sont ici, ben ils lâchent tout et c'est normal, et on est là pour ça et y a pas de problèmes » (CAR 01).

Sollicitation des hypothèses du patient

« Je pense que tu as une idée, une imagination de ce que ça peut être » (CA 19).

Acceptation des hypothèses du patient

Dans la vidéo CA 19, le patient a déjà émis l'hypothèse d'un « stress » comme explication à son symptôme au début de la consultation et le médecin confirme cette hypothèse.

Dans la vidéo MC 26, le médecin ne fait que confirmer cette hypothèse : *« je pense surtout aussi qu'il y a le stress qui a pas du... »*

Le médecin, ici, confirme l'hypothèse que la patiente avait émise un peu avant : *« Ta douleur peut-être que tu la vis d'une manière amplifiée à cause de la dépression et des angoisses... [...] C'est favorisé par l'anxiété et que le corps il est en ébullition parce que l'esprit est en nébulisations aussi ». (AS 13)*

e. Vers la thérapeutique

Reconnaissance de ses propres limites

« ...Finalement on est démuné et j'ai pas de...j'ai pas de...solution » (RV 25).

« C'est difficile de comprendre pourquoi vous êtes comme ça » (PG 10).

« On a aucune certitude, ce dont je suis sûr c'est que l'examen neurologique est normal, vous n'avez pas de symptômes, cette douleur n'est pas extrêmement intense... » (MVD 05).

Sollicitation des attentes du patient

« ...Alors après comment moi je peux vous aider là-dessus...? ». (AD 23)

Propositions d'hypothèses diagnostiques

Hypothèse/Diagnostic « fonctionnel » et/ou organique

Un des médecins a posé le diagnostic de SBI (AD 12). A travers le terme de SBI, elle pose deux hypothèses diagnostiques : « soit une maladie à un stade initial non encore diagnostiquée, soit un retentissement somatique d'un stress ou d'une pression ».

En disant cela, elle ne s'enferme pas dans le « tout psychique » ou le « tout somatique », ce qui permet à la patiente de s'approprier ces deux explications.

« Bon, ça c'est plutôt évocateur d'un état un peu anxieux », « c'est l'angoisse, la nervosité ».
(PG 10)

Le médecin laisse comprendre au patient qu'il y a plusieurs arguments à sa douleur : « fatigue, stress », « j pense que ça peut tout à fait être compatible avec un petit virus qui passe par là qui vous fait mal à la tête ». (MVD 05)

Le médecin, dans la vidéo CA 19, annonce comme diagnostic « une douleur de la paroi », ce qui permet au patient de mettre un mot sur son symptôme.

Le médecin, lors de la consultation MC 26, semble osciller pendant toute la consultation entre une hypothèse « fonctionnelle » (Troubles Fonctionnels Intestinaux) et une hypothèse organique intestinale et finit par accepter ce que propose la patiente : « « oui, oui c'est plus lié au stress.. ».

Dans la vidéo AD 23, le médecin, après avoir évalué par des questions pertinentes la part organique et/ou fonctionnelle de la plainte de la patiente, donne son hypothèse :

« Donc, c'est en effet très certainement poly-factoriel... »

Proposition d'un lien de causalité avec le contexte de vie

Les médecins émettent souvent un lien de causalité avec le contexte actuel du patient, comme moyen d'explication du symptôme :

« le mal de tête que vous avez, il est dans un contexte où c'est l'hiver, c'est p'têtre plus les choses de pensées, de préoccupation...les courses à faire » (RV 11)

« C'est peut-être en tout cas l'origine de ces plaintes » (AD 12)

Explications physiopathologiques spécifiques

Les médecins peuvent apporter des explications « physiopathologiques » plus ou moins imagées, construites à partir de leurs connaissances scientifiques et mises en lien avec le symptôme du patient :

« On en vient vite à la médicalisation du mal de tête alors que la première chose c'est qu'on est fatigué...on a un cou et puis une tête comme des tentes, toutes les ficelles sont un peu plus tendues que d'habitude, donc c'est la tension, c'est ce qu'on appelle les céphalées de tension » (RV 11).

Parfois, ces explications sont spécifiques et adaptées au patient :

« et tu as un thorax un p'tit peu creusé » (CA 19).

Voir, relevant de l'imagination/l'invention du médecin :

« Je pense que quand vous avez envie d'aller aux toilettes, ça tire sur les muscles du bassin...et ça vous fait mal...et tant que vous avez pas évacué, vous avez pas évacué ! » (FB 27).

Prescription d'examens complémentaires/avis spécialisés

Sans conviction

Parfois, le médecin va adresser le patient pour un avis spécialisé ou prescrire un examen tout en exprimant son absence probable d'intérêt ou sa normalité probable :

*« il évaluera la potentialité du risque de maladie de Crohn que je pense très faible », « je dis pas que c'est impossible mais je dis que c'est très peu probable » (AD 12).
« On trouvera rien de spécial et si on trouve des diverticules, tant qu'il n'y a pas d'infection...on y touchera pas... » (MC 26).*

Réponse à la demande de réassurance du patient

Dans la vidéo CAR 01, au vu de l'âge de la patiente et de l'absence de suivi médical, le médecin prescrit des examens complémentaires orientés dépistage, essayant ainsi de rassurer la patiente qui semble très anxieuse « d'avoir toutes les maladies ».

Demande du patient refusée par le médecin

Certains patients auront une demande d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés auxquels le médecin ne va pas répondre. (CA 19)

Démonstration d'indécision

« Est-ce que vous voulez pas quand même aller voir un gastro... » (MC 26).

Propositions thérapeutiques verbales/non verbales

Dans les propositions thérapeutiques faites aux patients, certains médecins vont proposer des **solutions sans réelle conviction apparente** :

*« Ça fait pas des miracles...euh...on verra ce que ça fait hein... », « J'sais pas ce que ça vaut, ça n'a pas l'air cher puisque c'est pas un médicament » (RV 25)
« C'est gentil mais ça fait pas grand-chose » (MC 26)*

D'autres vont apporter des **solutions adaptées et spécifiques au patient** :

« Alors la fatigue c'est quelque fois pas assez d'exercice ». « ...Vaut mieux aller faire un tour dehors... » (RV 11).

Certains médecins vont agir par **le toucher** en consultation pour identifier le symptôme et le soulager. On voit dans la vidéo RV 11 que le médecin soulage la patiente qui se plaint de « maux de tête » par des techniques manuelles (ostéopathie).

Verbalisation de la disponibilité

Certains médecins proposent un suivi aux patients en leur exprimant leur disponibilité :

« *Alors si ça passe pas...2-3 jours après j'vous le refais* » (RV 11).

Evaluation de l'effet thérapeutique de la consultation

Certains médecins évaluent l'effet bénéfique de la consultation :

« *Vous vous sentez un peu mieux déjà d'avoir lâché ?* » (CAR 01).

ii. Communication médecin-patient

Les médecins adoptent un **discours** et une **attitude empathiques** vis à vis de leur patient. « *vous vous en souviendrez de cette histoire-là* », « *vous avez l'air fatigué en ce moment non ?* ». (RV 11), « *ça rend pas facile* », « *c'est pas très simple non plus* » (AD 12), « *y a beaucoup de choses à gérer* », « *vous avez l'impression d'arriver au bout* », « *donc là vous êtes très fatiguée* » (CAR 01).

Certains médecins vont, dans leurs discours, mettre en avant le fait qu'ils sont dans une **relation d'égal à égal** avec leur patient en se mettant à leur niveau, en les faisant réfléchir ou en leur montrant qu'eux aussi peuvent apporter la solution.

« *Est-ce que vous il y a des choses que vous avez envisagé ?* », « *moi il me semble...je peux me tromper hein* » (AD 23).

Certains médecins adoptent un **discours déculpabilisant** et redonne confiance au patient.

« *C'est pas de votre faute, vous êtes pas plus faible que d'autres, c'est que peut-être qu'actuellement c'est peut-être trop pour vous...* ». (AD 23)

Certains expriment la **reconnaissance de la souffrance** du patient.

« *ça demande beaucoup de ressources et que, comme vous l'expliquez, vous vous épuisez un peu là-dessus...* » (AD 23), « *y a beaucoup de choses à gérer* » (CAR 01).

Certains adoptent un **discours maternel** :

« *Ça donne un rythme pour que vous vous occupiez de vous* ». (RV 11)

« *On fait le point, vous serez totalement rassurée ! Et ça ira mieux...il faudra aussi penser à prendre du temps pour vous* » (CAR 01)

Certains font preuve **d'injonction et de directivité** :

« *Essayez de ...euh...ouais d'équilibrer votre vie au maximum...* » (PG 10)

« *reposez-vous* ». (MVD 05)

« *ben arrêter de fumer ça m'irait bien...* ». (FB 27)

Voir d'**agressivité**: « *D'accord ! Alors de lui d'abord. Nom de famille ?* », « *Ben s'il a de la fièvre c'est un peu normal hein...* »

Certains semblent **rassurer** le patient en commentant l'examen clinique (RV 11). D'autres fournissent des explications rationnelles et scientifiques : « ...tu peux être rassuré, c'est pas ça...au niveau de l'auscultation j'entends bien tes poumons, ils s'ouvrent, ils se ferment, ils se remplissent...y a pas de soucis... » (CA 19).

D'autres encore répondent simplement à une angoisse du patient : « j'vais regarder vous inquiétez pas... » (AD 23).

La plupart des médecins prennent le **temps** en consultation pour **écouter** le patient et pour s'intéresser à lui dans sa globalité, c'est-à-dire ce qui rayonne autour du symptôme pour lequel le patient consulte :

« Comment va votre sommeil ? (RV 11)

« ça vous inquiète ? » (AD 12)

Certains médecins font preuve d'**écoute active** en répétant « d'accord » à chaque remarque du patient. (CA 19)

Certains médecins portent un **intérêt au vécu** du patient en le questionnant et en lui permettant de s'exprimer sur le sujet. Les phrases du type « vous vous en souviendrez de cette histoire-là » ou « comment va votre sommeil ? » en sont des exemples parmi d'autres. (RV 25)

Certains médecins ont une **attitude tactile** avec un toucher réconfortant. (RV 25)

Ils marquent un **silence** pour laisser s'exprimer le patient. (RV 25)

Ils font preuve de **patience** en expliquant, par exemple, le mécanisme d'action et l'intérêt d'un traitement. (RV 25)

Certains médecins utilisent l'humour pour faire **rire** le patient (RV 25, RV 11)

Quand le médecin favorise l'expressivité et la verbalisation du symptôme et du vécu du patient, il semble se créer une **relation profonde** avec le patient, **sans obstacle**, sans accroche en consultation (RV 25, AD 23, CAR 01).

Certains médecins utilisent le **tutoiement** pour s'adresser au patient. (CA 19)

Certains **encouragent** le patient : « c'est parfait que tu aies arrêté de fumer, je ne peux que t'encourager à continuer » (CA 19).

Parfois, on a l'impression que la relation personnelle entre le médecin et sa patiente ne s'est pas créée et qu'il n'y a pas eu spécialement « d'accroche réciproque ».

Le médecin fait « son travail » de façon systématique, aucune émotion ou expression ne semble apparaître sur son visage. (PC 14)

iii. Les « ratages » du médecin

a. Sujets/questions non ou insuffisamment abordés

Certains sujets sont, à l'évidence, non abordés ou insuffisamment abordés par le médecin en consultation, là où il y aurait un intérêt à questionner le patient, avec par exemple des questions sur

le contexte de vie de ce dernier pouvant être lié à son symptôme. Le sujet des « dyspareunies » de la patiente dans la vidéo RV 25 ou des céphalées du patient dans la vidéo MVD 05 en sont un exemple.

Le médecin de la vidéo CA 19 n'explore pas les représentations de la maladie que peut avoir le patient et qui permettrait de découvrir l'origine de ses inquiétudes concernant l'idée d'avoir « un problème au poumon ». Il s'intéresse succinctement à son mode de vie : « vous êtes tout seul ? », sans aller plus loin dans la réflexion ni rebondir sur la réponse du patient. Il fait rapidement le lien avec une cause « psychique » et le patient est donc renvoyé à son stress sans chercher à savoir ce qui le rend « nerveux ». (PG 10) Le médecin reste concentré sur l'élimination d'hypothèses graves alors que le patient semble le mettre « sur une autre piste » : « *c'est lié à la fatigue, le stress ?* » (MVD 05) Le contexte, l'inquiétude et la demande de la patiente autour de ce symptôme n'est pas abordé. (FB 27, VP 03/04).

b. Absence de reprise des paroles/attitudes du patient

Pour certaines vidéos de consultations, on a l'impression que le patient va nous apporter d'autres informations mais le médecin ne relève pas .
« *ouais...moi je pense que...* » (AD 12).

Dans la vidéo CAR 01, on constate que le médecin n'a pas repris la patiente sur son attitude de « toute puissance, tout devoir, tout contrôle » qu'elle exerce dans sa vie. On peut se demander ce qui pousse la patiente à être dans cette attitude-là. Le médecin ne relève pas non plus la remarque « *le week-end je m'occupe de mon mari* ».

Dans la vidéo PC 14, on sait que la fatigue dont se plaint la patiente dure depuis trois mois et qu'elle peut être liée à un surmenage. Le médecin se contente de ces informations et ne va pas plus loin, alors qu'il pourrait interroger la patiente sur ce qu'il s'est passé trois mois plus tôt, et y chercher des explications. Il ne relève pas non plus quand la patiente parle de son travail. (PC 14)

Dans la vidéo CA 19, on a l'impression que le médecin reste assez ciblé sur des explications scientifiques, notamment lorsque le patient dit « *mon travail est très stressant alors euh...j'sais pas* », On note une **discordance** dans l'échange lorsque le patient lui parle de « stress » et le médecin de « thorax en entonnoir ». (CA 19)

Dans une autre vidéo (MVD 05), le médecin ne relève pas quand le patient dit « *j'suis quelqu'un de très ordonné. J'y pense tout le temps ça c'est sûr !* »

Dans la vidéo MC 26, la patiente propose un lien avec insistance « *après c'est peut être juste de la gestion de stress, c'est possible ?!* » mais le médecin continue, suite à cette remarque, de poser d'autres questions à réponses fermées : « *vous n'avez pas perdu de poids ?* », et sur des propositions biomédicales : « *on peut faire un dosage de la thyroïde aussi pour vérifier...* ».

c. Absence d'explication/ de formulation diagnostique

Le médecin commente l'examen clinique au fur et à mesure, sans donner de diagnostic à la patiente sur « cette fièvre ». Il dit simplement « aucun signe particulier ». (PC 14)

A la fin de la consultation, il n'y a pas d'explications ou d'hypothèses émises autour de cette fatigue. (PC 14)

d. Absence d'examen clinique concernant la/les plaintes

Le médecin n'examinera pas le patient suite à la formulation de l'hypothèse selon laquelle c'est le travail du patient qui occasionne la douleur au dos. (PG 10)

e. Absence de commentaires données sur l'examen clinique

Le médecin fait un examen clinique qu'il ne commente pas au fur et à mesure. (MVD 05)

f. Absence de cadre à la consultation

Dans la vidéo FB 27, le médecin ne pose pas de cadre et se laisse guider par la patiente. L'interrogatoire est décousu, le médecin passe d'un symptôme à l'autre sans aller au bout du questionnement de la démarche hypothético-déductive. (FB 27) Par exemple, le médecin pose trois fois la même question de différentes façons : « *quand vous travaillez vous avez mal aussi ou pas ?* », « *...et dans la journée, ça récidive pas ?* », « *et une fois que c'est fait c'est fini ?* », « *ouais, ok ! Euh...d'accord, après ?* ».

g. Absence de reconnaissance du symptôme

Dans la vidéo VP 03/04, on remarque que le médecin n'apporte pas de crédit à la plainte, ni à ce que dit la mère. Par exemple, le médecin dit « *il n'a rien* » en parlant du fils.

Suite à cette première analyse des résultats des vidéos, se dessine notre **schéma de consultation « idéale » de prise en charge des SBI**, découlant des éléments qui nous semblaient pertinents au vu de l'analyse de ces vidéos de consultations.

Adopter une attitude centrée « patient »

Observer son patient. Être dans l'écoute de ses symptômes, de ses expressions, de sa gestuelle. Reconnaître la souffrance du patient avec son symptôme.

Légitimer sa plainte.

Prendre le temps pour le laisser s'exprimer.

Faire preuve d'écoute active et d'empathie.

S'intéresser à son vécu et à son contexte de vie.

Rassurer le patient.

Lui exprimer son soutien et sa disponibilité.

Commenter l'examen clinique au fur et à mesure.

Avoir confiance en ses propres « intuitions » diagnostiques

Avoir confiance en tant que médecin en ses « intuitions », c'est à dire rester centré sur une/des hypothèses fonctionnelles quand on pense SBI ou « Symptôme fonctionnel ». Penser l'hypothèse SBI comme un diagnostic positif et non un diagnostic d'élimination.

Explorer les caractéristiques de la plainte par des questions pertinentes orientant/confirment l'hypothèse SBI.

Utiliser des éléments de langage/communication adaptés pour créer/approfondir la relation

Obtenir des précisions de la part du patient

Utiliser la reformulations-synthèse pour exprimer au patient une compréhension commune/partagée de son état global.

Utiliser des questions ouvertes pour favoriser l'expressivité du patient.

Ne pas imposer des choses que le patient ne peut entendre/comprendre.

Exploiter les informations/propos du patient

Approfondir les informations que le patient exprime sur son vécu, son état, son ressenti, son contexte de vie.

Rebondir sur ses propos pertinents, notamment quand le patient répète à plusieurs reprises ses propos ou quand il commence une phrase qu'il ne finit pas.

Poser un cadre à la consultation

Limiter les motifs et les plaintes multiples qui semblent parasiter le médecin et donc parasiter la prise en charge du SBI.

Savoir être directif ou « maternel » quand cela est nécessaire mais passer à une relation d'égal à égal dès que possible, avec l'idée d'autonomisation progressive en perspective

Apporter des hypothèses/un diagnostic pertinents et cohérents

Proposer des hypothèses associant causes organiques et fonctionnelles si les éléments cliniques le justifient.

Poser le diagnostic de SBI ou un diagnostic « fonctionnel » prédéfini (Troubles Fonctionnels Intestinaux, Syndrome de Fatigue Chronique) tout en expliquant au patient ce que cela signifie.

Apporter des explications adaptées au patient (qu'il est en mesure d'entendre) en fonction de ses besoins

Ne pas avoir peur de proposer/établir des liens avec le contexte de vie du patient

Exprimer/reconnaître ses limites en tant que médecin

Co-décider des examens/avis selon la pertinence en rapport avec le symptôme et le besoin du patient

Proposer un suivi au patient

Ce schéma de consultation idéale nous a permis de construire le questionnaire spécifique pour chaque médecin, à partir du décalage entre cette consultation idéale et les consultations visionnées dans les vidéos.

C. Résultats des entretiens

Nous rappelons ici, pour plus de clarté, que la grille utilisée pour les entretiens comportait deux parties :

- Une partie générale qui était la même pour tous les médecins, qui est consultable dans les annexes ;
- Une partie spécifique à chaque médecin qui est aussi située dans les annexes, mais qui est intégrée aux verbatim des entretiens.

1. Appétence des médecins pour le symptôme fonctionnel

Tous les médecins n'ont pas le même niveau d'intérêt pour les SBI et leur connaissance de ce terme. Certains s'y sont intéressés plus que d'autres par le biais de formations dans ce domaine.

« Le symptôme fonctionnel est plus passionnant que le symptôme organique ». (RV 25)

« Oui à la fac, y avait deux demi-journées d'enseignement sur comment essayer de les prendre en charge ». (AD 12)

« Oui pendant ma formation à la psychothérapie du généraliste, j'ai fait un chapitre dessus à la fac ». (AS 13)

« J'ai eu une formation particulière à Strasbourg...c'est quelque chose qui m'attirait... ». (CA 19)

« Je suis de par ma formation sensible à tout ce qui touche à la part psychique des gens...c'est pas une nouveauté pour moi et je pense que ça fait très longtemps que je m'en occupe »,

« ...Que du bien...faut s'en occuper », « ...J'ai fait du Balint...j'ai fait un travail personnel spécifique sur la façon de percevoir des signes de l'inconfort chez les patients ». (PG 10)

D'autres ont déjà entendu le terme : *« J'ai dû lire un article là-dessus ». (MVD 05)*

Pour la plupart des médecins, ce terme n'était pas connu. Les termes « fonctionnel » ou « psychosomatique » étaient ceux qu'ils connaissaient le plus.

« ...Pour moi ça ne portait pas le même nom, je ne connaissais pas ce terme... ». (CAR 01)

« Non...je connaissais le terme « fonctionnel » ou « psychosomatique » ». (PC 14)

2. Représentations des SBI par les médecins

i. Des définitions et qualifications multiples

Nous avons pu relever plusieurs définitions ou éléments primaires de qualifications des SBI, au cours des entretiens :

- Dire « c'est fonctionnel », c'est dire « on n'a pas de maladie à mettre dessus », c'est poser une « étiquette ». (MVD 05)
- Le symptôme « fonctionnel » est plus de l'ordre du ressenti mais pas réel « est-ce que c'est plus quelque chose qui est du psychosomatique, qu'ils ressentent mais que c'est pas réel ». (FB 27)
- Les symptômes « fonctionnels » peuvent aussi être « une plainte, une douleur que l'on va pas pouvoir constater objectivement ». (MC 26)
- Les SBI sont aussi perçus comme « pas grave mais impactant la vie des patients ». (PC 14)

Pour d'autres médecins, le SBI se définit comme un symptôme, une plainte non expliquée par le médecin mais quand cette plainte « fonctionnelle » devient explicable par le médecin, elle n'est plus SBI.

« Je suppose que si elle n'est pas comprise par le médecin, elle va devenir un « SMI¹ »...à partir du moment où le médecin l'explique, elle ne devient plus inexplicable ». (PG 10)

Enfin, certains médecins pensent que les SBI, « c'est toujours les mêmes » (VP 03/04) sous-entendu ici que les SBI appartiennent à une catégorie prédéfinie de symptômes, facilement identifiables.

ii. Fréquence d'apparition

Plusieurs médecins interrogés sont d'accord pour dire que les SBI sont « très fréquents » en consultation.

Certains pensent qu'ils sont présents chez tout le monde : « tout le monde a des symptômes fonctionnels » (AS 13), à tout moment de la vie.

D'autres pensent qu'ils peuvent être présents chez n'importe qui, mais arrivent de manière épisodique : « ça peut arriver à tout le monde à un moment donné de sa vie ». (CA 19)

iii. Type de diagnostic et quand l'utiliser

Pour certains médecins, il s'agit « plutôt d'un diagnostic d'élimination ».

Il ne pourrait pas être posé dès la première consultation.

« Si c'est quelqu'un que je vais revoir, qui va revenir trois, quatre fois dans l'année avec à chaque fois la même chose, oui là on va commencer peut-être à...mais pas du premier coup ! ». (MVD 05)

Pour d'autres médecins, le symptôme fonctionnel peut, au contraire, être pensé et posé à la première consultation. Il est donc défini comme un diagnostic positif et non d'élimination.

« C'était plutôt rassurant sur la nature non pathologique organique, par contre le symptôme en lui-même, il était très probablement lié à autre chose ». (PG 10)
« ...Faut pas que ce soit un diagnostic d'élimination, il faut que ce soit un diagnostic positif... ». (CA 19)

iv. Part de l'organique et du fonctionnel

a. Dualité organique/fonctionnel

On constate chez certains médecins, dans leur représentation du symptôme « fonctionnel », que

¹ SMI : Symptôme Médicalement Inexpliqué, équivalent de SBI

l'organicité et la fonctionnalité du symptôme sont liées et ont une place commune en consultation. Le symptôme « fonctionnel » peut exister dans une maladie/symptôme organique.

« C'est 90% de l'expression même quand le symptôme est organique ». (RV 25)

«...Avec sa douleur thoracique, il y avait surement un pourcentage de part psychosomatique sur une base organique ». (AS 13)

La fonctionnalité du symptôme organique se retrouve dans la manière de vivre ce symptôme organique.

« Elle avait un symptôme organique bien défini...mais...elle décrivait la manière dont elle vivait la fonctionnalité de cette organicité ». (RV 25)

Le symptôme d'origine organique permettrait l'expression de l'état psychique et de plaintes fonctionnelles dans certains cas.

« Elle vivait le fonctionnel de son organique...à cette occasion elle reparle de ses proctalgies et dyspareunies pour lesquelles elle n'a pas consulté », « y a du fonctionnel que les gens ressentent vraiment mais à leur façon » (RV25).

Cette dualité ne se retrouve pas seulement dans les représentations à priori, mais aussi dans la pratique à travers l'examen clinique ou la thérapeutique. Repérer et agir sur les « tensions » quelles qu'elles soient, est systématique pour certains.

« Moi je faisais de la médecine manuelle, donc tous mes patients, je les touchais, je les serrais » (RV25).

b. Clivage organique/fonctionnel

D'autres médecins voient le symptôme « fonctionnel » comme un symptôme à part entière, seul.

Il s'agit, par exemple, de faire la part des choses entre une plainte liée au contexte de vie du patient ou, à contrario, liée à une origine organique.

« Faire la part des choses entre ce qui était lié à son environnement / surmenage / déménagement... et ce qui était probablement d'origine organique... ». (MVD 05)

« Parfois, je suis sûre qu'il n'y a pas de support organique et que ça s'intègre dans un tableau psychologique ». (FB 27)

« ...Si rien, je leur dis « c'est parce que vous n'allez pas bien... » ». (CAR 01)

« Si j'ai quelque chose j'en reste là et sinon je pars sur quelque chose de plus psychique... ». (MVD 05)

Certains se concentrent surtout sur les hypothèses organiques des plaintes.

Un exemple flagrant est l'entretien relatif à la vidéo PC 14, dans laquelle, une des plaintes de la patiente, était « une fatigue ».

« Rechercher des anomalies diverses et variées qui peuvent expliquer une asthénie [...] Pour moi, c'est d'abord les choses simples ou importantes avant de penser à un trouble fonctionnel ». (PC 14)

v. Perception des patients SBI par les médecins

La perception des patients SBI varie d'un médecin à l'autre.

a. Absence de profil « spécifique »

La plupart des médecins pensent qu'il n'y a pas de profil particulier du patient SBI mais que ces symptômes peuvent toucher tout le monde.

« *Y a pas un profil tout fait...* », (AD 12)

« *Des gens comme tout le monde...* », (PG 10)

« *Tout le monde peut les avoir...* ». (CAR 01)

b. L'anxiété

Ce sont très souvent des patients souffrant d'anxiété, à divers degrés.

« *Les patients anxieux, voire anxio-dépressif...* ». (MVD 05)

c. Absence/difficulté d'expression

Ce sont des patients qui n'expriment pas ou peu.

« *...Des gens qui n'ont pas fait de thérapie par la parole...* », (MVD 05)

« *...Lorsqu'ils ne trouvent pas le moyen de l'exprimer d'un autre moyen, par exemple de mots...* ». (PG 10)

d. Une manière de vivre, de s'exprimer

« *C'est pour eux une manière de vivre, de s'exprimer [...] Ils ont besoin de la maladie pour exister et vivre...* ». (AS 13)

Un autre médecin interrogé nous rapportera que grâce au symptôme organique, la patiente a pu exprimer son vécu, « *théâtraliser son rôle* » et donc « *se détacher* » de ce symptôme organique. (RV 25)

« *Elle avait vécu des choses assez terrible dans sa vie... le symptôme (la douleur) faisait partie du décor, juste un moyen pour qu'on s'occupe de soi* ». (PG 10)

e. Un ressenti et une spécificité individuel

« *C'est le ressenti de chacun, c'est la spécificité du symptôme pour chaque personne* ». (RV 25)

f. Un mal être

Ce sont des patients perçus par les médecins, en souffrance psychique, parfois en détresse psychologique comme constatée dans certaines vidéos de consultations (AD 23, CAR 01).

« *Les gens expriment souvent leur malaise de manière physique... [...]...Signes qui sont en lien avec leur état perturbé, souffrant...* ». (PG 10)

« *...ça peut révéler un petit mal être...ça peut être quelque chose de tout à fait conjoncturel, une mauvaise passe personnelle ou professionnelle...c'est une souffrance* ». (CA 19)

g. Une recherche de collusion

Un des médecins interrogés évoque la recherche de collusion des patients et considère que cela fait partie de ce qui se joue avec le médecin traitant, tout en prenant soin d'éviter de tomber dans la sympathie et garder une distance suffisante pour rester le plus objectif possible.

« ...ça fait partie du jeu...on a une place particulière dans le schéma familial...faut essayer de garder une distance... ». (FB 27)

h. Patients chronophages

Ce sont des patients perçus comme chronophages pour les médecins, qui vont très régulièrement revenir en consultation pour les mêmes motifs ou d'autres plaintes « fonctionnelles »,

« Multiples consultations... (AD 12)

« ...Revenir pendant des années avec les mêmes symptômes inexpliqués ». (MC 26)

i. Des images types

Il existe des « images types » propres aux SBI, dans l'interprétation des médecins, qui les orientent/influencent vers le diagnostic de SBI. Par exemple, une femme jeune qui consulte pour des troubles digestifs oriente fortement le praticien vers un diagnostic « fonctionnel » de « Troubles Fonctionnels Intestinaux ».

« Les troubles digestifs chez la femme avec un terrain anxio-gène, bon c'est quand même un peu...le patient typique... ». (AD 12)

j. Des patients très en demande d'un diagnostic/examens complémentaires

Ce sont des patients perçus en demande d'examens complémentaires qui seront bien souvent normaux.

« ...Multiplicité des examens sans résultats pathologiques dedans et une demande de continuer à faire des examens pour comprendre, l'examen clinique qui était normal... » (AD 12)

Certains patients imposent une direction à la consultation, dans le sens où ils veulent un diagnostic avec des explications « rationnelles/scientifiques » à leur symptôme.

« Ça devient compliqué parce qu'ils veulent à tout prix une maladie...et on part dans les examens ». (MVD 05)

k. En demande d'autres explications (non biomédicales)

Selon certains médecins, ces patients ne sont pas particulièrement demandeurs d'explications « rationnelles/scientifiques », ils souhaitent une explication mais pas forcément « biomédicale ».

« ...Il faut être conscient que c'est pas forcément la réponse que le patient attend ». (AD 12)

l. En faveur d'un SBI

Il semblerait que certains patients, demandeurs d'examens complémentaires, vont exprimer de la déception au vu de la normalité de leurs examens. Le médecin l'interprète donc **en faveur d'une origine « fonctionnelle**.

«...Certains vont être déçus si ils ont un résultat...qui va être normal...quand on voit cette déception on se dit qu'il y a quelque chose de bizarre, c'est pas normal...c'est probablement quelque chose de fonctionnel ». (MVD 05)

m. Des patients réticents à l'ouverture psy

Souvent, les médecins se retrouvent impuissants et bloqués car les patients paraissent ne pas vouloir entendre que leurs symptômes peuvent être liés à leur contexte de vie passé ou présent.

« Un jour ils vont le reconnaître tout seul et puis là on se dit que ça fait X mois que j'essaie de lui faire comprendre ça ». (AD 12)

Les médecins ont parfois la sensation que les patients ne les laissent pas accéder aux problèmes sous-jacents.

« ...C'est dur d'y accéder et d'agir sur leurs problèmes et ils nous laissent pas forcément agir dessus non plus ». (AD 12)

Ces patients seraient verrouillés

« Ils sont eux même verrouillés sur le plan de l'expression émotionnel...c'est à mon avis la situation la plus complexe... ». (PG 10)

Pour certains médecins, les problèmes sous-jacents du patient sont en effet trop déstabilisants pour admettre leur évocation.

« On a affaire à un système de raisonnement du patient lui-même qui vient bloquer la fluidité de l'explication et donc eux veulent absolument une explication organique, ils refusent la part psychique en eux...trop de choses délicates et violentes à remuer... ». (PG 10)

Les médecins n'arrivent pas à faire accepter à leur patient un lien corps-psychique quand celui-ci est présent : les patients peuvent avoir une fausse représentation de la santé mentale, qui renvoie le message « je suis fou ».

« Ils fonctionnent sur des représentations erronées de ce que c'est que la santé mentale, pour eux psychisme égal fou... ». (PG 10)

D'après certains médecins, il ne semble pas bien perçu par les patients de dire que leur symptôme est d'origine psychique au même titre que de dire « c'est dans la tête ».

« Quand on dit que c'est un symptôme qui puise sa source dans le psychique ce n'est pas forcément bien perçu... ». (AD 12)

Pour d'autres médecins, les patients semblent réticents à l'idée de communiquer certaines informations, non négligeables pour le médecin.

« ...Après quand je pose la question, souvent ils disent non et puis on s'aperçoit que c'est pas forcément vrai ». (MC 26)

n. Des patients « ouverts » au diagnostic SBI

L'utilisation du terme SBI en consultation serait bien perçue par les patients et même mieux acceptée que certains diagnostics « fonctionnels » prédéfinis.

«...Dans l'ensemble pour les patients c'est pas mal perçu, j'dirai que c'est même mieux perçu que les diagnostics tout fait bancales... [...] ça se passe bien et c'est bien perçu ». (AD 12)

vi. Vécu du symptôme « fonctionnel » par le médecin

Le vécu du symptôme « fonctionnel » en consultation diverge beaucoup d'un médecin à l'autre.

Pour certains médecins, le vécu est négatif de par l'incompréhension du symptôme « *un truc qu'on comprend pas quoi* » (CAR 01), et la difficulté à le prendre en charge « *ça nous met toujours en difficulté* » (MC 26), « *C'est très compliqué...* ». (VP 03/04)

Pour d'autres médecins qui ont un intérêt (prononcé ou non) pour ces symptômes, le vécu du médecin en consultation en n'est que positif.

« Le symptôme fonctionnel est plus passionnant que le symptôme organique » (RV 25), « J'en pense que du bien...faut s'en occuper ». (PG 10)

3. La posture

i. D'égal à égal

La posture du médecin semble être une caractéristique importante pour une prise en charge satisfaisante des SBI.

En effet, plusieurs médecins soulignent le fait qu'il faille se positionner dans une attitude d'égal à égal avec le patient.

« ...Le patient sur son symptôme il en sait autant que moi après ». (RV 25)

Il faut faire preuve d'humilité et non être dans la « *toute puissance* » de celui qui trouve et apporte la connaissance au patient.

« ...Montrer au médecin que ce n'est pas lui qui l'a soulagé, ne pas être dans la toute-puissance du médecin », «...Accompagnement humble ». (AS 13)

Il faut accompagner son patient dans la compréhension de son symptôme, à son rythme, tout en fixant des objectifs cohérents avec la consultation, à faire atteindre au patient.

« Lui faire prendre conscience qu'elle savait qu'elle allait pas bien...j pense que j'ai réussi à lui faire entendre pas mal de chose ». (CAR 01)

« Déterminer les objectifs communs... ». (AS 13)

ii. « Maternage » et directivité

Accompagner son patient, c'est aussi rester présent tout au long de son suivi peu importe la réponse/solution apportée au patient.

Ainsi, certains apportent et expriment un soutien « maternel » et bienveillant.

« Savoir dire « je ne sais pas mais je reste », en jouer, être théâtrale... » (AS 13).
«...Elle allait pas bien...je voulais qu'elle arrive à prendre du temps pour elle ». (CAR 01)

D'autres sont à la fois dans le « maternage » et la directivité en disant au patient « *équilibrez votre vie* ».

« *C'était l'histoire de l'équilibre...c'était plutôt une fonction générale de soutien maternel de la part du médecin...plus dans le sens de protéger votre santé* ». (PG 10)

Pour autant, afin d'aider efficacement le patient, le médecin ne doit pas se laisser « déborder » par le patient : sans pour autant dominer la consultation, il doit la cadrer comme vue précédemment.

« *C'est parti dans tous les sens...il aurait fallu cadrer beaucoup plus l'entretien pour éviter que la dame dérive et qu'on dérive aussi...et se perdre dans la consultation...* ». (FB 27)

«...Ne pas se laisser marcher dessus sinon ça dure 45 mn ». (PC 14)

4. Attitudes du médecin

i. Réponses aux patients

a. Rester flou

Dans la réponse à apporter aux patients, certains médecins semblent dire qu'il faut « *rester large* » (MVD 05), c'est-à-dire de ne pas trop orienter la consultation sur le fait d'affirmer ce qui est responsable du symptôme, pour pouvoir adapter et faire évoluer ses hypothèses en fonction du patient et donc des spécificités personnelles de son/ses symptôme(s) fonctionnel(s). Il s'agit donc de ne pas de poser un diagnostic fermé à la première consultation.

« *On peut pas tout le temps se contenter de fermer nos diagnostics et de se contenter de la première hypothèse venue* » (PG 10)

« *Ne jamais être ciblé sur un diagnostic* ». (AS 13)

b. Parler de SMI

Certains médecins vont (pro)poser le diagnostic de « SMI » aux patients, de manière à rester ouverts sur les potentielles explications qui peuvent émerger au fur et à mesure de la consultation présente, et des futures.

« *Je préfère mettre l'étiquette « SMI » sur le symptôme...qui est plus ouverte...ça me permet de réévaluer les choses en fonction du matériel qu'il va m'apporter au fur et à mesure...c'est lui avec ses symptômes qui doit me l'expliquer...* ». (AD 12)

c. La référence « fonctionnelle »

D'autres médecins vont parfois utiliser le terme « fonctionnel » ou poser un diagnostic « fonctionnel » orienté, comme « *Troubles Fonctionnels Intestinaux* » (vidéo MC 26) ou « *céphalée de tension* » (vidéo RV 11).

« Ça m'arrive de le dire... « Vous avez un syndrome du côlon irritable »...on peut utiliser le terme fonctionnel même si c'est vague » » (MVD 05), «...Poser un diagnostic avec un nom dessus ». (PC 14)

d. Reconnaître qu'on ne sait pas

Pour certains médecins, apporter une réponse/explication rationnelle/scientifique n'est pas forcément indispensable et utile dans la prise en charge des SBI, d'autant plus qu'ils n'ont souvent pas d'explications « scientifiques » aux symptômes.

« C'est souvent qu'on a pas d'explication » (MC 26)

«...On leur donne pas de diagnostics mais on leur donne un soutien en leur disant « je vais vous accompagner avec ce symptôme ». (AD 12)

« Ça m'arrive de dire je ne sais pas ». (MC 26)

e. Evoquer une souffrance psychique

« ...Si rien, je leur dis « c'est parce que vous allez pas bien... » ». (CAR 01)

Un autre médecin va plutôt adopter un discours **persuasif** et **directif** vis à vis du patient pour lui faire comprendre l'existence d'un lien psychosomatique : « J'essaie d'enfoncer un peu les portes et d'expliquer aux gens que si leur esprit marche pas, leurs corps marchera jamais... ». (VP 03/04)

ii. Les obstacles à la prise en charge des SBI

Les médecins interviewés affirment tous, lors des entretiens, s'intéresser et rechercher le vécu du patient en consultation. Pourtant, certains ne semblent pas adopter cette attitude, même lorsqu'elle semblerait adaptée lors de l'analyse des vidéos de consultations. Suite aux entretiens, en leur posant des questions spécifiques à chacun sur leur consultation passée, ils ont fourni diverses explications à cette attitude.

a. Réticences

La crainte d'envoyer un message

« Trop vouloir rechercher ce qui se passe autour en environnement, situation stressante, choc émotionnel, angoisse...j'ai peur de leur envoyer le message « j pense que c'est rien, j pense que c'est psy... » ». (AD 12)

Le sentiment d'être dépassé

Quand le vécu du patient représente une part trop importante du contexte entourant le symptôme, le médecin ne sait pas comment l'adresser ou est réticent à l'idée de travailler dessus. Il délègue alors à un professionnel de santé spécialisé.

« Si je sens qu'il y a derrière un vécu riche et traumatique...et que moi j'aurai ni le temps ni l'expérience ou la formation suffisante pour gérer ça bien...je vais passer la main ». (AD12)

Peur de se décrédibiliser

Certains médecins ont identifié les mécanismes psychiques profonds qui peuvent expliquer le symptôme du patient mais pour une question d'a priori et d'interprétation personnelle, ils vont juger utile de ne pas le verbaliser au patient, de ne pas lui faire partager cette réflexion.

« Ici ce n'était pas approprié et attention parfois les patients trouvent ça farfelu comme explication, ne sont pas prêts à entendre... ». (AS 13)

Peur de décrédibiliser sa plainte

Le médecin peut craindre que le patient ne se sente pas pris au sérieux dans son symptôme. «...On va se retrouver à négocier des choses...et lui il va dire « oui mais vous me croyez pas » ». (MC 26)

Se focaliser sur un diagnostic de gravité

Plusieurs médecins, lors des entretiens, affirment avoir pour objectif/priorité d'éliminer l'urgence/la gravité en consultation.

« Eliminer d'abord les choses graves... » (MVD 05)

« J'ai éliminé tout ce qui pouvait être grave... » (FB 27)

« Eliminer une cause somatique ça peut pas être fait sur un entretien ou un examen clinique donc en fait...je vais surtout me concentrer sur le somatique...c'est avec la prise de sang que je vais pouvoir éliminer quelque chose...pour moi c'est d'abord les choses simples ou importantes avant de penser à un trouble somatique ». (PC 14)

Parfois, avec excès :

« J'avais quand même éliminé une méningite...bon j'suis allé jusque-là quoi ». (MVD 05)

« ...J'étais centré sur le même à savoir si j'avais bien tout éliminé... », « Je m'aperçois que c'est un peu risqué de la laisser partir sans un ECG...peut-être qu'après un passage aux urgences et un ECG et une radio normale on aurait pu conclure à une douleur musculaire... ». (VP 03/04)

Peur de rater un diagnostic

Dans la vidéo MVD 05, dans laquelle le patient présente une céphalée, malgré un contexte rapidement recherché et évoqué en consultation, le médecin semble n'être focalisé que sur l'hypothèse « organique ».

« On élimine les causes graves, il faut pas se laisser embarquer par les patients qui veulent être rassurés aussi, qui vont vous donner des hypothèses rassurantes...comme « ah c'est le stress j'ai mal à la tête » alors que ça peut être une méningite ou autre chose ». (MVD 05)

C'est également ce qu'affirme le médecin de la vidéo PC 14.

« Je vais pas tellement sur les symptômes inexpliqués, je décide de lui faire un bilan dans le cadre de sa fatigue inexpliquée...surtout ma priorité c'est de répondre à « est ce qu'il y a quelque chose de grave...bon je me dis elle est épuisée, je me dis y a très probablement pas grand-chose mais sait-on jamais ». (PC 14)

« ...Plus par peur de méconnaître quelque chose d'organique vu les symptômes mais j'y crois pas trop » (MC 26).

« Ne pas trop rassurer la patiente parce que je voulais éliminer l'IDM aussi ». (AS 13)

b. Le médecin perdu

Il semble difficile de décrypter le symptôme « fonctionnel » pour certains médecins.

« Difficile de faire le tri...arriver à cibler vraiment l'origine de la douleur... ». (FB 27)

La surexpression verbale, l'amplification verbale du symptôme par le patient peut rendre le jugement du médecin non objectif par rapport à la potentielle gravité du symptôme.

« Il y a une expression verbale des symptômes qui est des fois très amplifiée en fonction des origines et qui du coup peut aussi complètement parasiter la réflexion...on n'arrive pas à trouver pourquoi ils sont venus... ». (FB 27)

Parfois, le médecin n'arrive pas à identifier le vrai motif de consultation, la réelle demande du patient et se perd tout seul.

« Je comprenais pas, j'arrivais pas à savoir réellement ce qui lui posait un problème, donc j'essayais de revenir dessus en me disant « elle va me le réexpliquer autrement... ». (FB 27)

« ...Je comprends pas pourquoi il revient en fait...je sais pas trop quoi lui faire au gamin...euh j'ai pas trop de piste ». (VP 03/04)

c. Le temps et l'argent

Le manque de valorisation financière de ces consultations est perçu comme un problème.

« La revalorisation de ce type de consultation serait pas mal, y a pleins de gens qui n'ont pas les moyens d'aller chez le psychologue ». (CAR 01)

« ...Il faut reconnaître l'acte où il y a zéro technique et où il y a juste du relationnel ». (CA 19)

« ...Qui dit temps dit rémunération différente ». (VP 03/04)

Un obstacle majeur, souvent évoqué pour la grande majorité des médecins interrogés, n'est ni plus ni moins que le temps de la consultation. C'est un frein non négligeable, selon eux, à la prise en charge des SBI, quand on sait que médecins et patients en ont crucialement besoin. Dans les autocritiques réalisées par les médecins dans leurs entretiens, le manque de temps est ainsi clairement évoqué comme impact négatif dans la prise en charge des patients.

« Des patients qui sont...chronophages [...] Plus de temps... [...] Le facteur temps a joué... [...] Il aurait fallu 30 mn... ». (AD 12)

« Quand j'ai le temps d'expliquer... ». (MVD 05)

« On a clairement une contrainte de temps... [...] Si j'en ai qui sont comme ça...je vais stopper la consultation car je vais prendre trop de retard... ». (PC 14)

d. Le manque de formation

« ...Le médecin généraliste soit plus formé sur l'interrogatoire, la prise en charge du symptôme, sur ne pas s'obséder au diagnostic mais plus à la prise en charge du symptôme...qu'on soit meilleur en médecine de ville... ». (VP 03/04)

e. Le risque du contre transfert

Le vécu personnel du médecin, c'est à dire un « contre-transfert » dans la relation qui serait inadapté pour le médecin serait également un obstacle à une prise en charge optimale.

« Que le contre-transfert ne soit pas trop fort » (AS 13)

« On va avoir la même corde qui va raisonner et donc y a un danger aussi pour le thérapeute... ». (PG 10)

f. Le médecin sur ses « rails »

Certains médecins, après l'entretien, ont fait la remarque qu'ils étaient passés à côté d'informations parce qu'ils avaient une idée diagnostique figée en tête et qu'ils ont moins laissé la place à la discussion.

« ...J'ai trop parlé, j'ai pas laissé...elle aurait à un moment donné l'explication de son symptôme, c'est passé totalement à la trappe de mon côté, j'étais sur mes rails [...] pour la patiente j'étais dans mon truc de SMI, j'ai expliqué, j'ai même coupé la parole... [...] Tu t'es mis dans la locomotive et puis ben tu n'en ressors plus... » (AD 12)
« ...J'suis partie simplement dans l'idée qu'elle avait mal au dos, j'suis partie là-dessus et pas du tout sur le reste en fait ». (FB 27)

g. Les « ratages » du médecin

Dans la vidéo PC 14, malgré l'asthénie dont se plaint la patiente (parmi d'autres symptômes), le médecin n'explore pas l'origine de cette fatigue, ni le vécu de la patiente. Il reste concentré sur une probable cause organique à éliminer.

Cependant, lors de l'entretien, il n'est pas convaincu que le bilan biologique apporte quelque chose et admet qu'il aurait pu lui poser la question de son contexte de vie passé/présent.

«...Qu'elle me parle d'un problème spontanément mais peut être que en effet j'aurais pu lui demander « est ce qu'il y a quelque chose qui va pas »...c'est ce que j'ai raté il me semble ». (PC 14)

Ce médecin n'avait également pas relevé un paradoxe dans sa consultation.

« Si elle parle de son pied à la fin en disant que c'était le plus important, ça veut dire qu'elle n'est peut-être pas si fatiguée que ça... », « C'est vrai que parler de sa cheville à la fin en disant que c'était le plus important c'est un peu paradoxal », « ...pourquoi est-ce qu'elle m'en parle au dernier moment ». (PC 14)

h. Le désir de répondre à tout

Les patients qui viennent avec des plaintes multiples semblent difficiles à gérer pour certains médecins. En effet, ils se laissent « emmener » par le patient en essayant de répondre à toutes les demandes, superficiellement.

Cela semble être le cas pour le médecin FB 27, qui n'a pas cadré sa consultation, comme on peut le constater dans la retranscription de la vidéo de consultation. Le médecin semble perdu et ne pas comprendre la plainte de sa patiente.

« J'me rends compte que c'est parti un peu dans tous les sens...il aurait fallu cadrer beaucoup plus l'entretien pour éviter justement que la dame dérive...qu'on dérive aussi avec elle et puis se perdre dans la consultation... ». (FB 27)

i. Se couvrir

« ...Quand ça relève plus de mes compétences, je propose...je laisse la patiente choisir...c'est aussi une couverture...elle pourra pas dire que je ne lui ai pas proposé ». (MC 26)

j. Un rejet du patient

« *Ils sont un peu chiant* » (CAR 01), « *c'est toujours les mêmes* » (VP 03/04).

Un des médecins envoie ses patients chez le psychiatre quand il pense à un symptôme fonctionnel : « *...J'ai envoyé pleins de gens chez le psychiatre...* ».

iii. Incohérence entre les représentations théoriques et la façon de faire

a. Des idées préconçues sur certains patients

Le médecin de la vidéo FB 27 déclare bien connaître sa patiente et ne pense pas que son symptôme soit d'origine « fonctionnel ».

« *Cette patiente-là n'est pas une patiente qui va se plaindre sans fondement...j pense pas qu'elle soit fonctionnelle* ». (FB 27)

b. Se refuser à donner une explication autre qu'organique

Lors de l'entretien du médecin MVD 05, il est intéressant de noter que celui-ci classe le patient en « *surmené avec un virus* » : il pense donc que son symptôme (dans ce cas une céphalée) a une autre cause complémentaire à celle « virale ». Pourtant, lors de la consultation, celui-ci conclue à une cause organique virale.

« *Il faisait fatigué, il avait l'air dépressif...il avait quand même presque un petit peu de fièvre... [...] C'est une bonne explication parfois !...* ». (MVD 05)

Il déclare également qu'un symptôme est souvent d'origine « multifactorielle ». Pourtant, dans cette consultation, il n'émet qu'une cause somatique (virale) à la plainte du patient.

iv. Les facteurs de réussite à la prise en charge des SBI

D'après la vidéo du médecin RV 25 analysée précédemment et l'entretien avec ce dernier, il semble que ce médecin soit à l'aise avec les patients souffrant de SBI. Il ne semble pas effrayé et paraît confiant dans sa manière de prendre en charge les SBI. Il apprécie la part « fonctionnelle » qui existe en médecine générale.

« *Le symptôme fonctionnel est plus passionnant que le symptôme organique [...] C'est ça qui fait la richesse de la médecine générale parce qu'on est le spécialiste du patient et de la globalité dans lequel il est avec son histoire* ». (RV 25)

Certains médecins expliquent mettre en place une vigilance accrue avec les patients SBI, dès le recueil d'informations lors de la consultation.

« *...Recueillir des informations au moyen de toute ma capacité perceptive...* ». (PG 10)
« *...Déjà dans ce discours je me dis il y a quelque chose d'irrationnel et là ça éveille ma vigilance* ». (CA 19)

La plupart des médecins mettent en avant l'importance d'une écoute active auprès de ces patients, pour pouvoir les laisser s'exprimer et les aider à s'exprimer du mieux possible.

« Laisser parler, silence, reformuler, relancer, obtenir un max de choses du patient, il faut que tout sorte même si ce n'est pas prévu, poser des questions ouvertes, s'intéresser...avancer dans les hypothèses ensembles ». (AS 13)

« ...De reformuler pour bien que ce soit précis... » (FB 27)

« J'laisse plus de temps souvent pour exprimer leur plainte, au début j'essaye de moins prendre la main sur la consultation et de les couper dans ce qu'il me raconte... », «...C'est lui avec ses symptômes qui doit me l'expliquer... ». (AD 12)

« L'écouter pour comprendre quel est son ressenti du symptôme en question... ». (RV 25)

« Il faut les écouter quand même, même si pour nous ça ne ressemble à rien ». (CAR01)

« Ecouter le patient quoi qu'il arrive même si on estime que le symptôme ne sert à rien ». (FB 27)

Certains médecins ne se contentent pas qu'écouter mais notent également ce que « raconte » le patient pour pouvoir retenir l'ensemble de l'information et mieux cibler les éléments pertinents du discours.

« Le plan d'action c'est le verbatim, j'écoute, je note à la main, textuellement et je pointe », « Dans le verbatim, en notant tout, de temps en temps il y a des choses qui vont accrocher et on va renvoyer le patient en disant « c'est bien comme ça, vous le ressentez comme ça ? » ». (RV 25)

Plusieurs médecins interrogés pensent également que la psychothérapie est un moyen de prendre en charge ces patients, qui ont besoin de parler.

« Là je passerais à des consultations de psychothérapie ». (MVD 05)

« Formations dans ce qui est de la psychothérapie de soutien...encadrement par la parole parce que c'est principalement ça la thérapeutique de ces patients...on peut pas les envoyer chez le psy ». (AD 12)

Les patients qui expriment beaucoup verbalement et non verbalement leur vécu et leurs émotions semblent être un atout et une chance pour eux-mêmes et pour les médecins qui les prennent en charge.

« Quand le patient exprime beaucoup, on peut prendre ça pour une chance, je le laisse exprimer et je vais décoder, plus le langage est riche plus ça va me servir ». (RV 25)

Il semble important de croire le patient.

« Croire le patient, c'est vrai qu'ils l'ont ressentis ». (AS 13)

« ...Le symptôme existe, c'est un vrai symptôme, une vraie souffrance... ». (CA 19)

Il faudrait également légitimer la plainte du patient, le « croire » en exprimant son approbation.

Cette expression de la légitimité de la plainte s'associe souvent à l'expression de l'empathie par médecin.

« Si je tiens compte du ressenti du patient, j'vais lui dire « ben dit donc ça fait beaucoup, la douleur est toujours présente, vous avez raison d'en avoir marre » ». (RV 25)

« C'est pas parce que c'est un symptôme fonctionnel qui ne se passe rien non plus...y a une demande et je pense qu'il faut y répondre... », « ...La reconnaissance de leurs symptômes, préciser que c'est bien là, que ça leur gêne dans la vie de tous les jours », « ...Symptôme...qui est présent, qui les gêne... ». (AD 12)

Reconnaître les émotions du patient et lui donner le droit de les exprimer semble important.

« Et une fois qu'on a compris les émotions du patient on lui dit « ouf »...on lâche, ça fait beaucoup... ». (RV 25)

Certains médecins parlent également d'accompagner le patient avec son symptôme.

« Le problème il est dans l'accompagnement... ». (RV 25)

« Accompagner... ». (AS 13)

Faire confiance aux ressources du patient semble être un élément important pour un médecin interrogé. Le patient dispose de ressources personnelles qui peuvent l'aider dans la prise en charge de son symptôme, ressources que le médecin aide à faire jaillir à travers l'écoute active.

« ...Qu'il puisse lui-même trouver ses ressources qui lui sont propres... ». (RV 25)

Chercher ensemble.

« Je leur explique...que je suis face à ça et que c'est pas parce que j'arrive pas à mettre de nom dessus qu'on va pas les aider, qu'on va pas faire quelque chose [...]...On va chercher, on va se donner du temps ». (AD 12)

Savoir dire « je ne sais pas ».

« Savoir dire « je ne sais pas mais je reste... ». (AS 13)

S'intéresser au vécu et au contexte de vie du patient et faire le lien avec leur symptôme semble important.

« Je précise que c'est quelque chose qui s'est passé dans leur environnement qui probablement est à la source du symptôme et où on va chercher...ils disent ça m'a fait réfléchir... [...] Je cherche à comprendre ce qu'il se passe dans leur famille, dans leur travail... ». (AD 12)

« Je m'intéresse toujours de savoir aussi comment vont les autres parce que ça fait partie aussi dès fois de ce qu'il peut se passer et ça a aussi un côté rassurant pour eux... ». (FB 27)

« C'est son vécu, ça lui a permis d'exprimer d'autant mieux... [...] C'est pas que je les recherche c'est que je les connais...on va interroger le patient mais souvent l'interrogatoire est là pour préciser parce que le patient il se livre dans un jeu théâtral [...] J'étais dans l'écoute du vécu de la patiente... » (RV 25)

« J'pose souvent la question des violences et j'ai souvent une réponse positive ». (MVD 05)

Evaluer le retentissement du symptôme sur tous les aspects de la vie du patient.

« Le lien avec le travail...c'est juste pour en évaluer le retentissement... ». (AD 12)

Certains médecins expriment la nécessité de consacrer le temps nécessaire pendant et après la consultation.

«J'ai investi, consacré malgré la prise de temps et le retard que j'avais...les patients qui attendaient, je leur dis souvent « si un jour vous avez un problème c'est les autres qui attendront » [...] L'expression du patient guide la temporalité... [...] Ca faisait des mois qu'elle avait des problèmes au travail...qu'elle avait mal au dos, donc oui j'étais dans la temporalité... ». (RV 25)

Envisager l'avenir chez son patient.

« On sait ce qui s'est passé avant, maintenant et on imagine ce qui va se passer après ». (RV 25)

«Des patients qu'il faut revoir fréquemment... ». (AD 12)

Revoir le patient fait intervenir la réflexion sur ce qui s'est passé avant, lors de la précédente consultation. Cela permet de réactiver le passé et la mémoire, et ainsi d'apporter un regard nouveau sur la présente consultation.

« ... La revoir et approfondir les symptômes gynéco ». (AD 12)

« A chaque fois qu'on revoit un patient, il y a quelque chose qui se réactive et qui fait référence à avant et qui continue à fonctionner ». (PG 10)

L'examen clinique ne doit pas être négligé parce qu'il permet de ne *« pas passer à côté de quelque chose d'organique »* et qu'il *« rassure le patient et le médecin aussi ».* (CA 19)
Il doit être *« expliqué au patient étape après étape ».* (CA 19)

Concernant les examens complémentaires, ils ne peuvent pas être totalement occultés dans la prise en charge des SBI mais il semble important selon certains médecins de savoir se limiter dans les examens/avis spécialisés et de savoir juger de la pertinence de ceux-ci pour le patient.

« Arriver à leur faire prendre conscience de l'inutilité de la multiplication des examens... ». (MVD 05)

« C'était limiter les examens... », « Si je sens que tel examen, tel truc, ça a cristallisé un peu toute leurs angoisses...j'avais peut-être le faire... ». (AD 12)

« C'est essayer de pas surmédicaliser quelque chose qui doit pas être médicalisé... ». (FB 27)

Reconnaître les limites de la science et de la médecine.

« Je dis que la médecine a ses limites...on sait pas tout, on sait juste dire qu'on est pas dans une maladie curable, organique ». (MVD 05)

Les médecins ne sont pas tous d'accord quant à l'utilisation d'explications physiopathologiques et ils vont exprimer leur absence de savoir sur le sujet.

« Ne donner pas de physiopathologie bizarre, savoir dire qu'on sait pas... ». (AD 12)

« ...J'avais dire « je sais pas ce que vous avez » ». (FB 27)

« Savoir dire « je ne sais pas mais je reste... ». (AS 13)

Beaucoup de médecins mettent le patient sur la voie du lien « psychosomatique » et amènent doucement le patient à la prise de conscience d'une part psychogène dans leurs symptômes.

« Lui faire prendre conscience qu'elle allait pas bien sur le plan psycho, je voulais qu'elle le verbalise... ». (CAR 01)

« Je me base sur le contexte, j'essaie d'éviter de dire que pour moi c'est ça qui est à l'origine, j'essaie d'amener le patient à le dire lui-même... ». (AD 12)

« C'est leur corps qui parle, quand j'arrive à leur faire dire ça c'est déjà gagné dans la consultation... ». (MVD 05)

« ...Aider le patient à essayer d'entendre que c'est le corps qui parle et qui dit autre chose qu'une souffrance organique ». (CA 19)

La prise de conscience du patient de l'origine de son symptôme lui permettrait de se détacher de celui-ci.

« A partir du moment où on a identifié pourquoi le symptôme est là, les gens peuvent lâcher leur symptôme... ». (PG 10)

5. Les limites du médecin

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence certaines limites propres aux médecins dans la prise en charge de ces SBI. Elles sont bien évidemment également des obstacles à leur prise en charge.

Quand le patient revient toujours pour la même plainte, cela semble mettre le médecin en difficulté.

« Y a des gens qui vont revenir en consultation régulièrement uniquement pour ce genre de plainte, donc là ça va pas être évident à gérer... ». (MV 26)

Il semble difficile, pour les médecins, de trouver la cause exacte à ces SBI en pratique courante.

« C'est difficile parfois de dire ce qui est responsable de ça vraiment » (MVD 05)

« ... Dont les causes de ces troubles sont difficiles à cerner ». (PC 14)

Mais il est aussi difficile de trouver la cause profonde du symptôme, l'origine inconsciente de celui-ci : qu'est-ce qui, dans le psychique du patient, bloque et entraîne une expression somatique d'une souffrance psychique ?

« Il faut trouver le motif caché... ». (MVD 05)

«...L'arbre qui cache un peu la forêt... ». (CAR 01)

Les médecins, se sentent parfois obligés de surenchérir dans leurs affirmations à cause de l'incertitude diagnostique.

« On sait très bien qu'on est pas sûr à 100%, y a toujours une part de bluff ». (MVD 05)

Ne pas passer à côté de l'urgence, de l'organique tout en rassurant le patient, cela semble difficile à gérer pour certains médecins dans la prise en charge des SBI.

« Essayer de ne pas passer à côté de quelque chose de grave et ne pas nourrir les inquiétudes et les angoisses du patient...je sais pas comment faire, c'est pas évident ». (MC 26)

6. Facteurs positifs/négatifs de satisfaction des médecins

Certains médecins considèrent qu'il est difficile d'évaluer la satisfaction dans la prise en charge de ces symptômes.

« ...La satisfaction elle est difficile à mesurer... ». (PC 14)

D'autres pensent que la satisfaction n'est pas atteinte facilement dans ces consultations.

« ...Consultations compliquées où on n'est pas forcément très à l'aise ». (AD 12)

Parmi les facteurs positifs de satisfaction de la prise en charge de ces SBI par les médecins, il a été évoqué :

- Le sentiment d'autosatisfaction d'avoir pu écouter convenablement le patient : *« J'ai été à l'écoute, dans une condition d'écoute maximum...ce qui devait être fait l'a été... ». (MVD 05)*
- L'absence de conflit avec le patient et l'élimination de la gravité possible du symptôme : *« à partir du moment où il n'y pas de conflit avec le patient et où je crois avoir recherché...l'urgence oui je suis satisfais... ». (PC 14)*
- L'adhérence du patient aux propositions thérapeutiques du médecin : *« J'ai réussi à ce qu'elle aille aux urgences cardio... ». (AS 13)*
- L'acceptation du patient de l'absence de causes organiques et celle de la présence d'une cause reliée à son psychique :
 - « Si lui, il est d'accord pour dire qu'il n'y a pas forcément quelque chose d'organique, qu'il peut y avoir d'autres causes bon ben ça va aller... », (MC 26)*
 - « Lui faire prendre conscience qu'elle savait qu'elle allait pas bien...je voulais qu'elle le verbalise...j pense que j'ai réussi à lui faire entendre pas mal de chose ». (CAR 01)*
 - « ...J'ai aidé à cette prise de conscience mais il aura fallu du temps ». (CA 19)*

Concernant les facteurs d'insatisfaction, les médecins ont cité :

- Le manque de temps : *« Il aurait fallu 30 mn... ». (AD 12)*
- Le manque d'écoute : *« Je l'aurais laissé parler sur cette reprise qu'elle a faite... ». (AD 12)*
- L'absence de suivi et d'approfondissement des autres plaintes en consultation : *« La revoir et approfondir les symptômes gynéco ». (AD 12)*
- Le sentiment de perte de compétence face à l'absence d'explication : *«...De dire « je sais pas ce qui se passe mais on va chercher », on sent que d'un point de vue « médecin » on perd en compétence... ». (AD 12)*
- L'impossibilité de répondre à la demande du patient et le conflit potentiel : *«...Et lui il va dire « oui mais vous me croyez pas » », «...ça donne des consultations plus conflictuelles parce que il y a une demande à laquelle on va pas pouvoir répondre ». (MC 26)*
- Le fait de donner trop de détails à l'explication scientifique du symptôme par des éléments anatomopathologiques : *« ...J'me suis dit « il va somatiser dessus » ». (CA 19)*
- Un examen clinique « expédié » et un manque d'examens complémentaires : *« ...J'me suis pas occupée d'elle correctement...après un passage aux urgences, un ECG, une radio normale...on aurait fait les choses correctement ». (VP 03/04)*

7. Le recours à la rationalité dans la prise en charge des SBI

D'après certains médecins interrogés, il semblerait que le patient n'attende pas forcément d'explications rationnelles/scientifiques pour pouvoir être convaincu et faire confiance au médecin.

« Il faut être conscient que c'est pas forcément la réponse que le patient attend ». (AD 12)

« Non, rationnelle et scientifique non... ». (FB 27)

Ce type de discours pourrait également générer de l'inquiétude chez les patients.

« ça peut aussi à l'inverse les angoisser plus, parce qu'ils se posent plus de questions... ». (FB 27)

Pour d'autres, il semble que la part scientifique soit importante (pour tout ou partie des patients, selon le médecin) :

«...La rationalité, c'est 50% de ce que nous demande nos patients...rationaliser permet de diminuer l'angoisse... » (AS 13),

« Certains sont demandeurs d'explications et en ont besoin » (FB 27),

« ...ça dépend lesquels...la réponse scientifique dépend de l'intérêt pour la science et de la compréhension de que ça veut dire » (PG 10),

«...Je sens qu'il a besoin d'explications rationnelles vu son travail... ». (CA 19)

Cette rationalité permettrait de gagner la confiance du patient :

«...Comme je sens qu'il a du mal à m'accorder sa confiance...il faut que je lui explique tout pour lui prouver que organiquement y a pas de soucis... ». (CA 19)

La rationalité passe avant tout par le fait *« d'éliminer les causes organiques et d'expliquer au patient qu'on les a éliminées »*. (CA 19)

Il est intéressant néanmoins d'évoquer une vision / définition différente de la « rationalité » d'un des médecins interrogés.

Selon lui en effet, les patients ont *« toujours besoin d'une explication « rationnelle scientifique » pour que ce soit thérapeutique »* mais *« dans le cas des SBI, [...] on n'est pas dans du « rationnel scientifique » »*; *« de dire qu'il y a un lien entre le corps et l'esprit c'est du rationnel »*. (CA 19)
On est donc dans du « rationnel non biomédical ».

Certains patients se contentent d'un *« c'est comme ça »* de la part du médecin et vont prendre pour acquis *« cette explication »*. (FB 27)

D'autres patients ne semblent pas pouvoir comprendre les éléments scientifiques donnés : *« ...La plupart des gens ne sont pas en mesure de juger du côté scientifique »*. (FB 27)

Certains médecins semblent penser que le patient a besoin d'une explication dans tous les cas mais adaptée au patient et à son niveau de compréhension.

« Faut avoir une explication adaptée au patient... » (FB 27)

« ...ça m'arrive avec des gens qui sont capables de comprendre... ». (PG 10)

Certains médecins insistent plus sur « *un examen clinique complet et carré* » pour rassurer le patient et ne donnent pas ou n'essaient pas de trouver d'explications « physiopathologiques ».

« *C'est bancale...c'est trop complexe pour moi, ça sollicite trop d'imagination, de temps* ». (AD 12)

D'autres médecins vont donner des explications « physiopathologiques » tiré de leur imagination sans forcément y croire...

« *J'suis pas sûre d'y croire, j'pense que j'essayais simplement d'essayer de lui expliquer que ce n'était pas si grave que...même si ce n'était pas scientifique* ». (FB 27)

...ou encore une explication tirée d'une expérience personnelle du médecin.

« *...Ma propre expérience personnelle que ce soit avec un autre patient ou moi dans ma vie de tous les jours...* ». (FB 27)

D'autres médecins vont essayer de faire passer un message via des éléments scientifiques sans « inventer/imaginer » d'explications « physiologiques ou physiopathologiques » et vont rester « scientifiques » avant tout.

« *Quand on a une idée oui, quand ils sont tendus, qu'ils ont des contractures ou des «Troubles Fonctionnels Intestinaux* », j'leur explique oui ». (MC 26)

« *Je leur dis que je ne les connais pas, je suis pas capable de les expliquer...* ». (PC 14)

« *Dès que je peux...j'explique ce qu'il se passe dans leur corps et je donne des conseils en expliquant la physiopath [...] Pour donner des explications sur ce qui se passait avant, pour que la patiente comprenne l'intérêt des électrochocs sur son mari* ». (AS 13)

« *J'essaie avec les données de la science qui sont un peu floues...j'essaie de rester scientifique, de pas inventer [...] ...Faut pas tomber dans le 100% psychologique...J'dis qu'il y a une interaction entre le cerveau et le reste du corps...* ». (MVD 05)

D'autres encore vont dire que ces explications « physiopathologiques » sont inutiles pour le patient.

« *Leur expliquer les mécanismes physiopath à mon avis ça ne sert à rien...* ». (PG 10)

Mais la plupart du temps, ils ne vont pas avoir d'explication et vont dire qu'ils ne savent pas à leur patient.

« *C'est souvent qu'on n'a pas d'explication, que ce soit les symptômes fonctionnels ou quand ils ont quelque chose d'organique, ça m'arrive de dire que je ne sais pas* ». (MC 26)

« *Je dis que la médecine a ses limites, qu'on a beau être en 2017, on sait pas tout, on sait juste dire qu'on est pas dans une maladie curable, organique* ». (MVD 05)

Au final, si on analyse toutes ces différentes façons de faire, que ce soit dans les explications données, dans la tâche plus ou moins insistante à éliminer une organicité ou dans l'intérêt montré pour le patient et son entourage, les médecins semblent tendre vers le même but : **rassurer le patient** avant tout.

« *Le rassurer...* » (MVD 05),

« *J'essayais quelque part de la rassurer là-dessus...* » (FB 27),

« *...Si je suis persuadée qu'il n'y a rien, mon rôle de médecin c'est de rassurer...* ». (CA 19)

8. Indicateurs de satisfaction du patient

Au travers des entretiens, plusieurs médecins ont fourni des indicateurs convergents de satisfaction des patients SBI :

- La prise de conscience du patient de ses souffrances améliorerait son état de santé global et diminuerait son besoin de recours au soin « *...Il y a pas mal de gens en fait, quand on leur fait comprendre ce qui va pas bien dans leur vie, souvent ils reviennent pas consulter...de tout lâcher, de pleurer...ça va mieux* ». (CAR 01)
« *Elle va mieux...elle reconnaît l'origine fonctionnelle/psychique de ses symptômes* ». (AS 13)
- La compréhension et l'empathie par le médecin de la souffrance et du vécu et la mise en valeur de l'expression verbale/non verbale des émotions du patient
« *Le visage...le patient il se sent compris, comme une chute, surpression qui dégonfle* »,
« *Le patient dit « ça fait du bien de le dire...ben j'me suis pas plaint pour rien* ». (RV 25)
- La compréhension par le médecin de l'origine du symptôme
« *...On a identifié pourquoi le symptôme est là, les gens peuvent lâcher leur symptôme, eux-mêmes arrivent à s'en rendre compte* ». (PG 10)

IV. Discussion

A la fin de cette partie « Discussion », nous proposerons une synthèse personnalisée des résultats qui reprend l'idée de consultation idéale. Nous avons préféré l'inclure à la fin de cette partie car elle nous paraît devoir se placer après la discussion des résultats qui explique cette synthèse.

A. A propos du cadre méthodologique de l'étude

1. La sélection de vidéos SBI

Nous avons rencontré des difficultés concernant le choix des vidéos à étudier dans le cadre de cette thèse.

En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, les vidéos traitant de « symptômes fonctionnels » n'étaient pas en nombres suffisants, d'après l'indexation réalisée. Contrairement à nos attentes : seules 4 vidéos sur 13 étaient étiquetées « troubles fonctionnels » par les médecins.

Nous avons donc dû choisir des vidéos qui s'y rapprochaient fortement, comme énoncé précédemment. Nous pouvons discuter de cette démarche, dans le sens où une seule consultation peut souvent ne pas suffire à identifier un SBI, d'où la nécessité de revoir le patient, ou de passer par une prescription d'examen complémentaires. Dans les deux cas, il s'agira d'éliminer toute cause organique.

Cependant, il s'agissait bien ici de SBI. En effet, pour les 9 vidéos choisies étiquetées « somatique » et « psychologique » ou « somatique » (seul), le symptôme **n'était pas expliqué biomédicalement par le médecin**. Deux cas de figures se présentaient en sortie de consultation :

- Prescription d'examen complémentaires,
- Réassurance du patient, tout en essayant d'apporter une explication « rationnelle ».

De plus, lors de l'interview des médecins concernés, avec prise de recul, ces derniers ont reconnu qu'ils pouvaient être face à un symptôme fonctionnel :

«...En effet j'aurai pu lui demander « est ce qu'il y a quelque chose qui ne va pas », c'est ce que j'ai raté il me semble » (PC 14),

« ...Elle avait pleins de symptômes...ça pouvait être des symptômes liés à l'angoisse, au stress » (CAR 01),

« Tous les arguments allaient côté psychosomatique » (AS 13),

Ou bien, à l'impact du vécu sur le symptôme organique :

« C'est son vécu du symptôme organique qui en fait sa fonctionnalité ». (RV 25)

D'autres cas de figures différents se sont néanmoins présentés et il est intéressant de les aborder.

Un des médecins interviewés a déclaré être certain de ne pas avoir été en présence de SBI (pas de critères orientant la consultation vers du SBI), en étant persuadé d'être « passé à côté du diagnostic » du symptôme, qui, pour lui, avait une réelle explication organique (FB 27, vidéo classée en

« somatique » par le médecin). Une non reconnaissance du SBI ? Nous discuterons de ce cas plus en aval dans cette thèse.

Un autre médecin a classé sa vidéo en « somatique » alors qu'aucun argument n'a été trouvé permettant cette catégorisation. Il a admis, lors de l'entretien, que la consultation aurait pu être classée dans la catégorie « trouble fonctionnel » pour un patient sur les deux : « *Ouais peut-être le gamin mais la maman j'la survole tellement que c'est impossible de la classer* ». (VP 03/04)

Un autre médecin a classé sa vidéo en « somatique » alors que lors de la consultation, il fait explicitement le lien entre le contexte et le symptôme : « *le mal de tête que vous avez il est dans un contexte où c'est l'hiver, c'est p'têtre plus les choses de pensées, de préoccupation...les courses à faire* » (RV 11).

Un des médecins n'a pas reconnu sa consultation comme « trouble fonctionnel » alors que, paradoxalement, il avait écrit lors du recueil des caractéristiques de la consultation (Thèse de V.Guerand) : « Comptable stressé ». Et il a qualifié le patient, lors de l'entretien, de « *surmené avec un virus* ».

On est donc bien là dans le domaine du SBI, d'autant qu'aucune cause organique ne semble avoir été retrouvée lors du suivi de ces patients par les médecins.

Ces derniers entretiens mettent ainsi en perspective :

- Le manque d'une approche universelle convergente de la définition des troubles fonctionnels, parmi le corps médical.
- Le refus d'une place accordée au SBI dans leur consultation.

Plus globalement, pour ces vidéos, il est également intéressant de revenir, comme expliqué précédemment, sur le classement en « somatique » et « psychologique » de certaines consultations. Cette méthodologie de catégorisation semble permettre de « séparées » ces deux catégories. Serait-il inconvenant ou inopportun de penser qu'un symptôme « somatique » associé à un contexte « psychologique » puisse avoir un lien convergent ? Si le lien apparaît clairement en consultation, ne pouvons-nous pas dire qu'il s'agit d'un « trouble fonctionnel », ou peut-être d'un « trouble à symptomatologie fonctionnelle » si l'on prend en considération la définition du DSM V ?

2. Le cadre de l'entretien

Les résultats de l'étude nous ont permis de mettre en évidence une différence dans la qualité des échanges lors des entretiens. Le cadre de réalisation de l'entretien peut être un facteur influençant, comme développé ci-après. Il est ici vu comme un élément indirect influençant les réponses du médecin : le type d'entretien et sa durée ; l'appétence au SBI par le médecin et enfin le lieu de l'entretien.

i. Type et durée d'entretien

Comme énoncé précédemment, les échanges étaient plus approfondis et plus long au domicile et au cabinet que par téléphone, à une exception près.

On pouvait alors craindre une perte d'information lors des entretiens téléphoniques. Il n'en est finalement rien, les médecins ayant fourni pour la plupart des éléments très structurants pour les résultats de cette thèse (entretien AS 13, PC 14 et VP 03/04). De plus, une étude sur « les méthodes qualitatives en psychologie et science humaine de la santé » viendrait appuyer cette constatation (49) (Page 43). En effet, l'entretien réalisé par téléphone ne nuit pas à la qualité des échanges et donc à la qualité des résultats de l'étude.

ii. La qualité des échanges

Un point différenciant clairement la qualité des échanges est le degré d'appétence au SBI. En effet, si on se focalise sur les trois entretiens réalisés par téléphone, deux concernaient des médecins qui n'avaient pas de formation ou d'intérêt spécifique pour le sujet. Le troisième médecin interviewé par téléphone, au contraire, était titulaire d'un DU, intitulé « psychothérapie du médecin généraliste » qui traite notamment du sujet des SBI.

Cette différence s'est clairement fait ressentir au cours de l'entretien téléphonique : le médecin était particulièrement intéressé par le sujet, l'entretien a duré 50 mn et le médecin ne semblait pas manquer d'arguments et d'explications pour répondre aux questions posées. A la fin de l'entretien, ce médecin nous a même remercié de l'avoir interrogé et de lui avoir permis de s'exprimer sur le sujet.

iii. Le lieu de l'entretien

La réalisation des entretiens aux domiciles des médecins semble être un facteur de qualité des échanges, à la différence des entretiens téléphoniques, et même de ceux réalisés au cabinet, plus « informel ». En effet, les médecins sont sur un territoire familier, ainsi on peut supposer qu'ils se sentent plus à l'aise et plus en confiance, ce qui leur permet de s'exprimer et de se livrer plus facilement.

Si cette observation semble avoir du sens, elle ne peut cependant être un résultat en soit, puisqu'il existe un biais à celle-ci. En effet, les médecins interrogés à leur domicile, dans le cadre de cette thèse, n'étaient pas insensibles au sujet des SBI. En effet, l'un des médecins anime des groupes « Balint » et dira : «...*Tous mes patients ont des signes fonctionnels* ». (PG 10)

Un autre, actuellement à la retraite, dit s'être intéressé, pendant toute sa carrière, au sujet et dira : «...*C'est ça qui fait la richesse de la médecine générale parce qu'on est le spécialiste du patient et de la globalité dans lequel il est avec son histoire* ». (RV 25)

Le dernier dira : «...*J'ai fait un module optionnel de psychosomatique...c'est quelque chose qui m'attirait...* », «...*J'ai participé à des groupes Balint, c'est hyper enrichissant* ». (CA 19)

Suite à ces différentes constations, sans pouvoir affirmer avec certitude que le type (présentiel ou téléphonique) et le lieu (domicile ou cabinet) d'entretien ont eu un impact significatif sur la qualité des échanges et donc sur les résultats de l'étude ; on peut néanmoins affirmer que l'attrait et la formation professionnelle reçu du médecin pour ce sujet ne peut rendre l'échange que plus riche et qualitatif.

3. Les limites de l'étude

i. Les vidéos

Sur les 13 entretiens prévus initialement (une vidéo sélectionnée par médecin qui donnera lieu à un entretien), seulement 11 entretiens ont pu être réalisés. En effet, comme évoqué plus haut, il nous a été difficile de trouver des vidéos pertinentes dans le cadre de cette thèse.

Pour l'un des médecins, il n'y avait aucune vidéo qui pouvait nous évoquer le thème du SBI ou « symptôme fonctionnel ».

Pour un autre médecin, nous avons rencontré un problème technique : il manquait des vidéos. Sur les vidéos restantes, aucune ne pouvait nous être utile, ne présentant aucune approche SBI. Nous n'avons de ce fait, pas pu analyser leur vidéo ni recueillir le témoignage de ces deux médecins pour notre étude.

Pour atteindre plus efficacement la saturation des données, et éviter un biais trop important, nous avons donc analysé deux autres vidéos de médecins déjà interviewés pour enrichir nos résultats. Ces vidéos analysées n'ont pas fait l'objet d'entretien car, ayant déjà interrogé ces médecins sur d'autres vidéos, il n'y avait pas de questions spécifiques et pertinentes qui nécessitaient un complément à l'entretien déjà réalisé.

Ceci n'a probablement pas impacté nos résultats car nous sommes arrivés à saturation des données après l'analyse de la moitié des entretiens par « théorisation ancrée ».

Un des médecins (CA 19) a voulu montrer qu'il savait rechercher et éliminer les causes organiques dans sa consultation (pour les étudiants futurs docteurs) du fait de la présence de la caméra. Cette volonté est très positive, mais porte pour autant préjudice à cette étude (biais), dans la mesure où le médecin n'a pas été assez authentique dans son attitude.

« Le fait qu'il évoque lui-même « le stress »...j'aurais pu rebondir plus là-dessus mais pour moi il avait compris...là je pense que...j'ai été...stressée par la vidéo... ». (CA 19)

ii. Les médecins

Nous avons vu que les médecins ne sont pas tous égaux face à l'attrait et à la connaissance des SBI. Ceci n'est pas une limite de l'étude, bien au contraire, elle représente un résultat qui légitime la problématique de cette thèse et les autres résultats qui en découlent.

Cependant, un biais identifié lors de l'étude concerne les caractéristiques des médecins interviewés. En effet, l'un de ceux-ci n'exerçait malheureusement plus la médecine générale au moment de l'entretien, alors que cette thèse est orientée sur cette population. Cependant, la vidéo analysée datant bien de sa période d'exercice en médecine générale, et le médecin étant en capacité de discuter sur celle-ci, ce biais peut être considéré comme mineur.

Néanmoins, de par le fait que ce médecin a choisi de faire de la médecine d'urgence, on peut penser que la médecine libérale et plus particulièrement le sujet des SBI ne sont pas « attrayant » pour celui-ci (entretien VP 03/04) ; ceci s'est confirmé lors de l'analyse de la vidéo et de l'entretien par un type de prise en charge et des réponses très orientés « médecine d'urgence » et centrés « maladie » dans

la démarche diagnostique et thérapeutique.

« D'ailleurs c'est pour ça que j'ai arrêté la ville...parce que je vois bien qu'il y a tout ce travail en profondeur à faire...du coup j'suis dans l'activité...hospitalière d'urgentiste... ». Ainsi, ce changement radical de pratique de la médecine semble avoir eu un impact sur la qualité de l'entretien.

iii. Les patients

Nous pouvons également discuter de certains biais relevés du côté des patients.

Un patient ne parlait pas français lors de la consultation. A cause de la barrière de la langue et de la différence de culture, le médecin ne pouvait pas approfondir le diagnostic de ce symptôme fonctionnel pourtant clairement identifié, ni transmettre au patient sa perception de ce symptôme. Quand le médecin posait des questions au patient, pour essayer d'avancer dans le diagnostic, le patient ne comprenait pas les questions, et donc, leur pertinence. (Vidéo PG 10)

Concernant le ressenti des patients recueilli à la fin des consultations par le thésard V.Guerand, les patients ont tous répondu par la positive aux questions. Cependant, les patients ne semblaient pas tous satisfaits des consultations, comme évoqué précédemment lors de l'analyse des vidéos. (PG 10, MC 26, VP 03/04) On peut se demander si leurs réponses sont authentiques et reflètent la véracité de leur pensée. Le fait que les deux questions aient été posées dans le cadre d'une étude par un étudiant a peut-être influencé leurs réponses, occultant le fond de leur pensée.

Concernant la consultation du médecin AD 23, le patient a répondu par « oui » à la dernière question du questionnaire (« la caméra a-t-elle changé quelque chose), en indiquant avoir été « mal à l'aise », et la caméra ayant été jugée « intrusive » durant la consultation. On peut donc se demander si les résultats issus de l'analyse de cette vidéo ne sont pas biaisés.

iv. Les entretiens

Concernant les entretiens, un biais a été identifié et remonté par deux médecins : les entretiens portent sur des événements remontant à 2 ans. On peut supposer une perte de pertinence et d'objectivité des réponses aux questions posées, ainsi qu'un manque de précision dans les réponses.

« ...Deux ans d'écart, donc décalage...si on voulait apporter de la précision, il aurait fallu que je vous vois juste après cette consultation...j'aurai eu sûrement plus de choses à vous dire deux ans plus tôt ». (PG 10)

« Deux ans après c'est pas facile ! ». (CA 19)

B. A propos des résultats de l'étude

1. La Perception des SBI et des symptômes « fonctionnels » par les médecins

Lors de nos entretiens, nous avons questionné les médecins sur leur manière de percevoir le symptôme « fonctionnel » et les SBI.

Nous avons été surpris d'apprendre qu'il existait plusieurs manières de les percevoir/appréhender et de les définir en consultation.

En effet, après les avoir questionnés sur l'hypothèse « fonctionnelle » du ou des symptômes de leur consultation, certains ont réfuté l'hypothèse par une explication organique au symptôme, d'autres ont confirmé l'hypothèse par une explication « fonctionnelle », d'autres encore ne pouvaient rien affirmer à la première consultation mais n'excluaient pas l'hypothèse « fonctionnelle » après avoir éliminé une cause organique.

i. Le « fonctionnel » : une posture du patient ou un état passager ?

Certains médecins voient le « fonctionnel » comme un symptôme qui serait présent ou absent en consultation, c'est à dire comme un état passager. Dans la démarche diagnostique, le médecin se poserait la question de savoir s'il se trouve face à un symptôme organique ou fonctionnel, tandis que d'autres le voient comme une façon d'être, un rôle que jouerait le patient, une posture du patient qui évoluerait selon le vécu du symptôme organique et le contexte de vie du patient.

« Le symptôme fonctionnel n'est pas qu'un symptôme, il accompagne l'organique ». (RV 25)

Ainsi, dans la vidéo RV 25, le médecin perçoit la fonctionnalité dans la description du vécu du symptôme organique.

Cette approche peut nous sembler, à première vue, différente des définitions connues de la littérature, qui voient le symptôme fonctionnel comme une plainte somatique sans explication biomédicale. Pourtant, on peut constater que cette approche se rapproche fortement de la nouvelle définition du DSM V (31). En effet, celui-ci définit le terme de « trouble de symptômes somatiques » par l'impact des symptômes somatiques expliqués ou inexpliqués, sur les pensées, les sentiments et les actions de la personne. Autrement dit, toutes pensées, sentiments ou comportements anormaux, excessifs accompagnant un symptôme fonctionnel ou organique, une maladie, seraient classés comme tel. Ceci rejoint la perception du médecin RV 25. Celle-ci ne fait plus du « fonctionnel » un symptôme mais une façon de vivre un symptôme organique ou fonctionnel. La seule distinction réside dans le fait que le médecin RV 25 parle de « fonctionnalité dans l'organicité » alors que le DSM V parle plutôt de l'impact d'un symptôme sur le psychisme du patient.

Comme énoncé dans la première partie de notre travail, cette nouvelle définition du DSM V ferait craindre par les psychiatres un sur diagnostic et donc un sur adressage de ces patients aux psychiatres. En effet, en pratique courante, dans le domaine de la médecine générale, cela ne ferait que poser une énième « étiquette » sur des personnes en souffrance avec une cause identifiée ou non.

Pourtant, il nous semble que le but, comme le soulignait P. Cathébras, n'est pas de catégoriser ces personnes ni de poser une étiquette sur « la façon dont est vécu leurs symptômes » quel que soit les maladies/symptômes.

De plus, il nous semble que des patients qui ont des maladies bien identifiées et qui vivent leurs symptômes dans la souffrance, sont à l'évidence le quotidien des médecins généralistes.

Ainsi, à juste titre, le fait de vivre sa maladie sans aucun retentissement fonctionnel de n'importe quelle nature qu'il soit, nous semble dénué de sens.

D'après la littérature, nous savons bien que l'esprit s'exprime à travers le corps et vice et versa. (3) Ainsi toute personne, à un moment ou à un autre de sa vie, peut souffrir de « troubles de symptômes fonctionnels » aussi minimes soient-ils ; il ne paraît donc pas utile de vouloir et devoir poser cette « étiquette » fonctionnelle sur le patient. Il n'est pas question ici de « psychiatriser » tous les patients mais plutôt d'envisager et reconnaître, en tant que médecin généraliste, le caractère potentiellement « fonctionnel » d'un symptôme non expliqué ou d'une maladie organique et d'accompagner le patient dans le vécu de son symptôme. Nous discuterons de cette hypothèse dans le paragraphe *iii* « *SBI* » ou « *fonctionnel* », un étiquetage différent ».

Malgré tout, cette vision pourrait être intéressante car elle permettrait, indirectement, une ouverture au SBI, en accordant une place et un œil ouvert aux pensées, sentiments et comportements des patients paraissant excessifs ou inadaptés.

En changeant cette façon de percevoir le symptôme fonctionnel, non plus comme un symptôme inexpliqué, mais aussi comme une façon de vivre le symptôme « fonctionnel » ou « organique », le médecin sera probablement plus attentif à ces signes en consultation et aura un regard plus ouvert sur la façon d'aborder le symptôme fonctionnel seul ou associé à un symptôme organique. Il ne sera plus dans la démarche de « maladie organique ou fonctionnelle » mais de « fonctionnalité dans l'organicité », ce qui lui permettra de s'ouvrir au contexte de vie du patient et au vécu du symptôme, au combien essentiel dans les SBI. Nous discuterons de cette hypothèse dans le paragraphe 3 « *L'ouverture vers le SBI* ».

ii. Le « SBI » : une théorie ?

Certains médecins donnent l'impression que le SBI n'est qu'une théorie non applicable à leur patient. Prenons comme exemple la vidéo FB 27 dans laquelle la patiente semble avoir une plainte réelle mais qui, dans la description qu'elle en fait, paraît dénué de sens logique. Le médecin dira lui-même lors de l'entretien qu'il n'a absolument pas compris cette plainte. Pourtant, il dira également : « *Il y avait réellement un symptôme clinique* », « *cette patiente-là n'est pas une patiente qui va se plaindre sans fondements* ». (FB 27)

On peut en déduire, de part ces propos, que le médecin ne semble pas appliquer la définition du SBI pour cette patiente. Il semble que pour lui, le SBI ne soit pas un symptôme clinique réel mais plutôt une « plainte sans fondement ». Or, par définition, le SBI est une plainte fondée sur un symptôme réel que ressent le patient mais qui n'a pas de cause organique.

Ce médecin ne semble donc pas penser que sa patiente puisse ne pas avoir de symptôme organique. Elle s'attachera en effet à donner une explication « physiopathologique inventée » adaptée au symptôme dont elle dira ne pas croire. On voit donc bien que ce médecin semble se refuser à émettre l'hypothèse d'un SBI chez cette patiente.

En effet, il semble difficile de s'intéresser au patient et au contexte autour de ce symptôme si lors de la démarche diagnostique, le médecin ne s'autorise pas à penser au SBI lorsque les éléments de la consultation (description du symptôme, attitudes du patient) poussent à y penser.

Ceci peut expliquer pourquoi le médecin semble avoir raté sa consultation : « *C'est pas une consultation aboutie...j'me suis perdue...* ». (FB 27)

iii. « SBI » ou « fonctionnel », un étiquetage différent

Certains médecins vont poser le diagnostic de « SMI » en consultation. Il semblerait que « cette étiquette » soit plus ouverte que les diagnostics « fonctionnels » prédéfinis.

En effet, ce diagnostic de « SMI » permettrait au patient de continuer à réfléchir sur les causes éventuelles du symptôme. Il s'agit donc d'un **partage de réflexion** entre médecin et patient. Au travers de ce terme, le médecin désire transmettre au patient un message de soutien et d'accompagnement.

« Je préfère mettre l'étiquette « SMI » sur le symptôme...qui est plus ouverte...ça me permet de réévaluer les choses en fonction du matériel qu'il va m'apporter au fur et à mesure...c'est lui avec ses symptômes qui doit me l'expliquer... ». (AD 12)

A contrario, dire « c'est fonctionnel », c'est aussi dire « *on n'a pas de maladie à mettre dessus* » et c'est poser une « étiquette ». (MVD 05). Ici, le terme « fonctionnel » considéré également comme « étiquette », enverrait un message péjoratif au patient, comme si le fait de ne pas avoir de cause organique classait de facto le patient dans la case « fonctionnel », sous-entendu « ce n'est pas une maladie, on ne peut rien dire de plus ».

D'après la « théorie de l'étiquetage » (50), poser une étiquette sur des personnes désignées comme déviantes (vivant avec un trouble psychique), entraînerait des réactions de rejet par les personnes les entourant. Ces réactions négatives auraient des effets négatifs sur l'identité, l'estime et la participation sociale des personnes dites déviantes. On peut donc imaginer que poser l'étiquette « fonctionnel » ou même « psychosomatique » entraînerait une réaction de rejet de la part du patient, pensant « je ne suis pas fou ».

Cependant, nous avons constaté, lors de l'analyse des vidéos, que les patients n'avaient pas de réaction négative à la formulation d'un diagnostic « fonctionnel » posé (ex : Troubles Fonctionnels Intestinaux) ou même, d'ailleurs au diagnostic « SMI ».

Ainsi, cette étiquette « c'est fonctionnel » ne semble poser problème qu'au médecin. Si ces derniers changeaient leur regard sur ces patients, ils seraient peut-être moins réticents à aborder avec lui l'hypothèse d'un symptôme fonctionnel.

Selon un des médecins interrogés (PG 10), trop suivre et voir le patient pour la/les mêmes plaintes, en posant une « étiquette » sur sa/ses plaintes, **bloquerait le médecin sur cette « étiquette »**.

« On va tellement être habitué à voir ce patient qu'on va plus voir le reste, on va être focalisé sur ce qu'on met dans le dossier, sur l'étiquette, on arrive plus à sortir de là et on arrive plus à envisager d'autres solutions ». (PG 10)

De plus, n'arrivant plus à se remettre en question sur son étiquette SBI, il **pourrait rater** certains diagnostics. Prenons l'exemple d'un des médecins, qui a déclaré avoir mis plusieurs mois à remettre en question son diagnostic SBI (la patient souffrait à priori de Troubles Fonctionnels Intestinaux depuis 6 mois), et la sérologie faite a alors révélé la séropositivité du patient. « *On finit par refaire une prise de sang et on découvre qu'il a le VIH. Et ça s'est amendé une fois le diagnostic posé* ». (AD 12)

Ainsi, les SBI nécessitant généralement plusieurs consultations, avec une avancée progressive du diagnostic dans le temps, le médecin n'utiliserait pas les bienfaits de ces multiples consultations, tombant dans **une récurrence malsaine d'une même approche infructueuse.**

iv. Un symptôme « fonctionnel » expliqué n'est pas SBI

Pour d'autres médecins, il s'agit purement d'une redéfinition du terme SBI mais n'impliquant pas un changement dans la démarche diagnostique et thérapeutique du SBI.

En effet, un des médecins interrogés nous dira : « ...Si elle est pas comprise par le médecin, elle va devenir un « SMI »... ». (PG 10)

Il part donc du principe que toute plainte expliquée par le médecin, incluant les explications sur le lien potentiel entre un symptôme et le contexte de vie du patient, n'est pas un SBI. Un symptôme fonctionnel pour lequel le médecin aurait une explication non biomédicale ne serait donc pas un SBI.

Ceci remet en cause la nature même de la définition du SBI qui est de dire justement qu'il n'y a pas d'explication organique mais une autre explication à chercher. Il s'agit d'une autre façon de percevoir le terme de SBI mais qui ne semble pas avoir de conséquence ou d'impact sur la prise en charge de ceux-ci pour le médecin. La vidéo de consultation analysée (PG 10) n'était donc pas, pour le médecin concerné, un SBI mais bien un symptôme fonctionnel, car expliqué par l'état psychique du patient.

2. Attitudes incohérentes du médecin

i. Se rassurer « inutilement » par des examens complémentaires/avis spécialisés

Certains médecins vont poser un diagnostic fonctionnel mais, par peur de rater une maladie, vont prescrire des examens ou demander des avis spécialisés.

Prenons l'exemple de la vidéo de consultation MC 26. Le médecin semble poser un diagnostic de « Troubles Fonctionnels Intestinaux » mais, dans sa démarche, va demander un avis spécialisé.

Il va être dans la directivité vis à vis de sa patiente concernant la thérapeutique et non dans une écoute réflexive pour proposer des solutions partagées et adaptées au patient.

Il est intéressant de noter que les médecins perdus, dépassés par ces symptômes ou qui ont peur de passer à côté d'une organicité vont être plus facilement dans la prescription pour se rassurer alors que leurs intuitions sont bonnes.

« C'est plus par peur de méconnaître quelque chose d'organique... », «...C'est aussi une couverture... » (MC 26)

Lors de l'entretien, ils diront que les examens/avis spécialisés demandés sont revenus négatifs et qu'ils n'étaient pas convaincus d'une organicité.

« ...J'y crois pas trop...j'étais beaucoup plus convaincu que c'était fonctionnel ». (MC 26)

Leur peur, leur doute, les empêchent donc de mettre en œuvre une attitude cohérente et adaptée à la prise en charge des SBI alors que, paradoxalement ils ont conscience de la « fonctionnalité » du symptôme et de l'absence d'explications biomédicales.

« ...Avec sa douleur thoracique, il y avait sûrement un pourcentage de part psychosomatique sur une base organique, tous les arguments allaient côté psychosomatique... », ...Il y a un contexte énorme... ». (AS 13)

Cette absence de certitude, amplifiée d'un côté par une ferme conviction d'un symptôme fonctionnel, et de l'autre par la peur de rater un diagnostic organique, cristallise l'attitude du médecin dans une prise en charge incohérente avec des demandes d'examen inutiles, voire des propositions thérapeutiques qu'il sait peu efficaces, entraînant le patient vers l'idée d'une potentielle maladie non encore diagnostiquée.

Cette attitude entraînera une perte de chance d'avoir une prise en charge satisfaisante du patient puisqu'elle ne laissera pas de place à la discussion autour du contexte de vie du patient et à une écoute réflexive pouvant amener progressivement le patient à trouver ses propres ressources explicatives face à son symptôme.

ii. La sensation de non compétence entraîne une résignation

Au cours de la consultation, le médecin MC 26 évoque un diagnostic « fonctionnel ». Pourtant, il ne le retient finalement pas à l'issue de la consultation, en admettant pourtant être bien en présence d'un symptôme fonctionnel au cours de l'entretien. De par son « *manque de compétence* » et la sensation d'être dépassé face à ce type de symptôme, une « **résignation** » et un « **renoncement** » à la prise en charge de ce symptôme s'installe, au point qu'on se demande si le médecin se sent encore concerné quand il propose des solutions qui ne le convainquent pas lui-même. Illustration de cette incohérence : c'est au patient de choisir la solution qu'il désire.

«...Quand ça relève plus de mes compétences, que je sais plus faire...je propose, je laisse la patiente choisir...elle pourra pas dire que je ne lui ai pas proposé... », « ...Ben on fait comme on peut, j'lui aurais dit qu'on a pas de solutions... ». (MC 26)

Le médecin proposera ainsi des solutions qui sont stériles et dont il sait qu'elles ne sont pas efficaces.

« J'lui aurais dit d'essayer de faire des évictions alimentaires pour voir... ». (MC 26)

iii. Une attitude d'évitement du SBI

Lors de la vidéo MVD 05, le médecin posera un diagnostic organique malgré un contexte de vie évoqué par le patient. Lors de l'entretien, il admettra l'hypothèse probable d'un contexte de vie du patient lié au symptôme : « *Surmené...* », mais ne laissera pas la place à ce contexte et à l'échange lors de la consultation, pour conclure à une cause organique : « *...Il avait quand même presque un petit peu de fièvre* », « *C'est une bonne explication parfois* ».

Lors de la vidéo PC 14, le médecin semble vouloir éliminer une cause organique à « cette fatigue » dont se plaint la patiente. Pourtant, il est intéressant de noter qu'il ne semble pas croire à une hypothèse

organique malgré tout : « *Je me dis y a très probablement pas grand-chose mais sait-on jamais* ». Lors de l'entretien, il fera la remarque que la patiente était « *plus dans la plainte* » ou « *qu'elle sortait du cadre de ce qu'on pourrait appeler la normalité* » bien qu'il n'ait pas laissé la place à l'hypothèse SBI lors de la consultation. Il admettra également que le fait que la patiente parle de « sa cheville » à la fin de la consultation alors que c'était le plus important pour elle, paraissait « *un peu paradoxal* ». Il évoquera, malgré tout, l'utilité de questionner la patiente sur un problème personnel : « *...Peut-être que en effet j'aurais pu lui demander "est-ce qu'il y a quelque chose qui ne va pas"* ». (PC 14)

iv. Des représentations « erronées/incohérentes » sur la prise en charge des SBI

Il semblerait que, pour certains médecins, tout ne soit pas bon à dire en consultation.

« Ici ce n'était pas approprié et attention parfois les patients trouvent ça farfelu comme explication, ne sont pas prêts à entendre... ». (AS 13)

Nous avons vu au travers des vidéos de consultations et des entretiens, que l'essentiel de la prise en charge des SBI tourne autour du vécu du patient. Tous les médecins interrogés sont d'accord pour le dire et finissent par s'y intéresser à un moment ou à un autre, certains plus rapidement que d'autres, en fonction de leur degré de conviction d'un SBI en consultation.

Pour certains médecins, il semble qu'il y ait des « moments opportuns » pour parler de ce qu'on a compris en consultation.

Prenons pour exemple, l'analyse de la vidéo AS 13 : La patiente, connue pour être dépressive, insiste beaucoup pendant la consultation sur son vécu avec son mari. Le médecin semble bien connaître l'histoire et le contexte de vie de sa patiente. Mais, au vu des caractéristiques de la douleur thoracique que décrit la patiente, il préfère partir sur une hypothèse organique alors que le contexte semble lourd et parlant pendant la consultation.

Lors de l'entretien, le médecin nous donnera cette explication de la douleur de la patiente : « *...Elle culpabilise d'en avoir plus qu'assez de s'occuper de son mari...il y a un contexte énorme...* ». Pourtant, le médecin n'aura pas fait partager sa réflexion à la patiente et dira : « *...Ici ce n'était pas approprié...* ».

On peut donc constater que selon nos représentations, certaines choses sont admissibles et d'autres moins. Le médecin, ici, s'autocensure sur ce qu'il a compris. On peut donc supposer qu'il y a un manque de motivation de la part de ce dernier, pour dire ce qu'il a compris, peut-être parce qu'il sous-estime les capacités d'écoute et de compréhension de la patiente. Cependant, taire ce que l'on pense est parfois un manque à gagner pour le patient ; il serait maladroit de ne pas se servir de ses réflexions pour partager et discuter avec le patient, surtout dans les SBI où la compréhension de la souffrance du patient à travers son symptôme semble importante dans la prise en charge.

Un autre médecin, lors de l'entretien, nous a fait part des conséquences que peut avoir le fait de faire le lien avec le vécu du patient pour explorer avec lui les causes de son symptôme. Ce médecin voit dans le fait de faire le lien, une manière de chroniciser le symptôme, d'enfermer le patient dans l'absence de solutions à lui apporter. Ce serait pour le médecin, une manière de dire au patient « vous êtes condamné à vivre avec ».

« C'est aussi chroniciser un problème si on fait forcément du lien systématique entre le contexte et les symptômes...il faut aussi qu'il se détache de ça et puis passer à autre chose...faut pas que ce soit le moyen d'expliquer tout ce qu'on a à expliquer... ». (FB 27)

Cependant, il a été mis en évidence précédemment que le patient semble exprimer une certaine satisfaction lorsqu'on l'amène à une prise de conscience sur l'origine de son symptôme. Il a été montré qu'il peut ainsi mettre une explication dessus. Cette compréhension et cette acceptation du lien qui peut exister entre son vécu et son symptôme est un moyen de se détacher du symptôme pour mieux se concentrer sur son vécu. Le médecin est justement là pour l'amener à cette compréhension et l'aider à trouver les ressources nécessaires pour apporter une solution au problème.

Nous avons vu que pour beaucoup de médecins interrogés, le suivi du patient est un élément important dans la prise en charge des SBI. Or, il semble curieux d'entendre que « trop suivre le patient » aurait des répercussions négatives sur sa prise en charge.

En effet, pour un des médecins interrogés (PG 10), le risque serait de rester sur ce que l'on connaît déjà du patient, comme si on avait posé « une étiquette » sur son symptôme. Ainsi, on se fermerait des portes pour envisager d'autres solutions à apporter au patient ou pour réfléchir au problème avec un autre regard.

« ...On va être tellement habitué à voir ce patient qu'on va plus voir le reste, on va être focalisé sur ce qu'on met dans le dossier, sur l'étiquette, on arrive plus à envisager d'autres solutions ». (PG 10)

Cependant, savoir justement changer de regard, ne pas rester figer sur l'avis qu'on s'est fait de notre patient, n'est-ce pas ce à quoi doit s'exercer à faire le médecin généraliste ?

Comment peut-il espérer apporter une aide et un soutien dans la continuité s'il ne se remet pas en question à chaque nouvelle consultation en reprenant les éléments de la consultation précédente et en réajustant son regard avec les nouveaux éléments que lui apporte son patient ?

Il n'est pas question ici de « trop de suivi » mais plutôt de suivi adapté au besoin du patient dans un état d'esprit continuel de remise au point sur nos connaissances du patient pour l'accompagner dans cette prise en charge.

Le suivi du patient nécessite du temps, un temps que l'on sait précieux en médecine générale. Ce temps est aussi important dans les consultations de SBI. Le médecin doit pouvoir prendre du temps pendant la consultation, temps qui passe par un échange et une écoute réflexive avec son patient. « ...Je prévois deux rendez-vous parce qu'il faut du temps... ». (CA 19) A ce titre, on peut citer la thèse d'Olivier Nardon qui confirme l'intérêt de la mise en place d'un « entretien prolongé programmé » dans les consultations SBI. (51)

Cependant, selon un médecin interrogé, il semble que le temps ne soit pas nécessaire pour tous les patients qui ont des symptômes « fonctionnels » : un symptôme « fonctionnel » présenté par un patient sans signes de détresse psychologique associés et exprimés par le patient en consultation, nécessiterait ainsi moins de temps en consultation.

« ...Si le patient semble dépressif et qu'il y a un réel besoin, je prends le temps mai si c'est des « Troubles Fonctionnels Intestinaux », je prends moins de temps ». (PC 14)

Ce médecin semble vouloir dire qu'un patient qui ne montre pas de signes de détresse morale ou psychologique aurait besoin de moins de temps qu'un patient qui présente un symptôme fonctionnel sans détresse apparente. Cela rejoint la définition du DSM V sur les troubles de somatisation qui ne prend plus en compte la maladie somatique en tant que telle mais les pensées, sentiments et comportements anormaux associés au symptôme/maladie.

Cependant, un patient qui présente un symptôme fonctionnel sans pour autant exprimer des signes de détresse, ne souffre-t-il pas lui aussi de quelque chose en lien avec son histoire de vie dont il serait légitime de chercher et de prendre en considération ?

Nous avons constaté à travers de ce travail de recherche que l'intérêt et la prise en compte du vécu du patient prime dans la prise en charge des SBI et encore plus si le patient semble « muet » face à l'expression de son vécu. D'autres études comme celle d'Olivier Nardon « Symptômes médicalement inexpliqués : un projet thérapeutique personnalisé ? » le confirme. (51)

Or, l'intérêt porté pour le patient et son histoire nécessite du temps en consultation pour écouter et comprendre.

Certes, il peut paraître plus compliqué de légitimer ce temps face à un patient qui présente un SBI mais par ailleurs ne semble pas être en souffrance psychique. Pourtant, chaque nouvelle parole, chaque nouvelle réflexion apportée qui est utile pour le patient n'en est que plus bénéfique dans la prise en charge.

Ne serait-ce pas finalement un gain de temps pour les potentielles futures consultations SBI ? On peut en effet penser que le patient viendrait moins souvent consulter pour son symptôme.

3. L'ouverture vers le SBI

i. Penser SBI pour entendre et s'y intéresser

Il est intéressant de noter que les médecins qui ont une perception plus ouverte des SBI, c'est à dire ceux qui accordent une place au symptôme « fonctionnel » et au SBI dans leur consultation, vont plus facilement penser à ces symptômes et vont être capable de les entendre et de les diagnostiquer, souvent dès la première consultation. D'ailleurs, il est également intéressant de remarquer que ces médecins seront beaucoup plus à l'aise lors de leur consultation SBI et lors de l'entretien que les médecins qui semblent chercher et éliminer une cause organique avant tout. C'est aussi ce qu'a démontré la thèse de F. Matta réalisée en 2009 (12), ainsi que celle d'A. Martineau réalisée en 2014. (39)

En pensant SBI et en laissant une place au « fonctionnel » en consultation, ces médecins vont être mieux à même de les repérer à partir des éléments de discours du patient. Ils pourront ainsi en faire un diagnostic positif et non d'élimination.

Cette ouverture vers le SBI semble être une condition essentielle pour pouvoir prendre en charge ces patients, les écouter, accéder à la problématique, et ainsi éviter la surmédicalisation du symptôme et l'enfermement dans l'organicité de celui-ci.

Nous pouvons citer l'exemple de l'entretien du praticien CA 19 et de sa consultation : «...*Déjà dans ce discours, je me dis il y a quelque chose d'irrationnel et ça éveille ma vigilance* ».

Lors de l'entretien, un des médecins n'avait absolument pas envisagé une hypothèse fonctionnelle ni pendant la consultation ni pendant l'entretien, jusqu'à affirmer qu'il n'y avait pas de diagnostic ici, comme si le SBI n'était pas considéré comme un diagnostic : « *Ben y en a pas (de diagnostic) concernant le fils, c'est bien le problème !* ». (VP 03/04)

Pourtant, il admettra qu'il aurait été pertinent de s'intéresser au contexte de vie de la mère et de l'enfant : « *Oui, oui j pense bien-sûr !* », « *Je prends pas le temps de discuter avec le môme...troisième consultation pour douleur thoracique...à 10 ans, c'est pas fréquent...* », que leurs symptômes pouvaient être fonctionnels : « *Peut-être le gamin...parce que du coup comme sa mère se plaint aussi de douleur thoracique ...ils s'entretiennent tous les deux...* » et qu'il aurait également été pertinent de poser des questions centrées patient comme « *qu'est-ce qui vous inquiète vraiment?* ».

ii. Se détacher du biomédical en consultation

Comme vus dans les analyses des vidéos MVD 05, FB 27 ou VP 03/04, d'autres médecins ne laissent pas la place au SBI dans leur consultation. Pourtant, il y a souvent des éléments dans le discours du patient (contexte de vie) ou dans la façon de décrire leur symptôme (description plutôt irrationnelle/dénué de sens ou sans gravité) qui peuvent nous laisser fortement supposer une hypothèse « fonctionnelle ». On constate dans les vidéos qu'ils ne vont pas rebondir sur certains éléments « parlant » du discours du patient (vécu du patient) ou ne vont pas aller questionner le patient. Ils vont ainsi s'attacher à fournir une explication organique « physiopathologique » :

« *...Je ne pense pas qu'elle soit fonctionnelle...* », « *...J'suis partie simplement dans l'idée qu'elle avait mal au dos* ». (FB 27)

Ou rester bloqué dans une démarche centrée « maladie », en ne sachant donner d'explication :

« *...J'arrive pas à mettre le doigt dessus sur ce qu'il se passe, j'vois qu'il y a rien, qu'ils ont déjà consulté, ça m'énerve* ». (VP 03/04)

Ces médecins passent probablement souvent à côté du SBI et ne peuvent donc pas appliquer la conduite à tenir appropriée.

Certains médecins s'intéressent à la vie de leurs patients et vont avoir des questions sur leur contexte de vie sans le mettre au centre de la consultation, à une place égale à celle des explications biomédicales. Ce sera ainsi une perte de chance pour le patient.

Prenons l'exemple de la vidéo MVD 05 dans laquelle le patient consulte pour une céphalée isolée : le médecin questionne le patient sur son état psychique du moment et le patient élabore dessus. Le médecin ne rebondira pas et n'ira pas poser plus de questions sur ce qu'évoque le patient alors qu'il y aurait matière à creuser. Il conclura à une cause organique.

C'est également le cas du médecin PC 14, qui se réfugiera dans une démarche somatique avec la prescription d'un bilan biologique. Il n'ira pas creuser sur le contexte de vie de la patiente et fera de l'hypothèse organique sa priorité avant tout.

On voit donc bien qu'il y a un début d'ouverture vers la reconnaissance d'un probable SBI de la part de ces médecins puisqu'ils y pensent et y croient, mais pas suffisamment pour pouvoir en parler en consultation et ainsi mettre en place l'attitude adéquate à la prise en charge du SBI.

iii. Prescrire des examens complémentaires/avis spécialisés selon l'approche SBI

La place des examens complémentaires ou des avis spécialisés semble difficile à évaluer dans les SBI. En effet, devant le manque d'explications biomédicales et d'arguments en faveur d'hypothèses organiques, les médecins ont tendance à prescrire plus facilement ou à demander des avis spécialisés car ils doutent de l'hypothèse d'une cause organique.

« *Je vais surtout me concentrer sur le somatique* » (PC 14), « *Je voulais éliminer l'urgence qui était ici l'IDM* » (AS 13).

Parfois, même jusqu'à exprimer une insatisfaction à ne pas avoir prescrit d'examens complémentaires (VP 03/04).

Pourtant, comme vu dans les vidéos, les patients, bien souvent, ne demandent pas d'examens complémentaires. C'est souvent la proposition, voir la décision du médecin.

En effet, comme énoncé dans deux études citées précédemment (9) (10), bien souvent le patient ne demande pas de prise en charge « somatique », que ce soit par les explications rationnelles/scientifiques ou la prescription de traitements ou d'avis spécialisés ; il est dans une demande de prise en charge psychosomatique associant **soutien émotionnel** et **reconnaissance de sa souffrance**.

On se rend compte, à travers l'analyse des vidéos de consultations et des entretiens, que les médecins qui ne laissent pas la place au SBI dans leur consultation vont prescrire des examens ou avis, jusqu'à ce qu'ils soient sûr qu'il n'y ait pas d'explications biomédicales. Ils orienteront seulement alors leurs hypothèses vers une autre cause.

La prescription d'examens complémentaires et la demande d'avis spécialisé ne doivent donc pas être exclues de la prise en charge des SBI mais doit répondre à une demande du patient. Certains patients en ont avoir besoin pour être rassurés. Il ne s'agit donc pas de se rassurer en tant que médecin mais d'évaluer l'intérêt pour le patient et son symptôme afin d'aboutir à une décision commune et partagée.

iv. Une approche rationnelle psychosomatique des SBI

La médecine telle qu'on l'apprend dans les livres et encore plus aujourd'hui dans l'enseignement universitaire, est basée sur la rationalité dans la manière d'appréhender le diagnostic et de l'expliquer au patient. Ainsi, chaque symptôme a une cause (on parlera alors de causalité), identifiable, qui permet de poser le diagnostic associé au symptôme.

Pour certains médecins, la science a ses propres limites et de nouvelles explications organiques à des symptômes « fonctionnels » seront hypothétiquement trouvées dans le futur.

Dans cette approche qui nous semble assez répandue chez nos confrères, la rationalité d'un symptôme ne s'exprime alors que par des causes organiques ou médicalement expliquées.

Nous avons constaté à travers les entretiens que certains médecins, face à ce manque de rationalité « organique » ou « médicalement expliqué » dans la prise en charge des SBI, ne savent pas donner d'explications physiopathologiques et expriment leur absence de savoir sur le sujet ou ont conscience d'une explication autre qu'organique mais semblent se refuser à la donner.

En effet, il s'agit ici de symptômes pour lesquels il n'y a pas de règle définie concernant les traitements. De plus, les explications de ces symptômes sont très orientées sur un référentiel propre au contexte de vie du patient (donc, non absolu, mais d'une relativité très variable).

A contrario, d'autres médecins essayent d'apporter des explications physiopathologiques à ces mêmes symptômes en faisant le lien entre les données scientifiques et le contexte de vie du patient. Ceci peut donner, par exemple : « ...On a trouvé des neurotransmetteurs qui seraient sécrétés quand le patient n'est pas bien dans son environnement... ». (CA 19)

A travers l'analyse des vidéos, nous avons constaté que ce sont les médecins qui s'attachent à donner des explications physiopathologiques au symptôme et que le patient n'en exprime pas clairement la demande. Lors des entretiens, ces mêmes médecins déclarent que le patient en a besoin. (RV 25, AS 13, CA 19)

D'autres médecins pensent que le patient n'a pas besoin de ces explications. Dire qu'on est face à un SBI, et faire le lien avec le contexte de vie du patient est entendu et bien accepté par celui-ci. (AD 12) Certains médecins déclarent également qu'il n'est pas bien vu par certains patients de faire le lien avec leur psychisme.

Dans les vidéos, nous avons constaté que, lorsque les médecins faisaient le lien avec le contexte de vie, en y associant ou pas, des éléments scientifiques (en fonction des besoins du patient), le patient acceptait cette explication. D'ailleurs, très souvent, le patient exprimait de lui-même un lien avec son contexte de vie, avant que le médecin ne s'y intéresse.

Selon deux études, ces patients n'attendaient pas d'explications rationnelles/scientifiques de la part de leur médecin. (9) (10)

Cependant, il semble nécessaire de s'adapter aussi au patient. En effet, il est parfois utile d'apporter ces « explications physiopathologiques » aux patients demandeurs d'une explication, à ceux qui sont déçus lorsqu'on ne leur trouve pas de maladie ou à ceux qui sont réticents à une approche psychosomatique (exemple vidéo PG 10). Mais tout dépend de ce que l'on appelle explication rationnelle/scientifique.

En effet, c'est cette **compréhension du lien entre le corps et l'esprit** verbalisée et partagée avec le patient qui semble être **la source de l'explication du symptôme « fonctionnel »**. Cette explication basée sur une approche logique et n'étant pas une explication « inventée » mais basée sur des arguments reconnus par la science ; ne pouvons-nous pas dire qu'il s'agit bien là, d'une explication rationnelle ?

Un des médecins interrogés dira en effet : « ...Là on est pas dans du rationnel, donc une explication expliquant qu'on peut avoir des symptômes sans trouble organique...de dire qu'il y a un lien entre le corps et l'esprit c'est rationnel... ». (CA 19)

A ce titre, P. Cathébras nous dit qu'« il est de plus en plus admis que l'évaluation attentive d'un problème de santé, quel qu'il soit par le médecin, dans le cadre d'une relation personnalisée et d'une approche « centrée sur le patient », est un **acte thérapeutique**. (3) (Page 175)

Par conséquent, adopter une démarche « centrée patient » en s'intéressant à son contexte de vie, et en lui proposant comme hypothèse explicative, l'existence d'un lien entre son symptôme et sa situation personnelle impactant son psychisme, est tout à fait rationnelle. Cet acte est un acte thérapeutique, dans le sens où le médecin met en place cette démarche dans le but de soigner son patient, mais il paraît aussi thérapeutique dans le sens où les médecins qui utilisent cette démarche, ont le sentiment qu'elle est efficace.

4. De l'enseignement du « médicalement expliqué » vers le « médicalement inexpliqué »

i. Quelle est la place accordée au SBI en médecine ?

La médecine nous est enseignée suivant des diagnostics médicalement expliqués et nous donne goût à ce côté scientifiquement expliqué. En effet, lors de nos études médicales, nous apprenons les différentes pathologies classées en pathologies organiques et psychiques ainsi que leurs causes. Les troubles « fonctionnels » attribués à un diagnostic défini (exemple : Troubles Fonctionnels Intestinaux) sont rapidement évoqués à la fin des livres comme diagnostic d'élimination, après avoir éliminé les causes somatiques graves mais aussi les non graves, nous incitant à y penser en dernier recours. Les symptômes non expliqués par la science ne sont pas traités dans les études de médecine qui paraissent plutôt destinées à former des médecins hospitaliers.

D'ailleurs, certains médecins interviewés ont dit :

« ...Il faut les prendre dans leur globalité même si c'est pas ce que l'on apprend à la base. On nous apprend pas ça à la fac ». (CAR 01)

« ...C'est quelque chose qui se perd dans les études aujourd'hui... ». (CA 19)

« ...On va chercher une explication très scientifique parce que c'est ce qu'on aime bien quand c'est cartésien mais ça n'existe pas... ». (AD 12)

Ainsi, se pose la question de l'enseignement des SBI, question inévitable quand on voit la place que ces symptômes occupent dans le monde médical, hospitalier et libéral et l'impact financier qu'ils engendrent.

Dans le cadre de notre thèse, étant donné le peu de médecins ayant répondu connaître les SBI et ayant suivi une formation sur le sujet, il semble primordial, voir urgent d'inculquer aux étudiants, dès le deuxième cycle des études médicales, un enseignement théorique dans ce domaine. Il serait même souhaitable que ce soit un module à part entière, ayant une approche « biopsychosocial » (52) associé à un enseignement élémentaire en **psychothérapie du médecin généraliste**. Nous préférons ce terme à celui de psychothérapie de soutien car il nous semble restreindre la prise en charge (premier espace). Or, ce que nous venons de décrire conforte l'idée qu'il faut aussi aider le patient à prendre conscience du lien psychosomatique (2^e espace). Nous y reviendrons dans le chapitre suivant (paragraphe « Apprendre à penser « psychothérapie » »).

Un travail de recherche réalisant une enquête sur la confrontation des étudiants aux SBI en médecine de Paris 12 l'affirmait déjà. (53) Un autre travail de recherche étudiant la prise en charge des SBI par des internes en stage chez le praticien a montré qu'ils n'avaient pas de stratégies établies et qu'ils étaient démunis face à ces symptômes pour lesquels ils ne pouvaient appliquer le modèle biomédical. Ils souhaitaient une formation en psychologie médicale et sur la relation médecin-malade. (54)

ii. L'importance de l'incertitude diagnostique

Une grande partie des consultations en médecine générale (70%), sont des situations non caractéristiques d'une maladie, il s'agit de l'incertitude diagnostique. (55) L'enseignement médical actuel est un enseignement qui laisse peu de place au doute et à la nuance dans les diagnostics médicaux. Chaque symptôme doit aboutir de manière sûre à un diagnostic ; Cela reste cependant théorique, car un pourcentage important des hospitalisations aboutit à une sortie sans diagnostic. Un médecin nous a dit : « *Mon module de psychosomatique, y avait des nuances, et vous, vous pouvez pas faire de nuances...* ». (CA 19)

Cette façon de penser et d'enseigner se répercute dans l'attitude des médecins mais aussi des patients, les incitant à demander des réponses de plus en plus « exactes » et « sûres », avec dans de très nombreux cas, une forte demande d'examens complémentaires : « *...On va faire des malades de plus en plus exigeants avec des demandes de plus en plus... ça n'aide pas le patient à aller mieux* ». (CA 19)

Or, dans les SBI, il est justement question de remise en question perpétuelle des hypothèses posées. Basé sur des critères non organiques (par exemple, le vécu du patient), le diagnostic SBI ne permet généralement pas de relever de manière exhaustive tous les éléments permettant de qualifier intégralement le symptôme sur une seule consultation.

Le médecin doit en effet « creuser », parfois sur plusieurs consultations, pour collecter ces éléments qui permettront, in fine, de faire un diagnostic pertinent.

« *...Se poser des questions, ne pas avoir de certitudes, c'est ça qu'il faut...* ». (CA 19)

Il s'agira également au sein d'une consultation orientée SBI, de ne pas partir sur des « sentiers battus », en ne prenant en compte que les seuls critères permettant d'aller vers des diagnostics reconnus en médecine générale.

A ce titre, nous avons vu dans les résultats, qu'un des médecins interrogés, préférera poser le diagnostic de SBI plutôt qu'un diagnostic défini, lui permettant ainsi de rester ouvert aux divers éléments que lui apportera le patient au fur et à mesure des consultations : « *...ça recentre aussi l'action côté patient...* ». (AD 12)

Ainsi, savoir être dans le doute et dans la nuance par rapport aux éléments de la consultation pour rester ouvert au changement, aux éléments nouveaux apportés par le patient, permet de ne pas passer à côté d'une nouvelle hypothèse sur de nouveaux critères qui apporteraient un changement dans l'orientation du diagnostic.

iii. La relation médecin/patient

D'après la littérature (Michaël Balint) (56), nous savons que la qualité de la relation médecin patient joue un rôle important dans la prise en charge des patients souffrant de symptômes « fonctionnels ».

En effet, plus la confiance s'installera entre le patient et son médecin, plus le patient écoutera et adhèrera à ce que lui dit son médecin, et plus il sera en mesure de lui donner des indications pertinentes sur ses symptômes.

Dans les SBI, cette confiance est mise en péril car patient et médecin sont face à l'incertitude, à l'absence d'éléments rationnels structurants pouvant apporter une explication organique au symptôme. Il semble donc plus difficile de gagner et maintenir un lien de confiance avec le patient. Un des médecins a dit: « ...Comme je sens qu'il a du mal à m'accorder sa confiance, je me suis dit il faut que je lui explique tout pour que organiquement y ait pas de soucis et ensuite passer au côté psychosomatique », «...J'me suis dit que si je lui disais seulement que c'était le stress, ça n'allait pas suffire ». (CA 19)

On voit bien qu'en fonction de la qualité de la relation et de la personnalité du patient que le médecin a en face de lui, la relation et donc l'explication donnée au patient (le message transmis), ne va pas être la même : « C'est patient-dépendant ce genre de consultation... », «...On réagit énormément par rapport à la personnalité du patient en face de nous, et par rapport à la relation qu'on a créée ou pas ». (CA 19)

On constate par ailleurs, dans les vidéos (AD 12, RV 25...), que lorsque la relation médecin-patient est créée, c'est-à-dire qu'une certaine confiance et facilité d'échange transparissent, le médecin semble avoir besoin de moins d'arguments rationnels/scientifiques pour convaincre et rassurer le patient. C'est aussi ce que dit M. Balint. (57-Page 51-« La compagnie d'investissement mutuel »)

Ces consultations sont alors davantage basées sur le partage de la réflexion mutuelle du médecin et du patient, avec une réelle avancée commune dans la compréhension du symptôme et son diagnostic. A l'inverse, dans d'autres consultations, il semble exister une relation de « méfiance » dans laquelle le patient teste son médecin.

Plusieurs extraits de la littérature cités précédemment (9) (10) mettent en avant le fait qu'un médecin prescrivant des examens complémentaires dans la prise en charge des SBI entraîne une insatisfaction mutuelle du médecin et du patient et donc une dégradation de la qualité de leur relation de confiance. Il semblerait que le médecin décrédibilise l'hypothèse qu'il a proposée au patient en proposant un examen non cohérent avec cette hypothèse.

On peut conclure que la base d'une prise en charge efficace d'un SBI serait une réelle implication du médecin dans l'établissement, la consolidation et le maintien d'une relation de confiance avec son patient comme décrit dans la thèse d'Olivier Nardon. (51-page 205)

La prise en charge de ces SBI devrait donc passer par une formation spécifique des médecins à la dimension relationnelle de la consultation.

Faire découvrir aux étudiants, dès le deuxième cycle des études médicales, les groupes d'échange « Balint » pourrait être un bon moyen d'appréhender le côté relationnel de nos consultations « difficiles » et ainsi résoudre peut-être plus facilement et avec plus de satisfaction la prise en charge de SBI. Cette pratique est encore trop peu recommandée aujourd'hui. (57-page 49)

Outre l'aspect lié à la formation, deux médecins interrogés nous ont en effet notamment déclaré : « Ce genre de consultation est compliqué à gérer quand le patient ne rentre pas dans la relation ». (AS 13), « Des fois on se demande comment font les autres...peut-être la confrontation avec d'autres généralistes ». (MC 26) Il semble ainsi important que les médecins déjà formés **puissent, eux aussi, échanger sur le sujet.**

iv. Apprendre à penser « psychothérapie »

Lors de nos résultats, nous avons mis en évidence l'importance de la « psychothérapie » dans la prise en charge des SBI. Les médecins disent passer à des consultations de psychothérapie de soutien quand le besoin s'en fait sentir (besoin de parler du patient) ou adresser le patient au psychologue quand cela semble « trop technique » pour eux-mêmes.

Nous avons constaté lors de l'analyse des vidéos de consultations que lorsque les médecins accompagnent leur patient, leur expriment leur soutien ou adoptent une attitude de « maternage », ils sont dans ce que l'on appelle le « **premier espace** » en psychothérapie (58). Ce « premier espace » se définit ainsi :

Il s'agit du type de relation dans lequel le médecin est supposé tout savoir, et le patient attend d'être protégé et dirigé par ce personnage tout puissant.

Ce premier espace devrait progressivement laisser la place au deuxième espace, espace d'expériences partagées et d'échanges où médecin et patient accèdent au lien psychosomatique et au désir de changement, en particulier grâce à une **écoute réflexive** du médecin/thérapeute. Le troisième espace représente l'espace d'autonomisation du patient sur sa situation globale, dans lequel la relation se fait d'égal à égal.

De plus, il s'opère plus souvent une **relation de « transfert-contre transfert »** entre ces patients et le médecin « psychothérapeute ». En effet, ces patients ayant besoin de parler, reviennent souvent voir leur médecin généraliste. Le médecin va écouter le patient, lui poser des questions et surtout l'autoriser et l'aider à exprimer ses émotions. Il va également le pousser à modifier son comportement pour mieux vivre et le soutenir dans son désir et ses efforts de changements, de réappropriation de son histoire, toujours avec cette idée de proximité et de bienveillance. A travers cette attitude « psychothérapeutique » qu'adopte le médecin, le patient peut vivre une expérience correctrice, c'est à dire réparer une blessure, un manque passé. M. Balint a bien décrit ce processus thérapeutique dans son livre sur « le défaut fondamental ». (59)

Les cas de consultations étudiés dans le cadre de cette thèse, se situent donc le plus souvent dans le « premier espace ». En effet, le médecin est ici dans une posture de **soutien** et de « **maternage** » vis à vis de son patient, il l'accompagne et le porte dans sa globalité, (« Le holding » D.W.Winicott) et est plutôt directif.

Dans certaines consultations, le deuxième espace apparaît à travers l'évocation du contexte de vie et des problèmes personnels, soit par le médecin, soit par le patient. Il n'y a que peu de consultations dans lesquels médecins et patients se mettent d'accord sur l'hypothèse SBI (Exemple vidéo CA 19), et encore moins de consultations dans lesquelles ils tentent ensemble d'approfondir la problématique globale sous-jacente (exemple vidéo AD 12, AD 23). Enfin, on peut dire que le troisième espace n'a pas été abordé dans ces vidéos.

Ne serait-ce donc pas cela la prise en charge des SBI ? :

- Faire passer le patient du premier au deuxième espace
- Aider le patient à découvrir le lien entre ce qui se passe dans sa vie, son psychisme et ses symptômes

- Lui faire prendre conscience de la part qu'il peut prendre dans la résolution de la situation morbide à laquelle il est confronté

Or, il semble qu'il existe un certain « blocage » de la part des médecins à faire passer leur patient dans le deuxième espace, et métaphoriquement à entrer dans le deuxième espace avec eux. En effet, ces médecins font plutôt preuve de directivité que d'écoute réflexive à l'égard de leur patient. De plus, comme évoqué dans les résultats, ils ne laissent pas suffisamment de place à l'échange autour de l'histoire du patient et ne vont pas chercher à comprendre où se situe le patient dans son histoire et par rapport à son symptôme

Suite à ce constat, nous pouvons dire la chose suivante :

- le fait de penser « médecine générale » ou « psychothérapie » clive les démarches diagnostiques et thérapeutiques en prise en charge médicale ou psychothérapeutique.

Ainsi, nous pouvons fortement émettre l'hypothèse suivante :

- si les médecins pensaient « psychothérapie du premier, deuxième, troisième espace », ils auraient moins peur d'entendre et de discuter du contexte de vie des patients, et donc d'amener le patient dans le deuxième espace.

Dans toutes consultations de médecine générale et encore plus dans les SBI, ne pouvons-nous pas dire que la psychothérapie doit être envisagée comme « au cœur » de la consultation ou même « à la base » de la consultation, comme si la psychothérapie était le cadre, le fond de toutes consultations. Ceci permettrait d'amorcer la compréhension du patient puis son désir de changement ?

Ces résultats semblent coïncider avec ceux de l'article du Pr Jens Gaab énonçant les critères d'efficacité d'une psychothérapie. (29) Ils confortent le fait qu'une prise en charge efficace des SBI doit passer par une approche/attitude « psychothérapeutique », à savoir la création d'une relation de confiance entre le médecin et son patient, l'amorce d'une compréhension commune et partagée de la plainte « somatique » du patient, la prise en compte dans sa globalité (contexte de vie) et l'amorce d'un changement à opérer chez le patient.

Ainsi, il s'agit, au travers de ces critères, de faire passer le patient du premier espace au deuxième espace du cadre relationnel.

Cependant, il faut noter que les médecins ont leurs propres limites. Tous les médecins ne vont pas pouvoir ou vouloir se poser des questions « existentielles » sur leur patient ou pour eux-mêmes. C'est aussi pour cela que tous les médecins ne participent pas à des groupes « Balint ».

C. Notre synthèse des outils d'aide à la prise en charge des SBI en consultation

Avant de vous proposer un résumé d'aide à la prise en charge des SBI, il faut bien garder à l'esprit que cette prise en charge se fait de façon progressive dans le temps et non instantanée. Néanmoins certaines choses se jouent dès la première consultation : si le médecin se montre fermé au contexte

de vie et aux éléments psychologiques, l'interaction risque de s'enfermer dans le domaine biomédical. Il apparaît donc nécessaire de penser « ouverture » dès la première évocation du symptôme.

Nous allons présenter cette prise en charge sous la forme d'une **pièce de théâtre**. En effet, les médecins ont évoqué à plusieurs reprises la notion de « jeu », de « théâtralisation », de « jouer un rôle ». Ceci nous a semblé intéressant et tout à fait adapté à la prise en charge d'un patient SBI en consultation.

Une consultation SBI se joue entre deux protagonistes. Il apparaît que chacun des protagonistes a ont un rôle bien défini à jouer pour arriver à une prise en charge satisfaisante, tant pour le patient que pour le médecin.

Le patient, dans son rôle d'« acteur », joue sa problématique à travers le symptôme qu'il présente. Ce jeu est spécifique à chaque patient, avec son vécu, dans son expressivité et son ressenti. C'est l'occasion pour lui d'exprimer ou même de sublimer/transcender une émotion/un traumatisme.

Le médecin, dans son rôle de « metteur en scène », va créer le « décor » pour qu'il soit le plus propice à la verbalisation et à l'expressivité du patient et ainsi décrypter, à travers ce message, ce que le patient voudrait dire, ce qu'il ne sait pas qu'il voudrait dire, ce qu'il essaie d'exprimer.

Ainsi, à l'image d'une pièce de théâtre, il y a bien la mise en scène d'une histoire avec un dialogue entre deux personnes, qui soutient un sens caché à l'histoire et qu'il faut trouver.

1. Le cadre : la consultation SBI

- a. Accepter le SBI comme diagnostic positif
- b. Imposer des limites dans les motifs de consultation
- c. Etre dans une attitude d'égal à égal avec son patient
- d. Faire préciser au patient les caractéristiques de son symptôme
- e. Se fixer des objectifs communs

2. Le double rôle du médecin : metteur en scène du scénario proposé par le patient SBI

- a. Favoriser l'expression du vécu du symptôme
- b. Faire émerger le diagnostic global et une explication centrée patient
- c. Evaluer l'intérêt des examens para-cliniques orientés patient
- d. Accompagner le patient dans la continuité

3. Le rôle du patient : scénariste et acteur de son SBI

- a. Exprimer/verbaliser son vécu au médecin = jouer un rôle/théâtraliser
- b. Exploiter ses propres ressources
- c. Accepter progressivement le lien « corps/psychique » du symptôme
- d. « Se détacher » de son symptôme

1. De la construction d'un cadre à la consultation...

Le médecin, dans son rôle de metteur en scène, doit pouvoir poser un **cadre à la consultation** dès le début, dès la présentation du symptôme par le patient.

Il doit pouvoir limiter les motifs de consultation exprimés par le patient, pour éviter de se laisser « noyer » dans la tentative de répondre à de multiples plaintes (qui ne sont que la face immergée de l'iceberg) ; ainsi il aura plus de temps pour identifier le problème sous-jacent et prendre en charge efficacement ce patient « fonctionnel ».

S'il ne le comprend pas, le médecin doit pouvoir faire préciser au patient les explications de son symptôme, jusqu'à obtenir, dans la mesure du possible, la conviction d'être face à un SBI.

Pour cela, le médecin doit être convaincu que le SBI est un **diagnostic positif** avant tout et non un diagnostic d'élimination. Sinon, il renverra au patient le message « il n'y a pas de maladie donc c'est fonctionnel », sous-entendu, « c'est rien ». Ce qui est contraire au message dont le patient a besoin pour se sentir écouté et compris dans le vécu de son symptôme. De plus, dans cette situation, le patient se perdra dans la crainte de rater quelque chose d'organique.

Le déroulement de la consultation doit se faire dans une **attitude d'égal à égal** avec le patient et en toute humilité afin que le patient puisse se sentir en **pleine confiance** dans la relation, soutenu et guidé par son médecin. Ceci favorisera les échanges médecin-patient au combien important dans la prise en charge des SBI.

A ce titre, l'étude réalisée au Pays-Bas en 2017 confirme le fait que les patients attendent de leur médecin, **une relation et un modèle de communication basés sur des partenaires égaux**. (40)

Cadrer la consultation, c'est aussi **se fixer des objectifs** en tant que médecin et les faire partager au patient.

2. ... A l'accompagnement « spécifique » du patient SBI

L'accompagnement passe par un **intérêt** et une **écoute active** de l'histoire du symptôme et de l'histoire du **vécu** du patient. Lors de cette écoute, le médecin aide le patient à exprimer/verbaliser tout ce qui rayonne autour du symptôme, le contexte.

Le médecin doit également faire preuve d'**empathie** et d'**intérêt** pour le patient. Il doit verbaliser sa **compréhension des émotions** du patient et sa **reconnaissance de la souffrance** du patient.

Le patient se sentira ainsi en confiance et écouté par son médecin, et aura plus de facilité à se livrer et à s'exprimer. Un certain nombre d'outils sont à sa disposition en matière de communication :

Il s'agit de faire des **reformulations**, de **noter et de renvoyer** les propos du patient, de **décrypter** le symptôme, d'**interpréter** le vécu et de proposer cette « interprétation » au patient.

Face à ce symptôme dont on n'a pas d'explications biomédicales, cet accompagnement permettra de donner de la légitimité au symptôme et en quelque sorte de le « rationaliser ».

Accompagner, c'est aussi chercher des liens et amener progressivement le patient, au travers d'une ou de plusieurs consultations, à faire des liens entre son symptôme et son contexte de vie. Le médecin

peut proposer des explications au travers de liens formulés au patient de ce qu'il a pu comprendre/interpréter.

Ces résultats rejoignent les résultats d'une étude qualitative réalisée en Allemagne en 2011, qui analysait les réactions des patients à l'attribution du terme « psychosomatique ». Les patients exprimaient un mécontentement et une résistance à l'utilisation de ce terme à leur égard. Ainsi, il a été suggéré que le thérapeute devait être moins persuasive et plus dans une approche centrée « patient ».

Ces résultats confirment que le médecin/thérapeute doit chercher à comprendre où se situe le patient et ce que celui-ci peut entendre, pour que médecin et patient avancent vers l'acceptation d'une origine « autre » de son symptôme. (60)

Le patient pourra ainsi progressivement prendre conscience et accepter l'idée d'un tel lien ou bien le refuser. Cela lui donnera la possibilité de contextualiser son symptôme et de le relier à une origine pour mieux l'oublier.

A ce titre, deux médecins interrogés exprimeront deux éléments importants à prendre en considération et à intégrer dans la prise en charge des SBI :

- Le vécu prime sur l'organique : « ...J'étais dans l'écoute du vécu de la patiente, quitte à...la revoir pour l'examiner ». (RV 25)
- La relation médecin-patient prime sur le biomédical pur : « ...Essayer d'être axé plus sur la relation que sur le biomédical pur ». (AD 12)

3. ... En passant par un diagnostic et une explication centrée patient avant tout

Il existe plusieurs manières de poser un diagnostic SBI et d'apporter une explication au patient de son symptôme.

Certains apportent des explications « scientifiques », tout en exprimant les limites de la science et pose un diagnostic « fonctionnel » défini adapté au patient et en lien avec son contexte de vie. (MC 26) D'autres expriment le fait d'être face à un SBI et donnent une explication du symptôme au moyen du contexte de vie du patient sans apporter d'éléments physiopathologiques. (AD 12) Il s'agit pour ces médecins, de rester dans un partage de la réflexion avec le patient, autour du diagnostic et de son origine, de façon continue. D'autres encore préciseront qu'ils s'appuient sur les « *propres ressources du patient* » pour apporter une réponse à sa plainte. (RV 25) Ces résultats confirment les résultats d'une étude réalisée en 2016 et citée en amont dans cette thèse qui montraient que les explications co-crées par patients et généralistes sont les plus susceptibles d'être acceptées. (41) D'autres indiquent au patient que ce n'est « *pas grave* » et que c'est « *lié au stress* » sans donner plus d'explications. (PC 14) Ces différentes façons d'expliquer au patient qu'on est face à un symptôme fonctionnel intègre toujours un lien plus ou moins direct et explicite avec le vécu du patient.

Certains médecins ne vont pas forcément faire ce lien et le patient se contentera d'un « *c'est comme ça* », ou vont donner des explications « physiologiques » tirées de leur imagination sans forcément être convaincu de la pertinence et de la véracité de leur propos. (FB 27)

Ainsi, comme le souligne l'étude réalisée en 2017, basée sur l'attente des patients atteints de SBI vis-à-vis de leurs médecins généralistes, il est important, pour mettre en place une **approche personnalisée**, de passer par un diagnostic et une explication spécifique au patient. (40)

A ce titre, concernant l'explication en général, il semble pertinent d'apporter la remarque suivante : Une explication peut être insatisfaisante en tant qu'explication mais apporter des résultats satisfaisant du point de vue perlocutoire. (61) Ainsi, ce n'est pas tant la qualité d'un point du vue « scientifique » mais plutôt le but recherché, attendu et atteint qui fait de l'explication donnée au patient sur son SBI, une explication satisfaisante.

4. ... Et une évaluation pertinente de l'organicité dans les SBI

Savoir penser SBI, c'est aussi savoir limiter les examens complémentaires et les avis spécialisés. En effet, une prescription d'examens peut s'avérer pertinente si les arguments nous font fortement pencher vers une cause organique. Dans ce cas-là, il y a peu d'éléments en faveur d'une origine « fonctionnelle » dans la consultation. Si le patient a une réelle angoisse liée au fait d'avoir une maladie particulière, il faut en effet pouvoir le rassurer dans la mesure du possible.

Les médecins qui demandent des examens ou des avis spécialisés de façon excessive et non adaptée sont ceux qui disent craindre de passer à côté d'une organicité, qui ne se font pas confiance et qui ne sont pas à l'aise avec les symptômes fonctionnels. Ceci a déjà été décrit lors de la thèse de F. Matta (« Abord des symptômes biomédicalement inexpliqués selon la formation des médecin généralistes »). (12)

Nous avons questionné les médecins sur le devenir des patients des vidéos de consultations. Aucun des patients ayant subi des examens complémentaires ou des avis spécialisés, n'a eu d'anomalies organiques détectées. Cela confirme que les médecins n'osent pas appliquer l'hypothèse « symptôme fonctionnel » ou « SBI » à leur patient. Ils restent focalisés sur l'organique, le biomédical.

A ce titre, lors d'un travail de recherche effectué en 2014 (62), a été étudié le paradoxe entre, d'une part, la connaissance théorique des causes des plaintes « fonctionnelles » et des éléments permettant une prise en charge globale propre à la médecine générale, et d'autre part, la difficulté pratique des médecins en début d'exercice à traiter ce type de plaintes complexes. Suite à la mise en évidence d'un modèle de pensée encore trop présent, dichotomisant la démarche diagnostique et thérapeutique en prise en charge organique (éliminer l'organicité) puis psychosomatique, il a été proposé un nouveau modèle de pensée « intégrative » dans lequel le médecin adapte le mode de prise en charge sur l'un des versant (somatique ou psychique) en fonction de l'orientation du travail d'approfondissement et du suivi.

Il est donc bien question d'appréhender ces symptômes suivant un modèle d'approche globale, en incorporant dès la première consultation les composantes psychiques et somatique, hypothétiques et thérapeutiques.

5. ...Sans oublier un suivi spécifique du patient SBI

Proposer au patient de le revoir et prendre le temps nécessaire pour le revoir semble indispensable pour progresser vers le cheminement et l'affinement d'une réflexion partagée. Ainsi, le patient sait que son médecin est disponible.

Le médecin peut réévaluer les choses et s'enquérir de nouvelles informations pour avancer avec le patient dans la réflexion.

« ...La consultation, c'est pas un produit fini, y a beaucoup de travail qui se passe après la consultation... ». (PG 10)

Parfois le patient ne ressent pas le besoin de revenir.

Il s'agit là d'une prise en charge spécifique dans la continuité et dans la temporalité du patient et de son symptôme.

Conclusion

Les consultations de patients présentant des Symptômes Biomédicalement Inexpliqués (SBI) sont fréquentes. Elles posent un problème de santé publique car engendrent un coût important lié à la recherche et à la multiplication des examens et des demandes d'avis spécialisés pour tenter de trouver des explications à ces symptômes.

Les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge de ces patients. Les études actuelles visent à étudier l'approche centrée patient par la mise en place d'une psychothérapie mais aussi l'approche centrée maladie par la mise en place de traitements « psychotropes ». Cependant, ni la prise en charge psychothérapeutique ni la prise en charge médicamenteuse n'ont montré d'efficacité significative sur l'évolution de ces SBI.

Ces études montrent à quel point le clivage entre le corps et l'esprit existe et persiste dans la manière de raisonner et d'étudier la prise en charge de ces symptômes.

Avec la redéfinition des Troubles Somatoformes du DSM V (« Troubles de Symptômes Somatique et apparentés »), il n'est plus question de s'intéresser au caractère « biomédicalement inexpliqué » présent ou absent de ces troubles, mais plutôt au vécu de son symptôme ou de sa maladie par le patient, qu'il soit expliqué ou non, au travers des pensées, sentiments et comportements anormaux de ce dernier.

Cette nouvelle approche fait craindre un sur diagnostic des patients présentant les critères diagnostiques de ce trouble. Cela ne fera qu'augmenter les avis/prises en charge psychiatriques de ces troubles qui sont pourtant très présents en médecine générale.

De plus, cela ne fera pas avancer la question de la prise en charge, surtout si, malgré le fait d'élargir la définition aux symptômes biomédicalement expliqués, on continue à raisonner « médical » ou « psychique » ; la question à se poser ne serait-elle pas plutôt : comment aider efficacement les patients qui présentent des symptômes non explicables sur un plan biomédical mais explicable sous une autre forme de rationalité ?

Que ce soit pour les SBI ou plus spécifiquement pour les « Troubles de Symptômes Somatiques », nous avons constaté qu'il n'existait pas de proposition d'outils d'aide à la prise en charge spécifique des patients souffrant de ces symptômes.

D'où la réalisation de notre étude de recherche dont la problématique était d'observer comment les médecins généralistes prennent en charge les SBI en consultation de médecine générale et de les interroger sur les représentations et motivations sous-jacentes de leur prise en charge. L'objectif secondaire était de proposer un schéma thérapeutique de prise en charge des SBI, base d'une approche consolidée permettant de mieux appréhender les SBI.

Nous avons réalisé une étude qualitative, basée sur une double analyse. Nous avons travaillé sur des vidéos de consultations filmées. Nous avons dans un premier temps procédé à la transcription de 13 vidéos type SBI, soit 11 vidéos de consultations correspondant à onze médecins différents et 2 vidéos de deux médecins déjà choisis ; puis nous avons analysé ces vidéos suivant la méthode d'analyse par théorisation ancrée. A travers l'analyse de ces vidéos, nous avons fait ressortir une trame de consultation idéale, que nous avons confrontée avec l'interaction observée dans les consultations. De cette confrontation, nous avons créé un questionnaire général pour évaluer le positionnement théorique des médecins vis à vis des patients présentant des SBI puis un questionnaire spécifique pour leur demander des éclaircissements sur la façon dont ils avaient mené leurs consultations dans les vidéos.

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à un entretien semi-dirigé de 11 médecins et avons retranscrit et analysé ces entretiens selon la méthode d'analyse par théorisation ancrée.

Les résultats de l'étude ont mis en évidence un certain nombre d'éléments. Tout d'abord, la posture du médecin, semble conditionner la prise en charge des SBI. En effet, un médecin adoptant un discours et une attitude d'égal à égal avec son patient permettrait de mieux communiquer et de faire passer des messages qui seraient beaucoup moins bien entendus et compris autrement. Ceci devrait être effectué, en faisant preuve de « maternage » et de directivité chez ces patients qui ont besoin d'un cadre, de soutien et d'être guidé, pour ensuite amorcer un changement de comportement et ainsi devenir autonome. Les médecins, lors des entretiens, affirmeront la plausibilité d'un SBI associé à un contexte de vie présent lors de leur consultation ; paradoxalement, ils ne se laisseront pas la place à ce diagnostic, s'attachant à orienter leur consultation vers une hypothèse organique. Certains exprimeront la peur de ne pas diagnostiquer une maladie grave et se réfugieront dans une prise en charge somatique pour se rassurer. D'autres médecins semblent éviter d'orienter la consultation et donc les patients à explorer leur contexte de vie, à chercher ensemble, à se poser des questions, alors que souvent, le patient donne une porte, à moitié ouverte, que le médecin n'ira pas ouvrir complètement. Ces médecins ont un sentiment d'incompétence face à ce type de patient et préfèrent leur laisser le choix sur leur orientation diagnostique.

Suite aux résultats de l'étude, nous avons imaginé la prise en charge des SBI sous la forme d'une **pièce de théâtre** dans laquelle médecin et patient ont un rôle bien défini et spécifique à jouer afin d'aboutir à une prise en charge satisfaisante des SBI. Il s'agit donc d'un travail à deux.

Tout d'abord, le médecin, dans son rôle de **metteur en scène** doit pouvoir poser un **cadre** à la consultation, celui-ci passe d'abord par une **approche spécifique** au SBI. Le médecin doit être dans un état d'esprit « **d'ouverture** » face à la possibilité d'un SBI et laisser la place au diagnostic dans sa consultation, en tant que **diagnostic positif**.

Il doit pouvoir **guider** le patient sans se laisser « déborder » par celui-ci tout en étant dans une posture d'égal à égal avec le patient, comme des **partenaires égaux**. Ce cadre passe aussi par une prise de conscience du médecin de la nécessité de **penser « psychothérapie » au sein d'une consultation de médecine générale pour SBI**, et non de penser « consultation de médecine générale » ou « consultation de psychothérapie ».

Après avoir posé ce cadre et défini les « conditions nécessaires » au bon déroulement de cette pièce, médecin et patient ont un rôle respectif. Toutes les conditions citées-ci après sont également nécessaires pour espérer aboutir à une satisfaction médecin et patient et ainsi à une prise en charge optimale des SBI.

Le médecin, en tant que metteur en scène du scénario de son patient, va devoir accompagner son patient de manière « spécifique » et « adapté ». Cet accompagnement passe par un **intérêt** et une **écoute active** de l'histoire du symptôme et du contexte de vie du patient. Le médecin s'attachera à aider son patient à **verbaliser** et **exprimer** sa plainte, son ressenti et son vécu du symptôme au travers de moyens de communication. Il s'agira de **décrypter et reformuler** les propos du patient. Une fois le diagnostic émergé, le médecin partagera ses propres réflexions et son interprétation de la situation, qu'il soumettra à la critique ou à l'adhésion du patient. Il s'agira ensuite de revenir sur le symptôme pour reconnaître la réalité de sa souffrance. L'explication apportée au patient sera une **explication**

adaptée en lien avec son histoire de vie et si possible **co-crée et partagée** avec le patient. Les examens para cliniques et avis spécialisés seront prescrits avec plus de parcimonie, toujours orientés patient SBI et non centrés élimination de la maladie.

A travers cet accompagnement, le médecin aidera son patient à avancer progressivement vers la compréhension de son symptôme et à accepter l'existence d'un lien spécifique entre son corps et son psychique.

Cependant, cette consultation ne s'arrête pas là. Le médecin devra suivre son patient dans la continuité pour avancer avec lui dans cette compréhension et cette acceptation qui se font souvent dans la durée. Cet accompagnement « spécifique » ne peut se faire sans une **relation « spécifiquement » créée** entre le médecin et son patient. Il s'agit de développer un niveau de **confiance** suffisant entre les deux protagonistes pour que la relation aboutisse à un résultat satisfaisant pour le patient et le médecin. Cette confiance se joue de part et d'autre. Ainsi, plus la relation sera « **unique** » et **basée sur une confiance mutuelle**, plus le médecin pourra rassurer et faire passer facilement ses messages, sans résistance de la part du patient.

Le patient, quant à lui, facilitera d'autant le rôle du médecin que la verbalisation de son vécu autour du symptôme et de son histoire de vie est riche et expressive. Ainsi, le patient est l'**acteur** de son scénario. Il devrait aboutir à la prise de conscience et à l'acceptation du lien entre son histoire de vie et sa plainte somatique. Ceci lui permettra de ressentir un soulagement en profondeur et un détachement progressif vis-à-vis de son symptôme. Puis il s'attachera, avec l'aide du médecin, à avancer dans la compréhension et la résolution de son symptôme autour de ce lien mis en évidence, en exploitant ses **propres ressources**.

Il jouera d'autant mieux son rôle qu'il permettra au médecin de mieux le connaître et de l'appréhender dans sa globalité. Si, dans le suivi au long cours, le médecin répond tant aux besoins de « maternage » que de prise de conscience et d'autonomisation progressive, le patient pourra vivre une **expérience correctrice** de ses manques et traumatismes passés.

Ainsi, il s'agit pour le médecin de ne pas de rester dans un clivage « psyché/soma » mais de faire évoluer la vision vers la « dualité » existant entre le corps et l'esprit, le fonctionnel et l'organique. Intégrer que le vécu coexiste avec l'organique et savoir « mettre de côté » le biomédical strict dans ces consultations, sont deux éléments, à mon sens, essentiels à prendre en compte en tant que médecin généraliste.

La problématique de la prise en charge des SBI pourrait alors s'appréhender de la sorte : *faire passer les patients du premier espace au deuxième espace relationnel*. Il s'agirait de prévoir les formations adéquates pour mettre en œuvre cette pratique. Pour ceci, il faudrait apporter les preuves de l'efficacité de cette approche.

Suite à cette étude qualitative, mettant en avant un modèle de prise en charge idéale des SBI, mais également les prérequis nécessaires à l'utilisation de ce modèle, plusieurs pistes de recherche pourraient donc prolonger ce travail.

Il pourrait être intéressant d'interroger les patients au travers d'une **étude qualitative** sur leur SBI, leur histoire de vie, leur ressenti de la consultation et leurs attentes spécifiques de cette prise en charge ;

et de les confronter à nos résultats pour appuyer les résultats de notre étude.

Il serait également intéressant et logique de réaliser une **étude quantitative**, permettant de valider les différents critères du modèle de prise en charge idéal des SBI identifiés dans cette thèse. Un protocole détaillé de prise en charge des SBI serait fourni aux médecins ciblés par l'étude. A chaque consultation SBI, le médecin remplirait une grille de notation de ces critères, évaluant leur pertinence dans le déroulement de sa consultation. Parallèlement, le patient remplirait une grille de satisfaction à la fin de la consultation (qu'il pourrait laisser dans une boîte et non rendre au médecin). Pour s'assurer de la fiabilité des données collectées, après chaque recueil des réponses au questionnaire, un entretien serait nécessaire entre les médecins ciblés et le responsable de l'étude.

Bibliographie

- 1) Reid S, Crayford T, Richards S, Nimnuan C, Hotopf M. Recognition of medically unexplained symptoms—do doctors agree? *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 1 nov 1999 [cité 8 mai 2018];47(5):483- 5. Disponible sur: [https://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(99\)00052-5/abstract](https://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(99)00052-5/abstract)
- 2) Arnold IA, Speckens AEM, Hemert AM van. Medically unexplained physical symptoms: The feasibility of group cognitive–behavioural therapy in primary care. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 1 déc 2004 [cité 8 mai 2018];57(6):517- 20. Disponible sur: [https://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(04\)00518-5/abstract](https://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(04)00518-5/abstract)
- 3) Cathébras P. Troubles fonctionnels et somatisation: Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués. Paris: Elsevier Masson; 2006. 256 p.
- 4) BRABANT I. Médecins généralistes et Symptômes biomédicalement inexpliqués : Etude Qualitative des représentations et déterminants de la prise en charge des patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués à partir de 14 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes lyonnais. [Thèse Médecine]. [Lyon]: l'Université Claude Bernard Lyon 1 U.F.R. LYON-RTH LAENNEC; 2006.
- 5) Balestrat R, Filloux Y, Jonquille C. Troubles somatoformes. Quelle attitude adopter ? *La Revue du Praticien- Médecine Générale*. oct 2004;18:664- 5.
- 6) Katsamanis M, Lehrer PM, Escobar JI, Gara MA, Kotay A, Liu R. Psychophysiologic treatment for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychosomatics* [Internet]. juin 2011;52(3):218- 29. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21565593>
- 7) Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ. Traitement médicamenteux des symptômes physiques prolongés médicalement inexpliqués (troubles somatoformes): examen des preuves. 7 nov 2014 [cité 15 avr 2018]; Disponible sur: http://www.cochrane.org/fr/CD010628/traitement-medicamenteux-des-symptomes-physiques-prolonges-medicalement-inexpliques-troubles-somatoformes_-examen-des-preuves
- 8) Hoedeman R, Blankenstein AH, an der Feltz-Cornelis CM, Krol B, Stewart R, Groothoff JW. Lettres de consultation à l'usage des médecins de premier recours dans la prise en charge des patients présentant des symptômes physiques sans cause organique identifiée. 8 déc 2010 [cité 15 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD006524/lettres-de-consultation-a-lusage-des-medecins-de-premier-recours-dans-la-prise-en-charge-des-patients-presentant-des-symptomes-physiques-sans-cause-organique-identifiee>
- 9) Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ* [Internet]. 1 mai 2004 [cité 15

avr 2018];328(7447):1057. Disponible sur:
<http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.38057.622639.EE>

- 10) Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res* [Internet]. oct 2005;59(4):255- 60; discussion 261-262. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16223629>
- 11) PATRIS EC. La prise en charge des troubles psychosomatiques en médecine générale : état actuel du savoir et connaissances des médecins généralistes [Internet] [Thèse de doctorat en médecine générale]. UNIVERSITE PARIS 7 – DENIS DIDEROT FACULTE DE MEDECINE; 2010. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3509_THESE_FINALE_a_imprimer.pdf
- 12) MATTA F. Abord des symptômes biomédicalement inexpliqués selon la formation des médecins généralistes [THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE]. UNIVERSITE PARIS DESCARTES (PARIS 5) - Faculté de Médecine de PARIS DESCARTES; 2009.
- 13) MOREAU P, GIRIER P, FIGON S, LE GOAZIOU M-F. Symptômes biomédicalement inexpliqués : Intérêt de l'approche globale en médecine générale. *La Revue du praticien Médecine générale*. 2004;(643):292-5.
- 14) Mayes R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci* [Internet]. 2005;41(3):249- 67. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15981242>
- 15) Association AP. DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition [Internet]. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 1985 [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.biblio.com/book/dsm-iii-diagnostic-statistical-manual-mental/d/1073342420>
- 16) Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* [Internet]. mai 2005;162(5):847- 55. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15863783>
- 17) Jackson JL, Kroenke K. Managing somatization: medically unexplained should not mean medically ignored. *J Gen Intern Med* [Internet]. juill 2006;21(7):797- 9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16808789>
- 18) Wessely S, White PD. There is only one functional somatic syndrome. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. août 2004 [cité 8 mai 2018];185(2):95- 6. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/there-is-only-one-functional-somatic-syndrome/41110CF970D44700E5CD43F4BCEFDE360>

- 19) Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? Lancet [Internet]. 11 sept 1999;354(9182):936- 9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10489969>
- 20) Hiller W, Rief W. Why DSM-III was right to introduce the concept of somatoform disorders. Psychosomatics [Internet]. avr 2005;46(2):105- 8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15774947>
- 21) Chadda RK. Somatisation : nosology to biology. Indian J Psychiatry [Internet]. juill 2000;42(3):225- 36. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21407948>
- 22) Lipowski ZJ. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. CMAJ [Internet]. 15 sept 1986 [cité 8 mai 2018];135(6):609- 14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1491312/>
- 23) Rief W, Isaac M. The future of somatoform disorders: somatic symptom disorder, bodily distress disorder or functional syndromes? Curr Opin Psychiatry [Internet]. sept 2014;27(5):315- 9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25023885>
- 24) Consoli SM. Devenir des troubles somatoformes dans le DSM-5 : disparition ou renouveau ? European Psychiatry [Internet]. 1 nov 2015 [cité 8 mai 2018];30(8):S41. Disponible sur: [https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338\(15\)00296-5/abstract](https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(15)00296-5/abstract)
- 25) Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The “number needed to offend”. BMJ [Internet]. 21 déc 2002 [cité 8 mai 2018];325(7378):1449- 50. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/325/7378/1449>
- 26) Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, Sirbu C, Dwamena FC, Hodges A, et al. Exploration of DSM-IV Criteria in Primary Care Patients With Medically Unexplained Symptoms. Psychosom Med [Internet]. 2005 [cité 8 mai 2018];67(1):123- 9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1894627/>
- 27) Mayou R, Farmer A. Functional somatic symptoms and syndromes. BMJ [Internet]. 3 août 2002 [cité 8 mai 2018];325(7358):265- 8. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/325/7358/265>
- 28) LOUIS SJ, JAAFARI N, PAILLARD C, VOYER M. Le malade exprimant des plaintes somatiques [Internet]. Faculté de Médecine et Pharmacie - POITIERS. Disponible sur: <http://senon-online.com/Documentation/telechargement/2cycle/semiologie/malade%20plaintes%20somatiques.pdf>
- 29) Sachse R. Schwarz ärgern - aber richtig: Paradoxe Ratschläge für Psychosomatiker. Klett-Cotta; 2007. 138 p.
- 30) MEUNIER S. Les symptômes médicalement inexpliqués en médecine générale Etude réalisée auprès de 12 médecins généralistes enseignants [Internet] [Thèse de doctorat en médecine générale].

[CRETEIL (PARIS 12)]: UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL; 2009.
Disponible sur: http://www.medecinegen-creteil.net/wp_creteil/wp-content/uploads/2011/10/THESE_MEUNIER.pdf

- 31) Kupfer DJ. Somatic Symptoms Criteria in DSM-5 Improve Diagnosis, Care [Internet]. Huffington Post. 2013 [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.com/david-j-kupfer-md/dsm-5_b_2648990.html
- 32) Fibromyalgie - Recherches scientifiques [Internet]. Fibromyalgie Association Normandie. [cité 21 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.fibromyalgie-association-normandie.fr/recherches-scientifiques-p182820.html>
- 33) Capucin I. DSM 5 : nouveaux troubles, nouvelle controverse... [Internet]. Le Cercle Psy, le magazine de toutes les psychologies. [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: https://le-cercle-psy.scienceshumaines.com/dsm-5-nouveaux-troubles-nouvelle-controverse_sh_30488
- 34) Frances A. Terrible News: DSM-5 Refuses to Reduce Overdiagnosis of « Somatic Symptom Disorder » [Internet]. Huffington Post. 2013 [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.com/allen-frances/terrible-news-dsm-5-refus_b_2473321.html
- 35) Sharpe M. Somatic symptoms: beyond 'medically unexplained'. The British Journal of Psychiatry [Internet]. nov 2013 [cité 8 mai 2018];203(5):320- 1. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/somatic-symptoms-beyond-medically-unexplained/B3D386D6DEF41184DCB44640CB4F1043>
- 36) Gallais JL, Clément G, De Butler J, Dufour C. Le flou et le scientifique. Un Couple inséparable. Exercer. 1991;(10):4-7.
- 37) Schulz P. Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10. De Boeck Supérieur; 2016. 1418 p.
- 38) Van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 1 nov 2014;(11):CD011142.
- 39) MARTINEAU A. Etude des troubles fonctionnels en médecine générale dans les situations de plaintes inexpliquées : observation et analyse à partir d'un cas clinique auprès de 65 médecins généralistes en Vendée [Internet] [Thèse de doctorat en médecine générale]. [NANTES]: UNIVERSITE DE NANTES FACULTE DE MEDECINE; 2014. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/cdbbbc60-8e58-4f9e-92ff-b607632eef85>
- 40) Houwen J, Lucassen PLBJ, Stappers HW, Assendelft PJJ, van Dulmen S, Olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. Fam Pract [Internet]. 01 2017;34(2):245- 51. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28122842>

- 41) den Boeft M, Huisman D, Morton L, Lucassen P, van der Wouden JC, Westerman MJ, et al. Negotiating explanations: doctor-patient communication with patients with medically unexplained symptoms-a qualitative analysis. *Fam Pract* [Internet]. 2017;34(1):107- 13. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28122926>
- 42) NICOLAS L. L'entretien comme méthode de recherche. :8. Disponible sur: http://staps.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf
- 43) Chew-Graham CA, May CR, Perry MS. Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. *Fam Pract* [Internet]. juin 2002;19(3):285- 9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11978720>
- 44) GUERAND V. Création d'une base de données de consultations filmées de médecine générale pour la recherche [THÈSE DOCTORAT EN MÉDECINE SPECIALITE : MEDECINE GENERALE]. [Paris]: UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE (PARIS 6) Faculté de Médecine PIERRE ET MARIE CURIE; 2016.
- 45) MORANA E. Étude des premiers développements d'un projet de maison de santé pluridisciplinaire dans une ville de Seine-et-Marne. [Internet] [THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE - Discipline : Médecine Générale]. [CRETEIL (PARIS XII)]: UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL; 2011. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0611933.pdf>
- 46) Aubert-Lotarski A. Exemple 4 - L'entretien - conseils pratiques [Internet]. ESEN Education. 2007 [cité 21 mai 2018]. Disponible sur:<http://www.esen.education.fr/conseils/recueil-de-donnees/operations/construction-des-outils-de-recueil/entretien/exemples/exemple-4/>
- 47) Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique* [Internet]. 1994 [cité 8 mai 2018];(23):147. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/1002253ar>
- 48) Paillé P. De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Recherches qualitatives*. 1996;15:79- 194.
- 49) Santiago-Delefosse M, Del Rio Carral M. Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé. Dunod; 2017. 286 p.
- 50) Brulé E. La théorie de l'étiquetage (Labeling theory), avec Becker [Internet]. Medium. 2016 [cité 21 mai 2018]. Disponible sur: https://medium.com/@e_mln_e/la-th%C3%A9orie-de-l%C3%A9tiquetage-labeling-theory-avec-goffman-ef70a978a8ea
- 51) NARDON O. SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES : un projet thérapeutique personnalisé ? [THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE]. [PARIS]: ACADEMIE DE VERSAILLES - UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES - UFR DES SCIENCES DE LA SANTE PARIS - ILE DE FRANCE - OUEST; 2012.

- 52) Vannotti M. Modèle bio-médical et modèle bio-psycho-social. CERFASY [Internet]. :5. Disponible sur: <http://www.cerfasy.ch/cours-en-ligne/modèle-bio-médical-et-modèle-bio-psycho-social>
- 53) BOULANGE S. Les symptômes médicalement inexpliqués auxquels sont confrontés les étudiants en médecine générale Enquête épidémiologique réalisée auprès des étudiants en médecine de Paris 12 [THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE Discipline : Médecine Générale]. [CRETEIL (PARIS 12)]: UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL; 2009.
- 54) Debit A. Symptômes médicalement inexpliqués en médecine générale: une étude qualitative de la prise en charge des patients présentant des symptômes inexpliqués à partir de 15 entretiens semi-dirigés d'internes en stage chez le praticien [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2009.
- 55) CHOUILLY J, JOUTEAU D, FERRU P, KANDEL O, THOMAS DESESSARTS Y. Comment gérer le risque de l'incertitude diagnostique. DRC. 2010;48.
- 56) Balint M. Le Médecin, son malade et la maladie. 3e éd. Paris: Payot; 2003. 418 p
- 57) MAINCENT E. Peut-on évaluer des formations à la relation médecin-malade ? Quels en sont les apports thérapeutiques ? [Thèse pour le Doctorat en Médecine]. [PARIS]: UNIVERSITE RENE DESCARTES (PARIS 5) - Faculté de Médecine René Descartes PARIS 5; 2006.
- 58) Catu-Pinault A, Velluet L. La psychothérapie spécifique du médecin généraliste. Exercer. févr 2001;(60):4-10.
- 59) Balint M, Dupont J, Viliker M. Le défaut fondamental. Paris: Payot; 2003. 336 p. (Petite Bibliothèque Payot).
- 60) Burbaum C, Stresing A-M, Fritzsche K, Auer P, Wirsching M, Lucius-Hoene G. Medically unexplained symptoms as a threat to patients' identity? A conversation analysis of patients' reactions to psychosomatic attributions. Patient Educ Couns. mai 2010;79(2):207-17.
- 61) Athané F. L'explication. Présentation Powerpoint présenté à: GISSMED; 2016 oct 6; Paris.
- 62) CHABOCHE A. La difficulté de prise en charge des patients présentant une plainte psychosomatique par les médecins généralistes en début d'exercice : une question identitaire ? [Internet] [Thèse de doctorat en médecine générale]. [CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)]: UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL; 2014. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0657339.pdf>

Annexes

Annexe 1 – Transcription des vidéos de consultation	p. 105
Annexe 2 - Résultats d'analyse longitudinale des vidéos de consultation	p. 153
Annexe 3 – Guide d'entretien	p. 181
Annexe 4 – Transcription des entretiens	p. 182

Annexe 1 – Transcription des vidéos de consultations

Dans les transcriptions ci-dessous, M signifie « Médecin » et P « Patient ».

VIDEO RV 25 : Dyspareunies	
VERBAL	NON VERBAL
M: Alors donc, dites-moi ?	
P: Alors j'viens vous voir, bon déjà je pense j'ai besoin de reprendre mon Neurontin parce que sans, c'est une catastrophe, ça tire dans les cuisses... Ou peut-être autre chose j'sais pas hein...et puis j'ai surtout des gros problèmes gynéco alors j'en peux plus quoi !	rire
M: Deux choses...	
P: Hum !	
M: La sciatique...	
P: Hum !	
M: Et vous l'aviez déjà arrêté ?	
P: Là j'lai arrêté, ouais !	
M: Parce que vous en aviez marre ?	
P: Non, c'est parce que j'en avais plus et que j'avais même pas le temps de venir vous voir et puis je voulais voir si j'arrivais à reprendre une activité normal, au début ça allait et là maintenant j'recommence à plus pouvoir dormir	
M: Alors le neurologue...le neurochirurgien il vous a contacté, vous aviez un rendez-vous ?	
P: Oui, vous m'aviez envoyé, mais il veut pas m'opérer.	
M: D'accord	
P: Oui mais la j'avais reprendre contact avec lui parce que j'aimerais qu'il me consulte parce que j'ai des douleurs, même au niveau de l'anus.	
M: D'accord	
P: Donc euh ça devient compliqué, quoi !	
M: Alors, les douleurs de l'anus, c'est compréhensible dans la mesure où c'est un muscle très sensible parce qu'il faut justement qu'on sente quand on va à la selle et inversement il est très sensible pour la douleur aussi, quoi.	
P: Ouais	acquiesce de la tête
M: Hein...il est sur le trajet, il est plus sensible que j'sais pas...le muscle de la fesse par exemple	
P: Puis je me constipe beaucoup, j'pense que c'est parce que je suis beaucoup plus inactive qu'avant	
M: Euh non, c'est le médicament	
P: C'est le médicament qui me fait ça ?	
M: ah oui j'pense	
P: et du coup...	
M: on va regarder...attendez...iatro...iatrogénie...	tape sur son clavier les symptômes de P
P: et puis les hémorroïdes aussi...c'est...pfou !mais même après l'avoir arrêté, mes troubles continuent en fait, vous voyez? Parce que Neurontin j'lai arrêté y a à peu près 15 jours/3 semaines maintenant, vous voyez ?	M tape sur son ordi, puis regarde P et se met la main sur la bouche comme pour réfléchir
M: ah ça fait 15 jours, trois semaines que vous l'avez arrêté ?	
P: oui	
M: d'accord	
P: et j'arrive toujours pas à aller aux toilettes, je chope des hémorroïdes et puis y a tout qui part en cacahouète, clairement !	sourit
M: effet indésirable très fréquent...infection	lit sur son écran
P: et puis la douleur, du fait que j'arrive pas à aller aus toilettes, ça me fait tellement mal que, du coup ben je me bloque.	
M: ça vous fait mal ?	
P: Ah oui oui c'est...	
M: ah votre douleur...quand vous faites l'effort de pousser, ça vous fait mal dans la jambe	
P: ça me fait mal en bas et ça me prend dans la cuisse, j'peux même pas rester assise sur les toilettes, c'est insoutenable de rester sur les toilettes.	M tape sur son clavier
M: alors si il a dit qu'il voulait pas vous opérer, c'est parce que c'est pas la solution	

P: hum, oui mais je comprends hein !	
M: et que ça vous soulagerait peut être un petit peu mais pas tellement pour une prise de risque importante, autant un chirurgien opère quand il faut opérer quitte à prendre le risque effectivement que ce ne soit pas ça mais euh...	
P: il m'a dit que...il m'a dit qu'il m'opérerait sûrement et que je serai amené à le revoir si ma jambe se paralysait, si vraiment y avait un soucis de paralysie mais c'est vrai que...par contre...	
M: vous vous en souviendrait de cette histoire là	
P: voilà...pour moi entre les problèmes pour aller aux toilettes, le fait de devoir traîner ma jambe, là j'ai fait le Noël de l'école...euh j'suis resté debout une journée, le soir je sentais plus ma jambe du tout quoi, j'avais l'impression de plus avoir ma jambe, j'la traîné derrière moi, donc c'est vrai que ça me pose des problèmes dans la vie de tous les jours, ça devient insupportable	M tape sur son clavier
M: euh oui..oui oui !	P pleure, M pose sa main sur son bras
P: j'ai plus de vie, j'ai plus de vie	
M: ben non, ça dure depuis quand ?	
P: depuis février, j'en peux plus !	
M: depuis février...euh...comment va votre sommeil ?	M regarde son écran, temps de silence
P: ben là j'dors moins bien parce que comme j'arrive plus à...j'arrive plus à me soulager, j'ai ces douleurs là, ça me prend et puis c'est bizarre parce que maintenant j'ai mal dans les deux cuisses, avant j'avais mal que du côté gauche, maintenant j'ai même mal du côté droit et ça descend devant là jusque dans les genoux, c'est horrible ! La nuit, ça me le fait la nuit, donc du coup ça me réveille, et puis j'suis obligé de marcher parce que ça me fait comme des crampes, donc là en ce moment j'dors moins bien. C'est vrai que ça m'avait passé ce genre de douleur avec le Neurontin, avant j'avais un sommeil plus réparateur, là c'est vrai que maintenant je...	
M: voilà donc le...	
P: j'me réveille trois quatre fois dans la nuit	
M: l'arrête...vous l'aviez arrêté parce que vous en aviez plus et vous vous êtes dit j'en ai marre d'en prendre	
P: ben j'voulais voir ce que ça allait donner sans mais j'ai fait une bêtise parce que sans en fait au début, ça allait bien et puis maintenant ben j'me rend compte que petit à petit les douleurs elles reviennent et puis j'arrive pas à les gérer, j'arrive pas à les supporter	
M: oui puis après faut remonter en concentration du médicament	
P: hum, oui mais je comprends hein !	
M: voilà donc aujourd'hui, le Neurontin, c'est pas comme ci vous preniez un Doliprane parce que vous avez mal à la tête, le Doliprane, vous avez mal à la tête, deux minutes après vous y penser plus parce que le mal de tête a diminué ou à disparu alors que là il va falloir à nouveau trois jours pour monter en effet efficace, ce qu'on appelle la demi-vie	
P: hum	
M: pour la concentration, faut peut être un bout de temps pour que ça remonte quoi	
P: hum	
M: on va regarder...Neurontin...demi-vie...pharmacocinétique...la demi-vie est entre 5 et 10 heures, donc autrement dit c'est au bout de 2 à 3 comprimés que ça va faire	M regarde sur son ordi
P: que ça va commencer à agir	
M: puis comme vous avez mal, votre cerveau est hypersensible puis quand la douleur diminue, votre cerveau le sent moins...si la douleur est encore là...voilà c'est...c'est un peu complexe donc euh...c'est pas aussi simple que ça, c'est pas comme un comprimé de paracétamol	
P: ouai, ben oui ! Oui ben le temps que ça se mette en place, de toute façon, j'crois...en même temps...j'my fait hein à la douleur mais là, là c'est vrai que ces derniers jours c'était vraiment	
M: ben écoutez vous pourrez effectivement après parler de cette expérience mais euh...oui oui..enfin moi en vous observant vous m'avez dit « février », j'regarde..ça a passé...moi j'ai pas vu passer le temps, vous aussi...	
P: ah !! oh moi oui..oui oui	rit
M: d'accord, hum ! Donc euh..	
P: puis c'est vrai que j'aimerais bien que ça s'arrête quoi, j'aimerais bien reprendre ma vie normal active d'avant et..mais je sens que je peux pas, le moindre effort que je fais, ben je le paye dans la nuit de toute façon, ça je sais que je le paye dans la nuit	
M: bon donc je met « un mois à renouveler » deux fois, voilà donc vous en preniez une, une et deux	
P: une et deux oui, je prenais 100, 200 et 200	
M: d'accord et ça allait pas trop mal comme ça	
P: oui pff, ça allait, j'avais même réussi à un moment donné, on avait baissé, on avait remis 100, 100 et 100 mais ça dépendait des périodes, y a des périodes où j'suis plus douloureuse que d'autres en fait	
M: donc pour éviter que ça remonte, il faut que ça redescende, si vous le prenez toujours alors que c'est là, ça remontera pas	M mime
P: d'accord	
M: voilà, et quand vous le prenez faut le temps que ça redescende, j'vous le redis encore une fois,	

P: hum	
Mt: alors que quand vous le prenez, vous avez plus mal donc vous arrêtez, mais quand vous arrêtez ça remonte puis après faut à nouveau le temps que ça redescende, d'accord ? Donc c'est pénible de prendre des médicaments, parce que tout le monde dit « j'veais bien j'prend pas de médicaments », oui d'accord mais là vous, vous avez cette douleur, qui est là. Le neurochirurgien a justement pas voulu vous opérer, il y a pas mal de douleur comme ça qui ont duré puis qui ont passé dans un délai qui a été à peu près le même que celui de l'opération sauf que l'opération vous auriez plus mal du tout si on pouvait opérer, si c'était efficace, il vous l'aurez dit mais il opère que quand il y a des troubles moteurs	P acquiesce
P: hum, c'est ce qu'il m'a dit	
Mt: d'accord ?	
P: ce sera que vraiment quand la jambe sera	
Mt: lui il a l'expérience donc euh...	
P: mais petit à petit je sens que ça commence à être compliqué, ma jambe s'engourdit, quand je fais une activité importante avec les enfants ben en fin de journée j'ai ma jambe qui s'engourdit	
Mt: bon alors en tout cas, ce que vous savez c'est que si vous avez une activité qui est longue asseyez-vous	
P: ouai	
Mt: à la limite..euh..j'sais pas...arrangez-vous pour qu'il y ait soit des endroits où vous pouvez vous asseoir, soit vous achetez une canne siège..comme les vieux...	P rit
P: mouais... j'veais avoir l'impression d'être à la maison de retraite	
Mt: non mais vous savez ces petits trucs là	
P: ouai des petits fauteuils pliants	
Mt: les trucs rigolos là, avec trois...euh..et puis si vous devez aller à une manifestation avec vos enfants etc asseyez vous quelque part	
P: hum	
Mt: quitte à la limite à vous asseoir par terre où à avoir un petit tabouret pliant..euh...	
P: hum ! J'en ai un dans le coffre !	
Mt: genre siège de plage	
P: j'en ai un dans le coffre, j'en ai un parce que des fois j'ai pas le choix	
Mt: voilà d'accord pff..dites moi, ça vous était arrivé quand ? Vous étiez tombée dans les escaliers ?	
P: non, j'ai retenu une personne âgée	
M: retenu une personne ouai... d'accord...	
P: le 22 février...j'oublie pas..	P sourit
Mt: et qu'est ce que je voulais dire...par rapport à..(inaudible).., vous en êtes où déjà ? Vous avez démissionnée ?	
P: la maison de retraite des M.. ?	
Mt: oui	
P: ils m'ont licenciée	
Mt: mais...	
P: ils m'ont licenciée, ils ont refusé mon reclassement	
Mt: ils vous ont pas laissée en arrêt de travail ?	
P: non ils m'ont licenciée après avoir été mise en inaptitude par la médecine du travail, elle m'avait mise inapte à tous les postes	
Mt: est ce qu'ils ont le droit ?	
P: ben...	
Mt: est ce que vous vous êtes renseignée d'un point de vue juridique	
P: ben ils m'ont dit que normalement si, ils ont le droit de me licencier mais ils ont pas voulu me reclasser, ils m'ont pas fait des entretiens	
Mt: oui mais dans un accident de travail	
P: euh si... si ils ont le droit de licencier	
Mt: ils ont le droit ?	
P: ils ont le droit de licencier mais ils ont pas fait une recherche de reclassement ça c'est certain ! Ils ont...parce que j'ai été mise en inaptitude le 3 août et il m'a licenciée le 25	
Mt: et vous avez demandé juridiquement si y avait...	
P: oui mais ils m'ont épuisée donc euh...	
Mt: j'sais pas euh...	
P: oui oui non mais de toute façon ça n'a pas été correct et puis y a pas eu de recherche de reclassement de faite mais est ce que de retourner travailler vu que le directeur me considérait comme une handicapée, puisqu'il m'a dit "j'peux pas reclasser une handicapée", est ce que c'était bon pour moi de retourner dans un contexte pareil ?	
Mt: enfin en attendant, là, vous êtes en recherche d'emploi	
P: oui mais j'veais faire une formation, voilà donc ça c'est mon projet, j'veais faire ma formation de formatrice mais euh...déjà j'veais essayer de m'soigner parce que j'ai pas envie de rester comme ça surtout, j'ai pas envie de trainer ma jambe pendant encore un an, j'ai pas envie !	

M: d'accord	
P: et puis au-delà de ça, ben j'ai des gros problèmes gynéco aussi	
M: c'est-à-dire ?	
P: eh ben, au niveau de l'intimité c'est une catastrophe	
M: ça vous fait mal ? Vous pouvez pas parce que vous avez mal	
P: oui mais y a aussi que à chaque fois j'attrape des mycoses, des inflammations	
M: normalement ça n'a pas de rapport	
P: et on avait fait un prélèvement vaginal	
M: euh...	
P: mais j'crois que à chaque fois que je suis très constipée j'fais des mycoses moi, donc euh...	
M: ouai y a pas de rapport mais euh...et les rapports sont douloureux ?	
P: hum	
M: à cause de l'irritation muqueuse ou à cause des mycoses que vous avez ?	
P: Ouai s! Oui puis même au niveau du clitoris, j'ai des dépôts blancs, j'ai rien au niveau vaginal, ça me gratte même pas mais au niveau du clitoris j'ai des dépôts blancs	
M: des petits points...ben à ce moment là...et vous avez des pertes aussi ?	
P: ben...	
M: sur votre culotte vous avez...	
P: rien !	
M: rien ? Des petits dépôts blancs sur le clitoris...euh...et pas de pertes...	P fait « non » de la tête
P: non	
M: est ce que vous auriez pas une mycose quand même ? Parce que vous faites facilement une mycose aux antibiotiques, si vous faites facilement des mycoses aux antibiotiques et que c'est pas loin et...alors les médicaments y en a pas mais les médicaments qui reconstituent la flore ça peut être utile...le nom m'échappe ! Classe thérapeutique...gynécologie...	M cherche sur son ordi
P: en ce moment c'est une catastrophe, j'ai mal à la poitrine, enfin...j'ai pris rendez-vous avec Mr R...aussi	M prend son téléphone et passe un appel
M: (au téléphone) y a quoi comme gélule pour la flore vaginale, le nom m'échappe...Floregynale...ok..merci...floreintestinale...florebiotique...voilà j'vais vous mettre florevaginale un ovule puis le pharmacien vous dira j'vois pas ou bien je vois	parle au téléphone et tape sur son clavier puis raccroche
P: ouais	
M: d'accord...j'espère que ça va vous faire du bien...alors j'vais quand même chercher un médicament de la ménopause	
P: ben j'ai le Lutényl...j'ai pensé que ça pouvait venir du Lutényl	
M: oui oui vous avez raison...j'vous mets une gélule matin et soir pendant 7 jours, 7-8 jours, on va dire 8 jours, une par jour. Vous avez un gel de glissement en cas de...	
P: non	
M: les rapports sont douloureux ?	
P: oui...ça brûle !!	
M: ça brûle ??	
P: ça brûle !!	
M: d'accord, bon effectivement, alors à ce moment là, mettez...gel qui est un petit gel de glissement	
P: oui	
M: comme ça, ça brûlera moins..hein, c'est pas remboursé par contre je crois..	
P: c'est pas grave !	rit
M: ça fait partie des...c'est pas un médicament	
P: mais j'y pensais moi, c'est vrai que j'pensais que ça pouvait venir du Lutényl parce que depuis quelques temps quand j'arrête mon traitement, j'le prends 20 jours...	
M: Alors...	
P: j'le prends 20 jours puis j'arrête pendant 7 jours	
M: mais pourquoi vous avez du Lutényl vous déjà ?	
P: parce que j'ai eu une môle hydatiforme au niveau de l'utérus	
M: d'accord	
P: et il m'avait après mise sous Lutényl et là ,même avec le Lutényl, j'ai mal à la poitrine alors qu'avant j'avais plus mal	
M: mais attendez le Lutényl il est là pour..pour..euh	
P: pour stabiliser mes hormones...en tout cas c'est ce que monsieur P...m'avait dit	
M: oui mais euh...	
P: parce que j'avais eu des problèmes hormonaux importants	
M: à cause de la mastose ?	
P: à cause de la mole hydatiforme et c'était pour stabiliser pour la mole hydatiforme et j'avais de la mastose donc il m'avait mis le Lutényl pour calmer aussi	

M: mais quel est le rapport entre le Lutényl et la môle hydatiforme ?	
P: il m'avait mit ça !	
M: aucun, aucun...	
P: parce que j'avais pas de contraception autre que je supportais non plus ..(inaudible)...donc du coup il m'avait mise sous Lutényl, 20 comprimés et 7 jours d'arrêt	
M: alors est ce que je peux éventuellement vous examiner pour voir si vous avez une irritation vaginale ou vulvaire ou voir si y a des pertes ? Si y a des pertes c'est éventuellement prendre un médicament agissant sur les Candidas	P acquiesce
P: j'ai fait ça plusieurs fois	
M: oui et ...	
P: et ça fait rien	
M: rien du tout ? Et vous avez pas, vous m'aviez dit je vous repose la question, vous aviez pas de perte ?	P fait « non » de la tête
P: non...on m'avait fait un prélèvement vaginal et ça n'avait rien donné non plus	
M: alors la deuxième chose que je...(inaudible) je repose la question malgré tout, le Lutényl si vous avez une mastose, le Lutényl il va peut être en partie atténué mais c'est tout, si vous avez eu une môle hydatiforme, il est question de l'oeuf et du sperme, la mastose...enfin le Lutényl il a pas de rapport avec ça. Donc moi j'me pose la question savoir si on peut pas l'arrêter parce que ça change votre climat hormonal et puis laisser votre climat hormonal comme ça, alors inversement ça fait un peu contraception quoi	
P: mouai ! Oui !	
M: c'est surtout pour ça !	
P: aussi	
M: donc euh...vous souhaitez peut être pas être enceinte maintenant	M tape sur son clavier
P: non...ben je pense aussi que je pourrais pas avec mon dos vous voyez	rit
M: c'est pas la question...avec votre dos non effectivement ce serait peut être pas le meilleur moment pour être enceinte	
P: puis à 41 ans...	
M: puis après à 41 ans, on en prend pour 25 ans quoi	
P: oui non puis c'est bien deux, deux enfants c'est bien !	
M: parce que voilà tout peut être bien, un, deux, trois, quatre ou cinq	
P: pour moi deux c'est bien !	
M: deux c'est bien !	
P: pour moi ça me convient	
M: donc môle hydatiforme...ou alors envisager un autre mode de contraception	
P: hum...c'est pour ça que j'ai pris rendez-vous avec Mr M...	
M: et puis avoir...(inaudible)	
P: parce que j'aimerais bien avoir un...(inaudible)	
M: hein ?	
P: j'aimerais bien me faire cliper	
M: ah ! Donc...euh...j'vais marquer ici envisage ligature trompes	
P: oui ! Parce que le soucis que j'ai en plus c'est qu'avec le Lutényl j'nai pas de règles du tout, jamais	
M: ouai	
P: et Maël a quatre ans et ça fait quatre ans que j'nai pas mes règles...enfin il a bientôt cinq ans même, j'pense que c'est pas très bon non plus	rit
M: je reviens sur la pilule normale, ça vous donne quoi la pilule normale ?	
P: ben j'avais de la mastose...j'avais de la mastose et j'avais des règles qui étaient quand même très importantes	
M: alors on peut se poser la question si vous pourriez pas prendre, peut être prendre un stérilet ou...quelque chose qui soit pas hormonal, d'autant plus que vous avez eu deux enfants, le stérilet il se mettrait facilement	
P: hum mais ça risque pas de me provoquer des saignements importants parce que quand j'avais mes règles je saignais énormément quoi	
M: non j'pense pas que ça...(inaudible)	
P: j'ai pris rdv, j'voulais voir justement	
M: vous avez le rendez-vous ?	
P: oui le 21	
M: 21.. c'était janvier ?	
P: janvier...oui avec Mr M..justement parce que je voulais voir avec lui si il était possible de changer de moyen de contraception et puis effectivement si il était possible de faire une ligature des trompes, j'ai que 41 ans alors j'sais pas si..	
M: oui mais vous avez pas de désir de 3ème ?	
P: non du tout !	
M: « sciatique hyperalgique traitée par Neurontin depuis février sans indication opératoire »	M tape sur son clavier

Mt « au téléphone »	Le téléphone sonne, M répond
P: j'vais me lever un peu parce que...	P se lève
Mt et la douleur quand vous avez les rapports c'est aussi bien maintenant que...ça date depuis un certain temps ?	
P: ouai	
Mt par rapport avec là...	
P: aussi !	
Mt aussi ?	
P: aussi	
Mt qui était accentuée donc ?	
P: ouai !	
Mt euh...	
P: non mais je pense que ça m'a vraiment détraquée, alors je sais pas si c'est les médicaments mais bon...	
Mt ben non c'est la douleur hein...accentuée depuis cette sciatique...voilà !	
P: ouai..donc c'est ça la nuit...j'suis obligée de faire ça toute la nuit pour pouvoir supporter...c'est pour ça il faudrait...(inaudible)	P est debout dans le cabinet en dehors de la caméra
Mt alors moi ce que je prescrirais bien pour la dyspareunie c'est... c'est difficile...hormis avoir à ce moment là un rapport qui soit le moins stimulant possible pour la douleur...donc à vous de voir...y a un examen, une position d'examen qu'on appelle la position à l'anglaise	
P: oui je sais...	
Mt qui est une position sur le côté	
P: vous m'avez déjà examiné comme ça	
Mt je sais pas dans quelle mesure on peut avoir un rapport dans cette position-là mais c'est pour vous dire, si vous êtes sur le côté, si votre compagnon ou votre mari est en arrière de vous c'est peut-être moins stimulant, le plaisir est peut-être différent mais euh peut être que la douleur est différente aussi...hein...donc, dans cette position sur le côté, le périnée n'est pas tendu...hein...voilà donc...	
P: mais j'imaginai même pas vous voyez que une hernie discale puisse créer autant de problème. J'me disais bon ça fait mal au dos voilà point barre!non en fait ça ne fait pas que mal au dos, ça bousille le quotidien ! C'est...tout est à revoir dans votre quotidien...voilà c'est...pff !	rit
Mt vous allez voir avec M...vous aurez plein de questions à lui poser ! Voilà donc j'fais juste une lettre de courtoisie parce que finalement on est démuné et j'ai pas de ..j'ai pas de...solution...Alors j'vais vous prescrire donc du Neurontin, j'vais vous prescrire ce...Flore...	M tape sur son ordi
P: Floregynal	
Mt Floregynal	
P: oui voilà tout à fait !	
Mt ça fait des miracles...euh...on verra ce que ça fait hein...	
P: d'accord, ben en même temps on a pas essayé	
Mt voilà ! ah y a des tampons contacts	
P: Ah oui ! Effectivement, J'ai déjà entendu parler de ça, y a de la flore dedans en fait !	M regarde son écran
Mt sauf que c'est pas remboursé, c'est pas pris en charge alors que les autres sont pris en charge. Donc on va essayer comme ça, une gélule matin et soir pendant 20 jours	
P: oui d'accord	
Mt:	
P: en même temps on a traité la mycose, on a tout fait et c'est toujours là donc bon.. ;	
Mt: voilà, et puis le gel vous en avez déjà du gel ou pas?	
P: non mais je demanderai à la pharmacie toute façon	
Mt: vous en avez jamais utilisé ?	
P: non	
Mt: voilà alors il se peut que ça diminue la stimulation douloureuse et que ça vous aide à...bon j'sais pas ce que ça vaut, ça n'a pas l'air très cher puisque c'est pas un médicament, voilà !	
P: tenez ma carte vitale	P lui tend sa carte vitale
Mt: bon, aux dernières nouvelles, je vous ai mise parmi les patients que...(inaudible)	
P: oui mais vous partez quand ?	
Mt: ben à la fin de la semaine là..	
P: à la fin de la semaine ???	
Mt: ben le 31	
P: mais non mais vous me faites une mauvaise blague Mr...j'ai votre e-mail	
Mt: ouai ?	
P: ben oui parce que votre épouse m'avait envoyé un mail	
Mt: ben gardez le...	
P: voilà	

M: on va garder des relations amicales...	
P: oui...vous me faites une mauvaise blague, j'croisais que vous n'alliez pas partir	
M: ben euh...oui j'y avais pensé puis c'est pas facile...	
P: oui vous m'aviez dit...	
M: c'est complexe !	
P: j'peux avoir l'ordonnance ?	
M: oui c'est vrai..	M lui tend la feuille
P: sinon je vais arriver à la pharmacie, il va pas vouloir me les donner les médicaments...	P sourit
M: oui ! Oui oui ! Il va pas vous croire sur parole	
P: ah ben alors faut pas que j'le dise à Mathéo	M se lève de son fauteuil
M: (inaudible)	
P: ben j'ai votre numéro de portable toute façon	
M: oui voilà ! Au revoir !	P sort

VIDEO RV 11 : Céphalée	
VERBAL	NON VERBAL
M: maux de tête depuis vendredi ?	
P: oui...maux de tête depuis vendredi..pff..en fait j'suis pas allée pratiquement...j'ai jamais eu ce problème..voilà et j'dirais Ça me prend vers 11 heures et puis après ça...	
M: « céphalée »	tape sur son clavier
P: bon j'aime pas trop prendre de médicaments, là j'ai pris un Doliprane depuis vendredi...	
M: ... « depuis vendredi...pas habituel... »	
P: non...	
M: depuis 11h...ça passe avec le Doliprane ou pas ?	
P: oui, oui mais euh...bon là ce matin j'en ai pris un parce que...j'attendais un peu pour prendre un médicament en fait...là c'était très très fort hier...voilà...et puis après ça passe un peu oui...mais j'ai toujours cette impression de lourdeur dans la nuque là...ici et puis un peu...	
M: « répond au téléphone » Alors donc euh...(inaudible)...hier c'était très fort et depuis vendredi ça fait J-3 maintenant	tape sur son clavier
P: ce matin dès que...j'ai senti que ça me reprenait en fait, bon ben j'ai pris un Doliprane à 11h	
M: ...et hier c'était très fort...alors effectivement quand on regarde vos précédentes consultations...céphalée...si je recherche dans le dossier...en mars 2010...pulsation ressentie...point cervical...point désagréable, voilà donc c'est la même chose, donc vraisemblablement on va voir, ça c'est un petit détail et puis après ça je vais mettre euh...	
P: c'est vrai que bon...après j'me suis demandé...si c'était pas..euh..	
M: bon vous avez l'air fatiguée en ce moment non ?	
P: ben je sais pas mais c'est ça qui doit me préoccuper...non mais...hier..euh bon...j'étais pâle et...voilà...	P rit
M: autrement dit le mal de tête que vous avez il est dans un contexte où c'est l'hiver, c'est p'tête plus les choses de pensées, de préoccupations...les courses à faire...euh...fait qu'on prenne la tension...alors asseyez-vous en me tournant le dos	M et P se lèvent M examine P
P: comme ça ?	
M: alors la première chose à voir c'est si vous avez mal au cou...si j'appuie là..	
P: ouai là j'ai mal oui...	
M: alors baissez la tête..ici ?	
P: plus à gauche là...	
M: d'accord...là ?	
P: je sens...euh...	
M: ici ?	
P: non !..a droite c'est douloureux...	
M: voilà, vous avez une cellulalgie à droite, vous avez pas de limitation...est ce que vous avez mal quand j'appuie sur la colonne vertébrale ?	
P: euh...en haut..là ça va..mais...oui là	
M: oui là, à partir de T5 vous avez mal...baissez la tête...est ce que vous avez mal quand j'appuie sur les premières cervicales à droite, à gauche ?	
P: à gauche oui très fort	
M: voilà..bon...mettez vous debout devant moi...attendez, je vais répondre au téléphone ! (au téléphone)	
P: alors ce qu'il y a aussi, c'est qu'il y a le peintre à la maison, il a mis du...(inaudible) glycéro...	
M: ah ben ça peut y faire oui ! (répond au téléphone)..alors le mal de tête ça vient souvent quand on est tendu musculairement...respirez ! Soufflez ! Voilà...respirez...soufflez...voilà...est ce que c'est différent là ?	

P: j'ai l'impression d'être plus souple	
M: vous avez l'impression d'être plus souple...inspirez...soufflez...laissez tomber la tête en avant...bon voilà maintenant allongez-vous, enlevez peut être vos vêtements pour que je puisse bien sentir la peau et les tensions musculaires, mettez vous sur le dos. Tournez la tête à droite ou à gauche, voilà, laissez tomber les bras...inspirez...soufflez...inspirez...soufflez...tournez la tête dans l'autre sens...bougez plus...inspirez...soufflez...vous sentez que c'est plus tendu à gauche ?	
P: là c'est douloureux là	
M: c'est douloureux...mettez vous sur le dos...inspirez...soufflez...tournez la tête à gauche...inspirez, soufflez, tournez la tête à droite, inspirez, soufflez...voilà, ça va mieux là... alors maintenant est ce que vous avez mal à droite au à gauche là ?	
P: non ça va	
M: inspirez soufflez...tournez la tête à gauche...inspirez...soufflez...tournez la tête à droite...voilà, c'est différent ?	
P: ouais	
M: on va le refaire de ce côté là...inspirez...tournez la tête. C'est mieux là et puis c'est moins tendu ici que là... Alors ce que vous allez faire, j'avais vous montrer des mouvements à faire, mettez-vous debout...donc...assise en me tournant le dos, est ce que vous avez mal ici ?	
P: à gauche là !	
M: au niveau des petits pectoraux...	
P: là juste là !	
M: ouai...là c'est mieux..	
P: ouai	
M: là c'est mieux...donc vous avez un petit pectoral, des scalènes qui étaient un petit peu tendu, une cervicalgie à droite en C1 qui a disparu et vous avez...euh...alors...on va voir comme ça...inspirez...soufflez...voilà c'est pénible là ?	
P: ouai	
M: d'accord...est ce que c'est plus pénible à droite ?	
P: non à gauche...w ouah !! ça fait mal !	
M: voilà...alors comme j'aime mes patients, j'aime bien..enfin j'aime bien...j'attends qu'on dise « w ouah », d'accord comme ça...est ce que vous pourriez demander à votre mari de vous faire ça ou bien de le faire dans une porte mais la pousser si vous voulez c'est passif, c'est complètement différent, on va beaucoup plus loin...et là vous comptez jusqu'à 10...1,2,3...10, donc les bras 30° en haut, votre mari se met contre vous, vous avez les bras tendu et puis à partir des coudes, juste en gardant les bras tendu, jusqu'à ce que vous aillez cette sensation où on fait « w ouah » comme ça, en se disant ouh la j'suis au maximum là, d'accord ?	M rit sur la fin
P: moi qui croyait être décontractée là...	P rit
M: non mais vous l'êtes mais du coup vous allez avoir une décontraction qui sera encore plus grande...par contre avec la fatigue là...puis là vous avez l'air fatiguée	
P: ouais !	P rit
M: vous avez un visage fatigué, je ne vous connais pas ce visage là habituel...ouais...ouais ouais !	
P: oui...c'est pas un problème de tension en fait	
M: alors la tension j'avais vous la prendre mais euh...on en vient vite à la médicalisation du mal de tête alors que la première chose c'est qu'on est fatigué, hein...on a un cou et puis une tête comme des tentes, toutes les ficelles sont un peu plus tendues que d'habitude, donc c'est la tension, c'est ce qu'on appelle les céphalées de tension. Alors là vous venez de monter sur la table, de vous assoir, si elle est un petit peu élevée..bon..mais elle a toujours été normale votre tension	
P: un peu élevée quand même...euh...	
M: c'est à dire ?	
P: Euh...(inaudible)...on m'avait dit qu'il fallait suivre quoi...	
M: suivre c'est à dire 14/15 ?	
P: ouais ça doit être ça !	
M: alors sans que vous soyez reposée, vous avez 14,5/7,5, une tension sur laquelle il n'y a absolument rien, voilà, puis le matin chez vous, vous devez avoir 12, donc c'est bien un mal de tête par fatigue physique, musculaire et donc céphalée de tension cervicale. Voilà, y a une tension dorsale et une tension, vous l'avez vu de partout. On est des grands pantins, tirez sur les ficelles, vous les aurez toutes hein ! Mais vous avez pas le visage que je vous vois d'habitude...un petit peu...vous avez fait la java ?	P rigole quand M dit ça !
P: Non, pas du tout !	
M: pas du tout...au moins y aurait une raison...euh...je marque ici « visage fatigué » ce que je ne remarquais pas auparavant...vous dormez bien ?	
P: oui !	
M: vous dormez suffisamment ? Vous ne dormez pas tard ou... ?	
P: oui ! Oui oui	
M: pas à une heure du matin ?	
P: non ! Non non ! Bon..23h30...un truc comme ça..mais après le matin..7h30 c'est bon quoi !	

Mt donc euh...T5 à 4,3,1 sensible, cellulalgie T1 droite en regard du trapèze, latéro-flexion gauche limitée, alors moi j'suis précis, j'aime bien les chiffres, on va dire 30, 20° à droite et puis après le traitement manuel 30,30°...euh...alors ça va vous servir, vous pouvez vous le faire tous les jours, en tout cas, tirez sur la tête comme ça de côté, tirez devant, tirez la tête tourne à droite, tirez la tête tourne à gauche, d'accord ? Et vous restez 10 secondes à chaque fois plus cette position que j'appelle « de l'avion »	P se rassoit, avec le sourire, range ses affaires.. P rit M fait des gestes pour montrer techniques d'étirements
P: j'la connaissais pas celle là elle est pas mal !	
Mt voilà j'dis aux patients que si votre mari il a des reproches à vous faire, il peut tirer...alors on peut le faire au niveau de la porte mais la passivité fait que c'est moins..	P rit
P: oui oui..c'est ça !	
Mt hein...et vous tenez 10 secondes...donc préconisations : tenir compte de la fatigue...alors la fatigue c'est quelque fois pas assez d'exercice...	
P: oui c'est possible...	
Mt on sort on va marcher une heure...une demi heure...on revient et ça va mieux...	
P: oui bien sur !	
Mt hein...d'accord...et du mouvements...	
P: oui et puis j'fait plus de yoga depuis...combien...trois ans...quatre ans...et j'crois que ça doit y jouer...	
Mt alors y a quelque chose que je fais souvent quand on me dit ça...c'est ça..j'fait un certificat médical de sport...	
P: oui ! Euh...je marche en fait le lundi mais souvent quand on peut presque me faire sauter le truc en me disant « y a une réunion..Machin...truc... »	P rit
Mt ça donne un rythme pour que vous vous occupiez de vous...quand on fait du Yoga on pense plus à rien, quand on est en train de nager on pense à rien d'autre, quand on fait du cheval...gym...danse...ce que vous voulez...donc je vous le fais, je vous l'impose	
P: très bien ! Merci !	P et M rit
Mt donc céphalées qui se (inaudible) en cervicalgies comme résultat d'examen, absence de névralgie ...euh...C1 gauche et traitement manuel. Alors si ça passe pas...2-3 jours après j'vous le refais	
P: d'accord !	
Mt d'autant plus que dans 8 jours j'suis plus là..le compte à rebours est commencé...	
P: oui..faut en profiter...merci !	
Mt alors...donc pas de traitement...parce que le Doliprane oui ça soulage...	
P: mais vaut mieux aller faire un tour dehors...	
Mt vaut mieux aller faire un tour dehors, vous revenez une heure après vous avez plus mal à la tête...donc la carte vitale...voilà..donc une manipulation c'est 33 euros...j'gagne mieux ma vie comme ça !	
P: oui...donc je vais donner le complément euh...	
Mt alors c'est quoi comme mutuelle...c'est O... ?	
P: oui j'ai O...	
Mt mais O...non c'est bon ! Manipulation vertébrale...33 euros 50 pour votre information	
P: d'accord !	

Vidéo AD 12 :Troubles fonctionnels intestinaux	
VERBAL	NON VERBAL
Mt Qu'est ce qu'il vous arrive ?	
P: Alors j'étais déjà venu plusieurs fois voir le docteur « Z » parce que j'avais beaucoup de douleurs abdominales, c'est assez réparti, parfois sur l'estomac, parfois au niveau des intestins, comme des nœuds et comme des grosses crampes. Je pensais que c'était le stress, premier emploi, parce que je suis infirmière au bloc opératoire. Bon..on m'a donné un traitement...	Explique son histoire avec des gestes.
m: d'accord	
P: ..que j'ai pas renouvelé...une seconde fois pendant l'été, en fait je me suis aperçue qu'il n'y avait pas vraiment d'efficacité, et la ça revient, j'ai l'impression en fait que c'est par période. Et là j'ai des crampes abdominales, avec-parfois des diarrhées, j'ai l'impression que c'est à chaque fois que je vais manger. C'est gênant, parce que des fois, je suis à l'extérieur, ça me prend d'un coup, il faut que je rentre impérativement. Pour l'instant je tourne au spasfon et à l'imodium mais bon je sais que l'imodium c'est pas non plus recommandé à haute dose. Je viens vous voir parce que elle m'a dit qu'elle pourrait me recommander à un gastro entérologue si ça ne passait pas. Et puis dans...j'ai..ma mère m'a dit que du côté de sa famille, il y avait quelqu'un qui avait la maladie de crohn et un autre qui avait des problèmes d'intestins.	Pas d'expression particulière
m: d'accord, et du coup ça vous inquiète ?!	
p: un petit peu...parce que c'est surtout que c'est un peu dérangeant, comme je travaille, etc...	Rigole (alors que c'est « dérangeant »)
Mt mmh..ça rend pas facile...vous êtes infirmière dans quel service ?	
p: Au bloc opératoire.	
m :d'accord, c'est pas très simple non plus	Sur un ton compréhensif
p: non..	Rigole encore mais adapté
m: ok ! Je vais prendre la carte vitale s'il vous plait.	

p: et je voulais juste vous dire aussi...j'ai fait des analyses donc j'ai tout ça, j'attendais de voir le médecin, je lui avais demandé un check up parce que des fois, on se pique, on fait pas forcément les procédures d'AES etc	
M: bien sûr !	
P: j'ai demandé un gros bilan.	
m: ça c'est de la gynéco...	Se croise les mains
p: Il y a certains trucs que je ne comprenais pas trop, comme certaines bactéries.	
m: il est normal votre frottis	regarde les examens, sérieuse, calme
p :d'accord, parce que j'ai vu marqué « présence de bactéries..je me suis dis « bon.. qu'est ce que c'est encore.. »	rigole à nouveau sur un sujet qui est inquiétant, pas d'angoisse ou angoisse cachée ?
M: il y a des lactobacillus qui sont la flore de « doderlein », la flore normale bactérienne du vagin.	Pas de réaction/réponse à son rire
P: ok	
m: ça c'est bien que vous les ayez.	sourire rassurant
p :d'accord. Ça rassure déjà !	acquiesce de la tête
M: ...qui permettent de se défendre contre des infections au niveau vaginal. Et puis il y a un streptocoque du groupe B qui n'est pas pathogène chez la femme. Ça n'a aucune incidence..euh...quand on dit bactéries commensales, c'est à dire des bactéries qui habitent là normalement. D'accord ?	
p:ok..	acquiesce de la tête avec un petit sourire
m: le streptocoque b, c'est embêtant que quand vous êtes enceinte au moment de l'accouchement.	
p:d'accord	
M: parce que le bébé qui passe à travers la filière vaginale peut du coup lui s'infecter avec cette bactérie là. Sinon naturellement c'est une bactérie qui est présente dans le vagin, alors après il y a des gens qui sont porteurs, des gens qui ne sont pas porteurs. Mais dans tous les cas ce n'est pas une bactérie qui est pathogène. Donc l' ECBU, le frottis, pas de chlamydiae, pas de mycoplasme. Pareil, mycoplasme, quand bien même ils auraient été présent, sans aucune explication d'infection vaginale, c'est pas quelque chose qui est...	
p: j'ai fait plusieurs mycoses à répétition, donc c'est pour ça que j'avais fait ce prélèvement là	parle en même temps que P.
m: ...vraiment pathogène, on ne connaît pas la pathogénicité du mycoplasme. Bon, là il n'y a pas de question à se poser, c'est négatif.	
p: parfait !	Avec le sourire adapté
M: Le bilan sanguin..l'hépatite C, c'est négatif, la thyroïde c'est bien, vous manquez pas de fer. Le bilan cholestérol est tout à fait satisfaisant.	lève la tête et regarde M sans émotion sur son visage, P acquiesce
p: moi ce qui m'importait plus c'était vraiment le VIH et puis l'hépatite C, par rapport au travail quoi...	
M: tout ça c'est négatif..bon.tout va bien.	affirmatif
p :si tout va bien..c'est déjà ça.	Sourire , à l'air contente
m les bilans sont normaux, après ça va pas bien parce que vous avez un symptôme qui vous gêne dans la vie de tous les jours et que c'est invalidant pour le travail.	
p: oui	sourit
m: en tout cas biologiquement il n'y a pas d'anomalies. Venez par ici que je vous examine. Je vous laisse retirer le sw eat. Et ça a commencé quand ces problèmes digestifs ?	M tape sur son clavier puis va examiner P
p: je dirais depuis que j'ai commencé à travailler, ça s'est accentué après. A partir de février, mars.	ton neutre de P (manque d'émotions comme si elle faisait pas le lien)
m:ça se passe bien au travail ?	
p: oui ! ça se passe bien. Ça fait plus d'un an que j'y suis donc j'ai pas de raison particulière de stresser, avant j'étais stressée par rapport aux gardes parce que c'était le début mais..maintenant que j'ai l'habitude je ne ressens plus de stress comme avant. J'ai l'impression que dès que je vais manger trop épicé, trop gras..ben tout de suite ça va être..je sens que ça me donne des crampes..	
m: la maladie de crohn vous avez dit que c'était chez.. ?	examine P tout en lui parlant
p: c'était chez la cousine de ma mère	
m: la cousine de votre mère..	
p :humm	
m: et vos parents, vos grand parents, vos frères et sœurs...tout ça...y a pas.. ?	
p :non	
m: excusez-moi j'ai les mains un peu fraîches...vous trouvez du sang dans vos selles ?	
p: non..c'est vraiment juste de la diarrhée.	
m: vous avez l'impression qu'elles sont grasseuse ?	
p: ben des fois j'ai l'impression que c'est comme si c'était de l'eau tellement c'est liquide.	

M : je vais vous demander d'enlever vos chaussures, je vais prendre votre poids. Je vous laisse vous rhabiller, vous rasseoir. Bon là..moi..actuellement, on se trouve face à une situation que j'appelle symptôme médicalement inexpliqué. Ça veut pas dire qu'il n'existe pas...d'accord ? C'est pas parce que je l'explique pas qu'on met un nom dessus etc, qu'il n'existe pas, qu'il n'est pas dérangeant...j'entends tous à fait que ça perturbe vos journées, votre travail, que c'est vraiment pas agréable. Mais je...je...je l'explique pas. Dans ces situations-là, ça peut être soit, c'est une pathologie à un stade très initiale, où on n'a pas encore assez de symptômes qui nous permettent de poser un diagnostic, soit dans la majorité des situations, ben c'est en effet un retentissement somatique d'un stress ou d'une pression. Encore une fois c'est pas parce que on dit que c'est le psychisme qui se repercute que ça veut dire que c'est rien et puis voilà. C'est pas du tout mon discours mais...c'est peut être en tout cas l'origine de ces plaintes digestives. Moi ce que je vous propose c'est de vous adresser à un gastro-entérologue pour lui demander son avis concernant ces symptômes-là, ce qu'il en pense. Il confirmera peut être l'hypothèse que faisait le Dr Z et que vous faisiez aussi, qu'il y a aussi une part de stress la dedans. Et il évaluera la potentialité d'une maladie de Crohn, du risque d'une maladie de crohn que je pense très faible.	M tape sur son clavier. Puis prononce le mot de « SMI », fait rire la patiente. P écoute attentivement et acquiesce. Puis M tape à nouveau sur son ordinateur. P a les bras croisés, semble réfléchir
p: hum	
m:d'accord...la cousine de votre maman c'est un degré de parentalité qui est assez important (doute sur mot entendu), ce qui réduit de manière assez drastique le facteur génétique qu'il pourrait y avoir. D'accord ?	
p: hum	
m: je dis pas que c'est impossible mais je pense que c'est très peu probable...	
p:ouais..mais je pense que..	semble d'accord avec l'hypothèse de M, acquiesce mais commence une phrase que le médecin ne reprend pas
m: ok ? ...voilà vous allez aller voir le Dr ...qui est avenue de gambetta...	tape sur le clavier pendant quelques minutes. P semble pensive.
P : hum...en attendant je continue le spasfon...	
m: en attendant moi je vois pas de chose qui empêche de prendre le spasfon..c'est un traitement qui malgré tout a assez peu d'effet indésirable	
p: je continue spasfon et imodium quand vraiment..	
M : ben voilà imodium en phase de diarrhées...	
P : hum !	acquiesce de la tête
m: pas de soucis !	

VIDEO CAR 01 : Asthénie, douleurs diffuses	
VERBAL	NON VERBAL
P: bonjour !	
M: bonjour, je suis le Dr A*** et voici mon interne	
interne : bonjour	
P: bonjour	
P: je travaille au cabinet r****	
M: d'accord...	
P: voilà donc euh S. vous embrasse	
M: c'est gentil	
P: voilà ça c'est pour les présentations	
M: d'accord	Hoche la tête
P: et maintenant c'est moi et en fait je sais pas ce que j'ai c'est compliqué c'est-à-dire que je suis très fatiguée	Croise les bras,se gratte les cheveux
M: oui	Hoche la tête
P: J'ai... J'suis oppressée jsais pas alors jme dis est ce que j'ai un cancer du poumon est ce que j'ai un cancer des intestins du moins, je psychote un petit peu quoi en fait	
M: d'accord	Hoche la tête
P: je m'écoute pas, ça fait donc 20 ans que je suis là-bas, que je travaille 12 heures par jour et je sais pas si je suis malade ou si c'est dans la tête, comment vous dire... c'est pas malade, hein, mais voilà je j'ai du mal à respirer, comme je fûme... à un moment donné jme suis dit "faut peut-être que je me prenne en charge"	
M: oui	
P: voilà et comme je commence à... dès que j'ai une douleur jme dis du moins j'ai jamais été comme ça hein et du coup là j'ai dit non la je peux plus tenir donc j'ai dit je vais.. voilà	
P: je sais pas...une prise de sang analyse d'urine du moins tout je sais pas	
M:ok on on va tout reprendre	Rire, se penche en avant
P: voilà	La tête dans les mains, tournée vers le médecin
M: depuis le début déjà	

P: dites mois	
M: euh vous étiez venue une fois l'an dernier c'est ça	
P: oui oui oui tout à fait	
M: euh c'était mon	
P: oui	
M: interne que vous aviez vu d'ailleurs	
P: tout à fait	
M: donc c'est la première fois	
P: tout à fait	
M: qu'on se voit	
P: oui tout à fait	
M: d'accord , et ça va ça c'était bien passé ?	
P: oh super	
M: parfaits donc euuuuuuuh, vous n'avez pas d'antécédents particuliers médico chirurgicaux	
P: euh si	
M: enfin c'est ce qu'il y a écrit sur le dossier il y a écrit pas d'antécédents à part euh	
P: oui	
M: une conisa-	
P: voilà	
M: -tion	
P: oui voilà, c'est tout non non j'ai rien	
M: d'accord, est ce que vous avez un médecin traitant, là ?	
P: euuh pfff oui, du moins à un moment donné il y avait qu'à remplir les papiers mais je ne vais jamais chez le docteur..	
M: d'accord ça fait combien de temps que vous n'avez pas consulté ?	
P: pff jsais pas deux ans trois ans...	
M: d'accord	
P: bah jsais pas.. oui nan j'ai eu.. l'année dernière ou jsais pas j'avais mal j'ai eu une tendinite donc euh jsais pas on m'a fait une infiltration et puis c'est passé quoi...	
M: d'accord...	
P: mais je consulte pas moi...	
M: d'accord	
interne : vous prenez des médicaments habituellement ?	Penché en arrière
P: Non	
interne : vous avez une contraception ?	
P: Non non, plus depuis euh non...	
M: euh vous êtes euh ménopausée du coup ?	
P: beiiiiin c'est pas euh... c'est pas régulier, là, ça fait deux mois que j'ai plus mes règles de nouveau, j'ai rendez -vous chez mon gynéco le neuf février, j'les fais tous là !	
interne : il vous fera le frottis du coup ?	
P: ah il me fait tout, vu les antécédents.. euh il me fait tout..	
M: c'est B****	
P: oui	
M: d'accord, donc ça euh gynéco on s'en occupe, parfait ! Euuuuh...donc la vous êtes très fatiguée ?!	
P: oui j'ai mal de partout en fait alors je sais pas si c'est musculaire si c'est osseux si c'est parce que je suis tendu ou si c'est parce qu'à l'intérieur jsuis... du moins... voilà	
M: d'accord vous êtes particulièrement stressée c'est ça ?	
P: ouai	
M: d'accord, euh... est ce que vous dormez ?	
P: des fois...	Rire nerveux
M: c'est à dire ?	
P: pardon	Pleurs +++
M: quoi ?	
P: non rien.. le fait de dire que je suis fatiguée ça me fait pleurer	
M: mais allez-y hein il y a pas de problème !	
P: mais non j'suis pas là pour ça !	
M: bah euh si !	
P: non !	

M : ça euh c'est un endroit euh ce qui se dit ici reste ici de toute façon et euh il y a pas de souci. Est ce que vous voulez qu'il sorte de la consultation et qu'on discute toutes les deux ?	
P : oui ! pour l'interne : excusez-moi !	
interne : pas de problème	
M : non non mais il y a pas de problème !	
P : pardon c'était pas le but de venir et de craquer hein ?!	
M : non non c'est normal hein vous savez !	
P : non non mais non !	
M : je vous explique que euh ça arrive souvent, que les gens une fois qu'il sont ici, ben ils lâchent tout et c'est normal, et on est là pour ça et y a pas de problème, d'accord ? Vous voulez un mouchoir ?	
P : Non c'est bon, c'est bon... c'est nul !	sort son mouchoir et s'essuie les yeux
M : non c'est pas nul, je pense que vous en avez besoin..au contraire..	
P : non mais tout va bien..pour moi !	
M : faut que ça sorte..ben tout va bien mais vous êtes fatiguée, vous dormez pas, vous êtes angoissée	
P : oui oui y a quelque chose qui va pas, suis d'accord, du moins c'est le stress quotidien, c'est 12 heures au travail où j'arrête pas, j'ai un gros poste, du moins j'ai des responsabilités...voilà ..je..et puis la maison, voilà jveux pas jeter le ...(?) mais à un moment donné..pff !	
M : y a beaucoup de choses à gérer quoi ?	
P : voilà y a beaucoup de choses à gérer ! Et du coup voilà ces derniers temps, je sais pas si c'est le stress à l'intérieur, jsais pas comment vous dire, alors on me dit « mais non c'est parce que tu es tendue » et du coup alors parfois je touche et je me dis « oh j'ai une douleur, là » alors que je me suis jamais écoutée, jveux dire jamais jamais jamais...voilà ! Et la d'un seul coup jme dis « non jvais avoir 50 ans bientôt » et jvais pas me laisser mourir maintenant quoi, si il faut quelque chose il faut faire...je sais pas c'est idiot..hein ? Alors que je me suis jamais écoutée. Et là, d'un seul coup j'me dis « oh j'ai des douleurs, là, j'ai des ganglions, j'ai un cancer du sein »...du moins...alors voilà c'est...alors que je suis pas hypocondriaque jveux dire..jsais pas	montre son ventre avec ses mains
M : mais peut-être que d'un seul coup, effectivement y a eu une accumulation de beaucoup de choses, euh..gérer le travail, la vie de famille..vous avez des enfants ?	
P : oui j'en ai deux, une qui a 22 ans et et un qui vient d'avoir 18 ans	
M : et ils font quoi ? Comment ça se passe ?	
P : la grande ça va, elle s'est cherchée pendant 4 ans et là, ça y est, elle est à l'école d'infirmière, donc on va dire que ça y est. Et le petit, enfin le petit, qui vient d'avoir 18 ans là, il était en fac de médecine, il y est allé pour la forme..hein..jveux dire..et là il a arrêté parce que il est arrivé..jsais pas...loin dans la liste...et en fait c'est pas ce qu'il veut donc il se cherche là..ça fait un mois qu'il est à la maison qu'il fait rien et ça me stress ! Voilà !	se tient le cou
M : ça doit pas être très facile à vivre peut être	
P : voilà ! Mais bon...	P sourit
M : excusez-moi...	M répond au téléphone
P : non non mais attendez..	
M : ça fait combien de temps que vous êtes stressée? euh...que vous êtes fatiguée comme ça ?	M se penche sur le bureau et croise les bras sur la table
P : Jsais pas..jsuis fatiguée..mais euh..on va dire, allez, ça fait un an où je le ressens d'avantage et ces 6 derniers mois encore plus, jveux dire c'est ...	
M : et là vous avez l'impression d'arriver au bout ,	
P : Ben ouai..mais non !! pff jsais pas ! Mais...	Fleurs +++
M : et donc le sommeil ?	
P : ben jme couche très..du moins on part du cabinet à 8h15 8h20 le soir, le temps d'arriver à la maison de manger, du moins, voilà, j'arrive tard ! Donc à 10h j'me mets devant la télé pour pas me coucher de suite parce que sinon..voilà..j'regarde la télé jusqu'à minuit - minuit et demi et le matin à 7h jme lève quoi. Mais j'me réveille deux fois dans la nuit. Dès fois le matin j'me lève je suis encore plus fatiguée que quand je me suis couchée quoi. Du moins j'ai ce sentiment d'être plus fatiguée en me disant pff !! mais..	Bras croisés
M : et le week-end ?	
P : ben le week-end, je m'occupe de ma maison, de mon mari, jveux dire j'ai pas le temps...enfin j'ai pas le temps de me reposer..du moins rester sur le canapé à rien faire ça me fatigue quoi, donc oui je peux pas..donc oui je me repose le week-end mais je dors pas plus le week-end	fait des gestes avec les mains, expressive
M : d'accord !	
P : Jveux dire après c'est un rythme oui, je me lève pas à 7 h, je me lève quand je me réveille mais je me réveille pas à 11 h du matin quoi.	
M : d'accord. Et est-ce que vous vous réveillez la nuit aussi le week-end ?	
P : oh oui régulièrement !	
M : et vous arrivez à vous rendormir ?	
P : oui oui oui oui oui !!! non après à moins d'avoir un souci du bureau, d'un dossier où je me dis « mon dieu mon dieu mon dieu !! » et que ça me trotte dans la tête, j'me rendors plus quoi...j'continue de tourner mais sinon oui..en général ça va, c'est pas dramatique en soi.	tape sa tête

M: et ça arrive souvent ça ?	
P: régulièrement...je saurais pas vous dire...régulièrement..	
M: toutes les semaines ?	
P: oh oui !	
M: donc toutes les semaines vous êtes réveillée, vous pensez au travail et vous arrivez pas à vous rendormir.	
P: ah oui oui oui,	
P: ah mais je suis droguée par le travail..non jsais pas...jsuis...voilà !	
M: vos dernières vacances remontent à quand ?	
P: ah c'est pas loin, j'ai pris une semaine entre Noël et le jour de l'an	
M: mouai...	
P: c'est pas loin..	
M: et vous vous êtes reposée, vous avez fait des choses en famille ?	
P: oui oui oui !! voilà...non...voilà...le réveillon quoi..non c'était sympa quoi...Non non j'ai rien fait, j'fais pas de sport, j'me fatigue pas quoi...physiquement voilà...	
M: parce que vous avez pas le temps ? Parce qu'ils vous laissent pas le temps au travail..	
P: c'est pas qu'ils me laissent pas le temps, c'est que je travaille quoi, j'ai beaucoup de travail, voilà ! Mais c'est que j'ai pas envie..du moins que les choses soient claires aussi on se trouve des excuses mais oui si j'avais envie entre midi et deux j'pourrais aller dans une salle mais j'ai pas envie quoi ! J'en ai jamais vraiment fait...pfou..j'ai pas envie d'en faire...	
M: est-ce que vous avez l'impression d'avoir trop de travail ?	
P: oui mais c'est pas grave ça !	P sourit
M: et est-ce que vous avez l'impression que ça retentit sur votre vie familiale ?	
P: pff...ça fait 17 ans que j'y suis, ça fait 17 ans que je me donne à fond, à la maison ils le savent, jveux dire, j'arrive le soir c'est pas pour autant..jveux dire j'arrive à la maison je raconte mes...ça impacte pas sur la vie familiale quoi jveux dire..oui quand j'ai un soucis je vais être moins présente à la maison parce qu'intellectuellement on pense voilà.. mais sinon j'ramène pas les soucis du moins dans l'absolu, jveux dire non, y a le travail, la maison. Quand je suis à la maison je pense au travail, quand j'suis au travail j pense pas à la maison	
M: d'accord	
P: c'est à dire que si j'ai des soucis à la maison quand j'arrive au travail j'ai l'impression d'oublier tout même si ça me bouffe à l'interieur je pense parce que bon..mais..ça me..voilà..jsuis prise dans le travail et j'oublie mari, enfants...voilà..	fait des gestes avec ses mains
M: bon en même temps on peut pas penser à tout tout le temps !	
P: voilà, exactement, voilà	
M: ok, est ce que vous mangez de tout correctement ?	
P: oui, du moins je pense, le midi pas trop parce que j'ai une demi heure pour manger..là ça fait quelque temps que je m'emmène une gamelle donc c'est plus.. voilà, sinon c'est un sandwich..donc c'est pas mais sinon à la maison oui je mange quand ...	
M: vous avez pas moins d'appétit ?	
P: ah non non !	
M: vous n'avez pas perdu de poids ?	
P: oh j'ai peut être perdu un ou deux kilos mais en fin d'année en fait euh..c'est la période, vers novembre décembre j'perds toujours un peu..pourquoi ? Je sais pas..parce que je mange pas de daube ou autre, je reste à la même alimentation que l'été...je sais pas...mais ça ça fait 15 ans que en fin d'année pour x raisons je perds un peu..avril mai je reprends un ou deux kilos jveux dire	
M: c'est stable quoi !	
P: voilà mais malgré tout lorsque j'me vois dans la glace en ce moment je trouve que je fais un petit peu je dirais, cadavérique..jsais pas...je me trouve ratatinée..y a l'âge hein..mais jsais pas j'ai l'impression que ...jsais pas..	
M: ok, alors jvais vous examiner, on va refaire le point sur tout ça, jvais prendre le poids, la taille..	
P: d'accord, on y va ! Mais c'est un psy qui faut que j'aïlle voir ?	enlève son écharpe
M: pas du tout !	
P: ah !	M et P se lèvent de leur chaise
M: déjà moi c'est pas mal ! On fait dans l'ordre tranquille d'accord ..y a beaucoup de choses...	
P: hum	
M: on fait le tri. Ça sera certainement bien qu'on se revoit.	
P: ah oui oui !!	
M: avant de vous envoyer...	
P: non non mais ...ça va aller hein !	
M: vous pouvez enlever le pantalon les chaussettes le pull	
M: Donc tout ce qui est dépistage donc mammographie... ?	

P: ben je me dis que j'en ai fait une y a quoi 4 ans et le 9 je vais chez le gyneco il va m'en prescrire..j pense parce que le rendez-vous, c'est mon mari qui l'a pris et le dernier rdv que j'ai pris c'était en 2013...j'ai pas le temps..en fait j'ai le temps de rien...jsais pas comment vous dire...	
M: c'est peut-être urgent de prendre le temps justement	
M: Venez la, on va vous peser...42 kilos	
P: oui j'ai perdu je faisais 44	
M: Oh 1m70 facile là non..facile ! 1 m51 et demi	
M: venez vous allonger.. Est-ce que vous avez des troubles du transit ?	
P: non pas plus que ça..non..	
M: c'est-à-dire pas plus que ça ?	
P: non non c'est-à-dire que oui pendant 2 jours j'avais peut être pas aller à la selle mais après oui ça revient..et jme dis c'est peut être parce que tu n'as pas mangé assez d'oeufs..jvais prendre un peu de jus de pruneaux des trucs comme ça et puis ça va.	
M: d'accord ! Y a pas d'alternance diarrhee / constipation ?	
P: euh non..ça va !	
M: d'accord, dans votre famille y a pas d'antécédent particulier ?	
P: c'est-à-dire que mon père oui il a eu beaucoup de cancer	
M: d'accord	
P: il a eu cancer de la gorge, cancer de...(inaudible)	
M: d'accord, vous fumez beaucoup ?	
P: A peu près..on va dire une moyenne de 10 cigarettes par jour	
M: d'accord...ça fait mal là quand je fais ça ?	
P: oui du moins non mais quand vous appuyez là oui	
M: c'est à dire, ça fait mal comment ?	
P: c'est comme musculaire..	
M: ça brûle ?	
P: Non .	
Inaudible...	
M: vous consommez de l'alcool régulièrement ?	
P: de temps à autre, un verre de vin..	
M: 12/7 parfait !	
Inaudible...	
P: ..c'est pour ça que moi j'me sens des ganglions partout alors ..	
M: ah bon ? Où ça ?	
P: ben partout ! Dès que je touche je me dis ça c'est un ganglion..jsais pas...à partir du moment où ça fait une bosse	
M: ça peut être des tendons aussi...	
Inaudible...	
P: j'ai pris rdv avec un ostéo aussi pour qu'il me débloque..	
M: vous vous sentez bloquée où ?	
P: ben..	M rigole...
M: mettez les jambes là-bas svp	
P: vous avez compris que je savais pas quoi en fait...	
M: respirez fort la bouche ouverte svp, ok c'est parfait, alors je vais mettre les mains là pour palper la gorge, vous êtes enrhumée de temps en temps ?	
P: oui oui	
M: Ok c'est parfait, jvous laisse vous rhabiller, j'ai rien de particulier...jvais juste regarder la gorge, tirez la langue et faite un grand « Ahhh »	
P: « Ahhh »	
M: jvous laisse vous rhabiller, jvais noter l'examen clinique, y a rien de particulier à l'examen..	
P: ah bon, eh ben de suite je crois que je vais aller mieux en fait.	
M: jvais quand même vous donner du travail..	
P: ah quand même ?	
M: ben oui..	
P: oui ben oui, c'est pas grave...c'est pas grave...	
M: alors attendez je note...	Note sur ordi
P: oui allez y...	
M: votre dernier vaccin rappel de DTP normalement ?	
P: pff !!! inconnu...	
M: donc euh déjà comme ça fait un petit moment jvais vous donner une prise de sang qu'il faudra faire à jeun, à jeun c'est 12 h, vous pouvez boire du thé, du café, de l'eau...tant qu'il n'y a pas de sucre, pas de lait...	

M: jamais de problème de thyroïde non plus ?	
P: ah ma mère est suivie...mais moi non, moi j'ai pas de problème, ma mère est suivie à vie et ma sœur a eu un cancer de la thyroïde, elle s'est faite opérée, enlever la thyroïde c'est ça ?	croise les doigts
M: oui..	
P: voilà c'est ça ! Mais moi non !	
M: toute façon je vérifie hein !	
M: la douleur à l'estomac vous la sentez ? Vous la sentez comme ça ou c'est quand j'appuie ça faisait mal ?	
P: non c'est régulier...euh..régulier...jsais pas	
M: c'est une question..	
P: oui oui je sais mais je sais pas comment...oui oui quand je touche ça va quoi, après il faut enfoncer les doigts, bon je me les enfonce pas tout le temps...	
M: inaudible..	
P: ça pique un peu	
M: vous la sentez, dès fois ça pique un peu..	
P: voilà ...je le sais..une gêne quoi on va dire ...mais ça c'est une ...(inaudible)	
M: pas forcément..j'vais vous donner un antiacide pendant 15 jours, on va essayer hein ?	
P: ouai..ok ! Oui oui moi je..oui oui	
M:est-ce que vous savez si vous êtes vaccinée contre l'hépatite B ?	
P: ben je sais pas c'était obligatoire à un moment donné ?	
M: pas vraiment mais y a eu toute une polémique en France...	
P: je sais pas du tout...	
M: en fait si vous avez été vaccinée, vous avez des anticorps et ces anticorps ils baissent tout au long de la vie et parfois il faut faire un rappel, donc du coup je fais la sérologie avec les anticorps...	
P: faites tout faites tout !	
M: est ce qu'on fait les sérologies vih, syphilis... ?	
P: jsais pas...jsuis qu'avec mon mari depuis 30 ans donc euh...	
M: non mais voilà...moi je propose systématiquement à tout le monde...après...	
P: ah oui mais moi ça ne me dérange pas..jveux dire on peut le faire, quoi jveux dire ça mange pas de pain, en principe jme souviens pas avoir trompé mon mari mais bon la nuit lorsque je ne dors pas je sais pas ce qu'il se passe	
M: vous n'avez pas d'allergie ou quoi que ce soit ?	
P: Non .	
P: vous voyez la, j'ai une douleur en haut du dos, comme une brûlure, en fait je sais pas si c'est musculaire, si c'est à l'intérieur, si pff ..ou si c'est parce que je suis tellement...	
M: attendez bougez pas, c'est par-là ?	Se lève et va examiner P sur sa chaise
P: ouais voilà à partir de là et jusqu'en haut là..	
M: effectivement vous êtes très tendue et je pense qu'un ostéopathe vous fera du bien et euh..vous avez rendez-vous quand ?	
P: vendredi prochain	
M: très bien et on verra si vous avez besoin de séances de massage chez le kiné...de toute façon, ça ne vous fera que du bien	
P: oui	
M: pour vous détendre un peu...Bon déjà la prise de sang, je vous revois la semaine prochaine, on fait le vaccin, et avec les résultats de la prise de sang.	
P: d'accord, donc la prise de sang lundi j'irai la faire...	
M: faites comme vous voulez.	
P: oui oui non mais parce que ce soir on fait la fête pour les 18 ans de mon fils, donc 12 heures après à jeun...je vais me coucher tard...	
M: par sécurité jvous mets aussi...normalement c'est à partir de 50 ans, c'était censé être le sang dans les selles	
P: oui...	
M: quitte à faire de la prévention, autant y aller à fond	
P: d'accord	
M: c'est au laboratoire, ils vont vous donner un pot, c'est les nouveaux tests en fait, donc faut faire un recueil de selles, vous trempez un coton tige dedans et vous le ramenez au labo. Ok ?	
P: ok, d'accord ! Analyse d'urine non c'est bon ?	
M: y a pas d'indication ...	
P: bon ok...mais à l'examen vous avez rien senti au niveau des poumons et tout, donc ça va ..y a rien...du moins je respire correctement...	
M: oui..je pense que vous êtes très angoissée, très fatiguée et qu'il va falloir prendre du temps pour vous.	P sourit quand M dit « oui »
P: oui...	
M: il va falloir !! ok ?	

P: oui...	
M: mais on en rediscutera avec les résultats de la prise de sang, d'accord ?	
P: ok !	
M: donc là je vous ai mis le vaccin, l'oméprazole une gélule le matin pendant 2 semaines.	
M: euh...la carte vitale vous me l'avez pas donnée..	
P: je sais pas ce que vous voulez..	
M: ça fait 23 euros SVP	
P: vous voulez par carte, par chèque ?	
M: euh il marche plus l'appareil...	
M: est-ce que vous voulez qu'on fixe déjà un rendez-vous ? Peut-être pas la semaine prochaine parce que je ne suis pas trop là	
M: mardi 2 après-midi, 15 h ?	
P: oui	
M: si y a un problème vous m'appellez.	
M: Si ça va pas ou quoi vous me rappelez..	
P: non mais ça va...du moins oui ça va allez	
M: vous vous sentez un peu mieux déjà d'avoir lâché ?	
P: ben déjà là voilà, avec l'examen que vous m'avez fait, vous me dites qu'il n'y a rien, bon y a pas de raison qu'il y ait quelque chose...	
M: voilà, après on vérifie sur la prise de sang aussi	
P: voilà, et donc voilà..ça...jme dis jvais pas mourir dans...mais à un moment donné, c'est dingue, j'ai jamais été comme ça, jvous assure ! Jveux dire j'ai toujours tout géré et la..vraiment ça fait 3 mois, en fait depuis que mon fils commence à partir un petit peu en « biguerine », ça me fait tellement de soucis que, si je suis pas là, jme dis comment il va faire...	Pleurs +++
M: ben voilà, vous l'avez sorti...le point de départ. Mais non..mais allez y..	se penche en avant les bras s
P: non non, y a pas de problème	
M: si vous êtes là pour ça justement...pour essayer de mettre le doigt sur...	
P: ...ce qui me stresse vraiment..	
M: lâchez un bon coup, c'est normal de s'inquiéter pour ses enfants...	
P: et donc voilà, et donc je me dis j'ai pas le droit de tomber malade et du coup il me vient plein de trucs alors que c'est peut être rien, je me suis jamais écoutée, et du coup il y a ces douleurs et je me dis c'est peut être pas rien...	
M: au moins vous en profitez pour faire le point sur votre santé	
P: voilà !	
M: d'accord	
P: jpeux pas tomber malade, jpeux pas...	
M: allez y ...lâchez !	
P: pardon	
M: non non mais y a pas de problème, prenez le temps que...dont vous avez besoin.	
M: on fait le point, vous serez totalement rassurée ! Et ça ira mieux...il faudra aussi penser à prendre du temps pour vous	
P: oui mais...qu'est ce-que je fais sinon..du moins..	
M: jsais pas..	
ben je me concentre à mon mari, à ma maison et aux enfants s'ils ont besoin quoi..c'est ma vie...c'est eux ..	
M: et elle vous va?	
P: ben bien sûr qu'elle me va, et à un moment donné, j'ai l'impression que...et moi quoi ? Du moins voilà...c'est pas grave je verrai plus tard...	
M: et plus tard plus tard plus tard...	
P: et voilà	
M: ça fait 10 ans que c'est toujours plus tard plus tard	
P: et voilà c'est ça...	
M: et là je pense que le plus tard en fait c'est maintenant...	
P: et là je me dis « ma fille tu vas avoir 49 ans », donc 50 ans..et quand ta mère avait 50 ans elle était vieille, du moins, du coup j'arrive pas...jme dis « mais 50 ? » du coup il est peut être temps, du moins j'ai plus 20 ans...jveux dire donc..mais ça va allez ! Merci !	P se lève
M: de rien ! Pas de problème	M se lève
P: vous embrasserez votre maman de la part de M. donc du cabinet « R... »	
M: ok	
P: jvous embête pas d'avantage..	
M: non non ...	
P: au revoir et merci beaucoup	
M: jvous en prie !	

Vidéo CA 19 : Douleur thoracique	
VERBAL	NON VERBAL
P: en fait voilà j'ai arrêté de fumer et finalement j'ai quand même repris et c'est revenu en pire, donc euh...maintenant que j'arrête, ça s'estompe quand même au fur et à mesure mais j'aurais voulu prendre rdv chez une pneumologue, et je suis obligé de passer par le médecin traitant.	Faciès non expressif
M: d'accord...alors...attend, on va reprendre au début !	
P: mouai	
M: tu fumais ?	
P: ouai	
M: et tu as arrêté il y a 3 mois ?	
P: y a 3 mois j'ai arrêté pendant 2 mois	
M: oui	
P: donc ça allait mieux...enfin cette douleur elle est partie quoi	
M: parce que tu as arrêté en raison de l'apparition d'une douleur ?	
P: ouai	
M: alors j'avais avoir un soucis pour lire ta carte vitale...ah ça y est ça marche, il devait y avoir une petite saleté ou quelque chose comme ça...	P se gratte la bouche, regarde l'écran et réfléchit
M: ok...donc tu as arrêté de fumer pendant 2 mois..	
P: ouais	
M: et ça fait donc 1 mois que tu as repris ?	
P: euh..non c'est pas y a 3 mois, j'avais repris pendant 1 mois et...maintenant là j'ai arrêté depuis 2 semaines	
M: humhum	
P: au fur et à mesure ça s'estompe...euh, je voulais prendre rdv pour être sur qu'il y a rien.	
M: alors c'est une douleur qui se situe où ?	
P: ici au milieu...mais c'est pas une douleur quand j'inspire ou quand j'expire, c'était assez constant..après y a des moments dans la journée, surtout quand je travaillais ou j'avais pas...sûrement parce que j'y pensais pas.	Montre la zone douloureuse
M: oui ? Vous aviez pas mal du tout ?	
P: j'y pensais pas, j'avais tellement de travail, que ça me passait au-dessus, quoi.	
M: mouai..	
P: après c'est surtout..j'ai pas mal de stress dans le travail et ...les moments où c'était vraiment stressant j'le sentais plus.	
M: tu le sentais plus ?! Est-ce que c'est une douleur qui est fonction justement de ton activité...est-ce qu'elle apparaît plutôt à l'effort ?	
P: euh...pas forcément, non !	
M: ou en fonction des mouvements ?	
P: non non parce que je fais de la boxe française aussi et c'est pas forcément cette douleur là...euh..	
M: d'accord !	
P: par contre le matin je me réveille, je sens que j'ai mal	
M: et ce n'est pas une douleur non plus quand tu inspires fort ?	
P: non..	
M: quand tu expires ?	
P: non	
M: alors on va passer à côté, je vais t'examiner. Assieds-toi ! Est-ce que c'est une douleur qui est liée au mouvement ?	
P: euh..ben.. j'ai quand même assez mal le matin quand je me lève, pas quand je suis dans mon lit mais dès que je commence à me tourner, je sens que j'ai un peu mal.	Examen clinique non vu sur la caméra
M: alors tu vas me dire si tu as un peu mal quand j'appuie dessus	
P: non..	
M: non.. ?!	
P: Maintenant ça va mieux bon après je sais pas si c'est lié mais quand j'avais mal..	
M: quand on appuie ça fait mal ?	
P: quand on appuie ..ouai voilà !	
M: c'est pas lié à l'alimentation non plus ? C'est pas après les repas ?	
P: non..	
M: t'as pas l'impression qu'il y a des remontées acides ?	
P: non	
M: de l'estomac ?	
P: non	
M: et ça te donne pas envie de tousser..quand tu as mal..	

P: même pas...	
M: cette douleur dure combien de temps ?	
P: après en général, ça fait quelque temps que je fume même plus la journée, je fumais juste le soir après le travail parce que la journée j'étais...bon..mais euh..c'est surtout la journée, c'est même pas quand je fume, c'est le lendemain et c'est là j'ai mal	
M: et toi tu fais vraiment le lien entre cette douleur et le fait de fumer ?	
P: ouai parce que la par exemple ça fait deux semaines et ça s'estompe au fur et à mesure quoi.	
M: d'accord.	
P: je le sens particulièrement..après comme j'ai dit j'étais vachement stressé, quand j'avais mal, j me dis peut être pas les poumons, plutôt le cœur..j'en sais rien du tout.	
M: d'accord, alors, on va t'ausculter. Voilà. Respire bien fort par la bouche. Au niveau des bronches, il y a rien du tout.	
P: ouai ;	
M: et tu n'est pas gêné, tu n'est pas essoufflé ?	
P: ben..jsuis quand meme essoufflé assez vite..	
M: assez vite ...et tu fais de l'activité sportive ?	
P: jfais de la boxe française 2 fois par semaine...	
M: alors de la boxe française, jvois pas très bien...est ce que c'est physique ? C'est pas comme de la course à pied, de l'endurance..c'est pas... ?	
P: au début on fait une demi heure de corde à sauter donc du cardio ensuite on fait des exercices pendant une demi heure puis on a 2-3 minutes de pause	
M: d'accord	
P: puis étirements	
P: voilà..ouai..	
M: d'accord !	
M: jvais prendre ta tension également..voilà !	
P: (dit quelque chose, je comprends pas) ...en attendant j'avais bien mal, je devrais m'inquiéter, par exemple ce matin j'ai vraiment ressenti une douleur, j'aimerais bien savoir ce que c'est.	
M: alors pourquoi ta demande c'est d'aller voir un pneumologue ?	
P: ben parce que j'ai une amie qui a eu des problemes aussi comme ça et c'est ce qu'elle a fait	
M: d'accord	
P: mais dans tout les cas il faut passer par le medecin de famille	
M: oui oui mais euh...effectivement, voilà..j pense pas que ça relève d'un problème pneumologique...parce que un problème pneumologique ce serait...qu'est ce que tu crains exactement ?	
P: euh...je sais pas..après j'ai entendu parlé de certaines choses, je sais pas si...	
M: oui ?	
P: des décollements de la plèvre, c'est des choses qui peuvent arriver apparemment ?..je sais pas...	
M: voilà..ok..parceque..tu peux te rhabiller c'est bon.	
M: voilà, je pense que tu as déjà une idée, une imagination de ce que ça peut être	
P: ben on se pose des questions..quoi..voilà !	sourire, se frotte le menton
M: parce que tu viens avec une demande qui est d'aller chez le pneumologue, hors des décollements de la plèvre, des choses comme ça, ça je l'entendrais à l'auscultation, tu peux être rassuré c'est pas ça, au niveau de l'auscultation j'entends bien tes poumons, ils s'ouvrent, ils se ferment, ils se remplissent comme il faut et ce que j'entends, le murmure il est symétrique y a pas de soucis	
P: d'accord	
M: d'accord..euh..je pense pas que ce soit cardiaque parce que il n'y a aucune raison que ça vienne, que ça parte...c'est pas à l'effort, ta tension est parfaite..euh..j pense plutôt que c'est effectivement quelque chose..une douleur de la paroi..hein..	
P: mouai..	
M: au niveau des articulations entre sternum et les côtes, ce qu'on appelle une douleur pariétale et euh...à mon sens ça ne justifie pas pour l'instant d'examen complémentaire. Ce que tu vas faire pendant quelques jours, tu vas prendre du paracétamol	
P: ouai	
M: hein, d'accord	
P: hum !	
M: quand tu as mal..parce que par exemple ce matin tu a eu mal mais ça n'a pas duré longtemps...	
P: non..oui aujourd'hui ça allait...y a d'autres jours la douleur était là toute la journée	
M: voilà !	
P: c'est la que je me pose des questions.	
M:Voilà et puis après ça disparaît euh..	
P: euh..ouai enfin au moment ou j'ai arrêté ça a pas disparu pendant au moins bien 4-5 jours	

M: d'accord, j pense pas que ce soit lié à ta consommation de tabac..hein..tu fais cette association mais y a pas de raison..hein...euh...le fait de fumer c'est une très mauvaise chose, jvais pas te dire le contraire.	
P: mouai	
M: et c'est parfait que tu aies arrêté de fumer, je ne peux que t'encourager à continuer	
P: hum !	
M: d'accord ?! Mais le fait de fumer ne va pas donner de douleur, hein d'accord ?! Donc c'est vraiment plutôt quelque chose de musculaire, d'articulaire d'accord ?	
P: d'accord	
M: pour laquelle tu vas juste prendre pour l'instant du paracétamol	
P: d'accord	
M: d'accord	
P: ok !	
P: c'est bizarre, ça fait quelque temps que ça traîne quoi et puis c'est devenu de pire en pire et puis là quand j'ai commencé à avoir mal comme ça jme suis dit y a peut etre quelque chose qui ...	semble inquiet
M: humhum	
P: mais bon....apres moi j'associe ça justement avec le tabac après..	
M: oui !	
P: ça peut aussi être le stress	
M: oui tout à fait !	
P: mon travail est très stressant alors euh..jsais pas.	
M: voilà ! Oui tout à fait ! Et tu as un thorax un petit peu creusé jsais pas si tu as remarqué, les côtes sont assez proéminentes, le sternum est un peu creusé..	
P: ouai	
M: et ce qui me fait vraiment penser au fait que ce soit un problème au niveau de l'articulation..hein ?	
P: ok !	
M: ta colonne vertebrale est bien droite, t'es bien musclé mais par contre au niveau du thorax, t'es..et ça c'est un problème on va dire congénital, c'est la structure de ton thorax qui est comme ça..	
P: ok	
M: y a rien à en faire mais euh...tu peux être rassuré, y a pas de troubles pneumologiques, l'auscultation est parfaite, tu n'as pas un essoufflement anormal quand tu montes un escalier, tu n'as pas de douleur qui apparaît lors de l'effort, tu fais de la boxe française, tu n'en as pas, alors vous vous échauffez vous faites ce qu'il faut, je pense que c'est plus une douleur liée à la paroi thoracique et qui est je pense amplifiée par l'image que tu en as je pense, le stress..	
P: ouai...sûrement	
M: que ça provoque parce que tu associes ça au tabac.	
P: Ouai !	
M: Hein... Donc déjà, première chose, continue à ne plus fumer, c'est logique, je ne peux que t'encourager à faire ça mais tu peux être rassuré par rapport au lien entre le tabac et cette douleur, tu peux te sortir ça de la tête, hein ?	
P: ok	
M: voilà !	
P: ça fait quelque temps aussi que j'ai pas regardé les vaccins..	
M: oui, ben comme tu as emmené ton carnet de santé. Tu as 23 ans, alors je vais regarder un peu de quand date la dernière vaccination...tient !	
M: et tu bosses où , chez C... ?	
P: oui !	
M: c'est ...(pas compris)	Rire +++
P: Ouai !	sourire, croise les bras
M: alors ça c'est bon...le revaxis c'était en 2009, tu es né en quelle année ?	
P: 92 !	
M: 92...donc tu avais quel âge ... ?	
P: j'avais 18 ans..	
M: 17 ...donc revaxis..tu as 23 ans...on va refaire ce vaccin dans 2 ans, à l'âge de 25 ans, les recommandations vaccinales ont changé, hein, c'est 25 ans 45 ans 75 ans et là on fera un rappel, faut le faire une fois dans la vie des adultes, donc on fera ça dans 2 ans, en 2017, donc DTP et la coqueluche. Voilà et pour le reste tu es à jour !	
P: ok !	M lui rend son carnet et P regarde
M: Alors pendant 2-3 jours, tu vas prendre un comprimé de paracétamol matin midi et soir, en systématique pour éviter que cette douleur réapparaisse puis après tu peux arrêter et tu n'en prendra plus que ponctuellement quand tu as mal, d'accord ?	
P: ok	se touche les cheveux
M: et tu habites toujours chez tes parents ?	

P: non non j'habite à Bobigny	
M: A Bobigny ? D'accord !	
M: je vérifie si j'ai ton adresse...oui oui c'est bon..par contre je vais prendre ton numéro de téléphone ...	
P: 06...	
M: voilà !	
P: merci ! J'espère que ça ne reviendra pas, parce que si c'est lié au tabac c'est facile mais si c'est lié au stress faut changer de métier alors ...	Sur un ton de plaisanterie, sourit
M: non y a pas que...c'est pas une solution forcément aussi radicale, hein...après y a peut être un travail à faire aussi par rapport au vécu que tu as de ce stress, essaie de prendre un tout petit peu plus de recul, tu travailles là depuis combien de temps ?	Rire réponse
P: euh...3 ans..	
M: 3 ans ? Et ta fonction d'entreprise ?	
P: chef de projet ..	
M: ouais..	
P: dessinateur..ben j'ai inventé une machine qui va se vendre dans le monde entier et...y a plein de choses encore à modifier pour que ça puisse partir, y en a déjà 2 en Allemagne, 2 en Australie et 1 en France,	
M: bon ben c'est bien...	Attitude paternaliste/parentale +++ , tutoiement, valorisation...
P: et la y en a 25 qui doivent sortir depuis quelques temps, et je dois améliorer et la pression est sur mes épaules	
M: ouai, c'est sûr ! Je pense que ça joue pour beaucoup, hein..	
P: ouais !	
M: beaucoup beaucoup	
M: ta carte vitale n'est pas à jour	
P: ah bon ?	
M: ouai, ta carte vitale ça fait très longtemps que tu ne l'as pas mise à jour parce que là tu es encore déclaré comme étant à la mutuelle étudiante hein ?	
P: ok	
M: faut juste passer dans une pharmacie quand tu iras, demander de la mettre à jour	
P: ok, je l'ai fait plusieurs fois pourtant mais ça ne fonctionnait pas..	
M: bon là le tiers payant ne va pas fonctionner, tu vas régler la totalité 23 €, ok ?	
P: ok	
M: et alors elle sert à quoi cette machine ?	
P: c'est la première machine qui sert à mettre des capsules sur les bouteilles de vins	
M: d'accord ! On en voit de plus en plus ça	
P: C' est de plus en plus répandu oui ! Y en a dans toute L'Europe, y en a même aux Etats -Unis.	semble prendre plaisir à expliquer
M: Et ben félicitations !	
P: merci !	sourire, content
M: rassure toi hein, d'accord ?	
P: ouai, ouai, j'vais essayer de mieux gérer le stress...	
M: oui...	

VIDEO PC 14 : Asthénie	
VERBAL	NON VERBAL
M: qu'est-ce qui vous amène alors ?	
P: alors déjà j viens vous voir parce que j'voudrais entamer une grossesse et donc euh la gynéco m'a demandé de vérifier mes vaccins contre la coqueluche, si besoin de rappel ou pas, donc je vous ai ramené mon carnet de santé.	
M: ouai	
P: et je venais vous voir aussi parce que depuis hier j'ai très mal à la tête, je me sens fiévreuse mais j'ai pas d'autres symptômes à part être faible et fatiguée	
M: d'accord !	
P: et j'voulais voir aussi si c'était possible de refaire un bilan sanguin complet parce que comme ça fait depuis..enfin...là j'étais en vacances la semaine dernière mais donc ça faisait 5 mois que j'avais pas eu de vacances et je me sens toujours aussi fatiguée, donc bon une semaine de vacances ça récupère pas tout ça c'est sur mais je me sens hyper fatiguée quoi...j'tiens pas une journée...vers en milieu d'après midi j'suis crevée quoi !	M tape sur son clavier puis regarde M
M: y a aucune...est ce que vous avez perdu du poids ? Est ce que vous avez des douleurs quelque part ?	M se tient le menton
P: non	P fait « non » de la tête
M: non, d'accord ! Vous avez un appétit qui est conservé	
P: oui	

Mt: d'accord ! Depuis combien de temps vous êtes fatiguée ?	M tape sur son clavier tout en regardant M
P: euh...on va dire fin Novembre	
Mt: d'accord !	
P: après au boulot j'ai enchaîné trois mois d'heures supplémentaires aussi jusqu'en Décembre	
Mt: vous êtes coiffeuse	M regarde son écran
P: ouai	
Mt: vous travaillez où ?	M regarde son écran
P: euh...C...	
Mt: d'accord ! Bon on va regarder tout ça, et là pour cette histoire de fièvre et de maux de tête, vous n'avez aucun point d'appel, c'est à dire vous ne toussiez pas ? Vous n'êtes pas enrhumée ? Vous n'avez pas mal à la gorge euh	M se lève de sa chaise et se dirige vers la table d'examen
P: un petit peu...	P se lève de sa chaise
Mt: pas de douleur au ventre ?	
P: un petit peu enrhumée mais mal à la gorge pas plus que ça !	
Mt: asseyez-vous !	
P: et je tousse un petit peu mais c'est pas non plus euh...alors après ce WE j'ai pris l'avion	
Mt: oui	P s'assoit sur la table d'examen
P: alors est ce que ça peut venir de là ?	
Mt: si vous avez senti des problèmes de pression dans les oreilles pourquoi pas mais bon...	M lui prend la TA
P: euh..à l'aller surtout, pendant l'atterrissage	
Mt: pendant le vol ?	
P: non c'était à l'atterrissage, j'ai cru que ma tête elle allait exploser par contre	P s'allonge
Mt: vous avez le cœur qui bat assez vite, vous êtes arrivée en courant peut être ?	
P: j'ai marché vite	
Mt: comment ?	
P: j'ai vite marché !	P rit
Mt: ouai ok, respirez fort ! Au niveau des poumons il n'y a rien de particulier, le ventre est ce qu'il vous fait mal ? Il est bien souple...pas de soucis...ok ! Vous allez vous assoir ! Ouvrez grand, rentrez la langue, dites « haaa » ! pas d'angine ! Y a pas de signe particulier ! Donc du coup vous pouvez faire une prise de sang si vous voulez dès demain par exemple, à jeun la prise de sang !	M ausculte P puis examine sa gorge
P: oui	
Mt: j'avais aussi regarder s'il n'y a pas de syndrome infectieux...là vous êtes fébrile hein...	
P: oui !	
Mt: y a la tachycardie..donc euh pour l'instant vous prenez que du paracétamol et rien d'autres...euh...et puis je vais regarder vos vaccins et on verra en fonction des résultats de la prise de sang	M se rassoit à son fauteuil
P: c'est pas...enfin hier toute la journée j'me suis sentie hyper faible...tout devant la tête complètement...donc j'ai pris du Paracétamol...puis après la nuit pareil !	P se rhabille et s'assoit
Mt: « pas de point d'appel, pas de signes neuro-méningés, ventre souple, bio.. » euh...alors...vous avez fait l'hépatite B, vous aviez fait la coqueluche, ça a déjà été fait la coqueluche	P sort son chéquier et son carnet de santé, M prend le carnet et regarde
P: donc y a pas besoin de refaire ?	
Mt: 89-90..pas nécessairement..après y a des rappels qui doivent être refait...j'avais regarder..le problème c'est que le vaccin contre la coqueluche seul il est difficile à trouver...alors...ce qui est sûr c'est que dtpolio vous êtes largement à jour, il a été fait en 2011, les dernières recommandations de 2015, c'est un rappel de coqueluche à 25 ans, donc vous vous ne l'avez pas eu...le problème c'est que pour trouver un vaccin coqueluche seul, moi personnellement j'n'en connais pas, j pense qu'il n'existe pas...non il n'existe pas seul, il faut toujours le refaire avec euh le dtpolio, donc là vous l'avez fait il y a 5 cinq, donc on peut le faire malgré le fait que vous l'avez eu en 2011	M est en train de chercher sur internet P rigole quand M dit « J'en connais pas »
P: d'accord ! Donc comme ça contre la polio j'serrai...	
Mt: voilà et vous n'êtes pas enceinte là ?	
P: non	
Mt: vous êtes encore sous contraception ou pas là ?	
P: oui !	
Mt: bon pour le faire il faudra que vous soyez en meilleur forme !	
P: oui !	
Mt: (inaudible)	
Mt: j'vous fais quand même un dosage des hormones de grossesse, on va pas vous faire le vaccin en attendant, donc on balaye un peu tout sur la prise de sang, faut vraiment la faire à jeun et euh...y a une partie aussi qui permet de voir si il y a un syndrome inflammatoire, vous avez un peu de fièvre, mais y a peu de chance finalement...vous avez aucun point d'appel, y a pas de toux, y a pas d'angine, y a pas d'otite, c'est probablement juste une infection liée à un virus qui vous donne de la fièvre, il en circule beaucoup en ce moment, ça ressemble un peu à de la grippe sauf que vous ne toussiez pas	
P: justement j'me disais que si je choppe la grippe, ça va être compliqué !	P rigole
Mt: voilà !	M lui donne l'ordonnance pour la prise de sang

P: justement j'me disais que si je choppe la grippe, ça va être compliqué !	P rigole
M: voilà !	M lui donne l'ordonnance pour la prise de sang
P: merci	
M: ça c'est la prise de sang, je vous fais une ordonnance, ne prenez que du paracétamol hein ! Évitez les anti-inflammatoires !	
P: ouai...ah si j'ai oublié de vous demander aussi...euh...ce w e je suis mal retombée sur mon pied et euh...bon là maintenant ça va mieux mais quand je marche j'ai quand même une douleur	
M: hum...il faut que je regarde votre pied	
P: j'ai zapé...c'était la chose la plus importante déjà de base quand même	P commence à enlever sa chaussure
M: ah bon ?	
P: oui !	
M: ça veut dire que vous n'avez pas si mal que ça...	M tape sur son clavier
P: ben sur le coup j'ai...enfin...parce qu'en fait j'ai beaucoup marché ce w e et je suis mal retombée sur mon pied	
M: mais vous avez fait une chute ou c'est en marchant que...	
P: en fait non euh...j'ai sauté et en retombant en fait sur mon pied je sais pas ce que j'ai fait mais j'lai fait ! En fait, j'avais mal à ce niveau là...	M se lève pour aller examiner son pied, P reste assise sur sa chaise
M: d'accord ! Posez ! Ici ça fait mal ?	
P: Un petit peu mais ça va, quand je touchais au début ça me faisait vraiment mal	
M: et là ?	
P: en fait ici à ce niveau là, ça me fait mal quand je marche	
M: là ?	
P: un peu plus haut ! Et quand on touche ça fait pas mal	
M: d'accord !	
P: là c'est un peu sensible !	
M: bon en tout cas y a aucun oedème, y a pas de signe de fracture, y a pas grand chose à faire	
P: donc c'était rien de...	
M: non non ! Y a vraiment pas de signe qui fasse craindre une fracture, alors pour le coup là vous pourriez prendre des anti-inflammatoires sauf grossesse ! Ça c'est important, il faudra que vous appreniez à...si jamais vous êtes enceinte, que tous les médicaments ne peuvent pas être pris	M va se mettre du gel hydroalcoolique et se rassoit
P: oui !	
M: y a un site internet qui est très bien fait qui s'appelle le CRAT qui veut dire je ne sais plus ça comprend tous les médicaments qui sont susceptibles d'être tératogènes, donc en fait vous tapez CRAT et le nom du médicament et on vous dit si vous pouvez le prendre pendant la grossesse	
P: d'accord !	
M: en sachant qu'il y en a certains qu'il est conseillé de ne pas prendre en fonction du trimestre de la grossesse. Donc voilà, là je vous fais l'ordonnance pour le vaccin, un peu de Doliprane et on fera le vaccin quand vous serez mieux	M lui donne l'ordonnance
P: oui !	
M: et si y a une anomalie à la prise de sang , vous revenez !	
P: oui !	
M: ou si ça va pas mieux	
P: merci !	
M: je vais vous faire le changement de médecin traitant	
P: ah oui !	
M: donc vous choisissez votre médecin, hein c'est pas une obligation !	
P: oui ! Oui oui !	
M: voilà donc là c'est fait, c'est enregistré ! Ça fait 23 euros SVP	P fait le chèque
P: votre nom s'écrit comment ?	
M: C...Merci ! Donc on se revoit avec les résultats de la prise de sang pour voir si il y a quelque chose mais y a pas de raison à priori, de toute façon je les reçois par courrier ou Fax si il y a quelque chose d'urgent.	P lui donne le chèque et range sa carte vitale, M signe et range le chèque et regarde son écran. M et P se lèvent et se dirigent vers la porte
P: ok ! Merci au revoir !	
M: au revoir !	

VIDEO PG 10: Douleur thoracique	
VERBAL	NON VERBAL
M: asseyez-vous !	
P: depuis hier ça va pas !	
M: depuis hier ça va pas ?! Qu'est ce qui vous arrive ?	
P: hier, à ce niveau, comme ça, après j'ai...très dur...	fait des gestes pour localiser sa douleur au niveau thoracique et l'explique par des gestes, mime sa douleur comme une « constriction thoracique » puis fait des gestes comme pour s'étirer, cherche ses mots, ne parle pas très bien français
M: hum ! Attendez je vais répondre au téléphone...oui alors vous disiez qu'il y avait une douleur là, ici, dans le cou. Ça vous serre ?	le téléphone sonne, M parle pendant 2 mn M mime les gestes de la douleur thoracique
P: oui là ça me sert un peu oui...et derrière	montre l'endroit où ça le serre et montre son dos entre les omoplates
M: dans le dos ?	
P: oui...j'arrive pas à respirer très fort...comme ça...une fois oui...comme ça a commencé hier, presque 3 heures le matin, après moi sorti un peu pour marcher, après moi courir...	mime la respiration
M: courir...	
P: 30 mn courir et puis laissé...	
M: ouai...et quand vous courez ça va bien ?	
P: ouai	
M: vous vous sentez bien quand vous courez ?	
P: ouai...je sais pas j'ai...	M lui coupe la parole
M: actuellement vous êtes...vous travaillez où actuellement ? Qu'est ce que vous faites ?	
P: ah ben je travaille, je change les rails tout ça	
M: sur les voix ferrées ?	
P: ouai	
M: bon, donc bon, il se peut qu'il y ait quelques douleurs quand même dès fois bon	M mime la sensation de douleur thoracique
P: même le dos...	P s'étire le dos comme pour montrer qu'il a mal puis se lève et montre les douleurs dans le dos
M: tout ça ça fait mal ?	
P: ouai, même comme ça ouai	
M: ok, ok ok ! Bon	
P: il faut que je contrôle le cœur	
M: le cœur ? Alors le cœur on l'avait déjà contrôlé chez vous hein..y a pas bien longtemps pour une douleur un peu comme ça, un peu imprécise, alors on va regarder...	M regarde son écran
P: « inaudible », comme une chaleur	P marmonne quelque chose puis mime la trajectoire de la chaleur ressentie
M: d'accord ! Impression de chaleur ouai...ok, donc là c'est bon...ouai.	M lit sur son écran
P: en plus moi quand quelque chose arrive, tout de suite beaucoup réfléchir, énervé à cause de ça plus les problèmes. Même la gorge...	P avale pour montrer que c'est difficile
M: la gorge vous sentez que c'est gênant...ouai ! Bon, ça c'est plutôt évocateur d'un état un peu anxieux, vous êtes euh..vous avez des soucis en ce moment ?	
P: non	
M: non ? Des inquiétudes euh ? Des problèmes ?	
P: j'utilise depuis 7-8 ans...comme...la cigarette...le tabac	
M: le tabac ?	
P: ouai, pour ici	P montre sa lèvre supérieure
M: pour quoi faire ?	
P: pour oublier la cigarette	
M: pour oublier la cigarette	
P: peut être ça...moi utiliser presque 7 ans après moi arrêter tout, après moi être un peu énervé..ça une semaine..après moi laisse tomber...recommencé moi	
M: ouai..et quand vous courez ça va bien ?	
P: après arrêter une semaine, moi très énervé, j'ai commencé à fumer une, deux cigarettes	

M: ouai	
P: après même cigarette, moi arrêter	
M: ouai	
P: après hier ça a recommencé...	
M: donc hier ça a recommencé de nouveau..	
P: hier, internet	P mime internet
M: internet ouai !	
p: et ça... plus hier moi courir une heure...courir soir douche et manger...comme ça là..très...	P mime sa douleur thoracique
M: j'vais regarder quand est-ce qu'on avait fait euh qu'on avait fait l'électro...donc y avait un électro là..ah ben oui c'était en 2012 tient l'électro...	
P: vous avez encore... ?	
M: l'électrocardiogramme ?	
P: ouai	
M: ben je regarde quand est ce qu'on l'avait fait, j'vois qu'il y en a un qui avait été fait en 2012, ça fait 3 ans quand même. Bon là..bon on peut faire un ECG pour être sûr mais disons c'est plus de l'angoisse que vous avez...	
P: nerveuse ?	
M: nerveux ouai, c'est de la nervosité	
P: même pas énervé...quand respirer mal derrière...	
M: hum hum, quand vous respirez ça vous fait mal dans le dos ?	
P: ouai	
M: mais par contre vous faites un travail quand même difficile	
P: ah ça c'est...combien...presque 8 ans travail là bas	
M: ça fait 8 ans que vous faites ce genre de travaux...donc c'est peut être ça qui vous donne ces douleurs dans le dos et puis après ça vous inquiète	
P: même là...quand...mal...	P montre sa nuque
M: hum hum là aussi ça vous fait mal...bon on va examiner un petit peu, venez...venez avec moi, on va examiner...alors enlevez la chemise, enlevez le t-shirt aussi, après on va faire l'électrocardiogramme.	M et P se lève et vont à la table d'examen
P: « inaudible »	
M: ouai...allongez-vous	
P: comme ça !	
M: ouai comme ça c'est bien ! Vous avez un téléphone portable sur vous	
P: non	
M: l'auscultation, elle est bonne, on va prendre votre tension et après on va faire l'électrocardiogramme...14/9...ça reste normal, on est à la limite de la normal...alors on va faire l'électro maintenant.	M est en train d'examiner P
P: inaudible	
M: vous réfléchissez c'est à dire ?	
P: cœur travaille plus vite	
M: le cœur il va plus vite quand...ouai..vous trouvez que le cœur bat plus vite en ce moment ?	
P: ouai !	
M: alors donc là on va mettre...mettez-vous bien au milieu de la table...alors après...ne bougez plus, respirez tranquillement, bougez pas ni les doigts ni les orteils ni rien du tout ! Voilà donc je vous détache...bon il dit que c'est normal..à la limite de la norme..bon c'est normal au niveau du cœur ! J'vais vous le donner vous verrez c'est écrit dessus. Vous pouvez descendre.	M installe et fait l'électrocardiogramme
P: la tension...moi toujours avoir 13...	
M: ouai bon là c'est 14, c'est un peu plus élevé mais..voilà...	
P: pour la chaleur..	
M: pour la chaleur...ouai?!	
P: pour fièvre...euh...pour mesurer la température..	
M: pour mesurer la température ?	
P: ouai ! Comment ça s'appelle ?	
M: thermomètre !	
P: ouai	
M: alors les thermomètres, y a plusieurs machins, y a plusieurs...	
P: 37, 36...	
M: la normale c'est 37, la fièvre à partir de 38, donc ça euh...votre température elle est normale !	
P: normale ?	
M: ouai ! C'est bon y a pas de fièvre. Ça c'est un appareil pour mesurer la température sur le front...voilà...36,9°...donc c'est bon c'est ça c'est à peu près la même chose ! Allez-y ! donc ça c'est bon, ensuite...alors les électro...	
P: bien ?	

M: ah oui il est bien votre électro	
P: oh je sais pas quoi c'est...	
M: oh c'est un peu de...moi j'veus ai dit hein c'est un peu d'angoisse	
P: angoisse ?	
M: ouai ! La nervosité...alors j'veus mettre votre nom dessus	
P: ça pareil comme à l'hôpital scanner ça oui	
M: non ça c'est mon appareil à électro qui écrit ça, « dans les limites de la normale » puis il met toujours un commentaire plus ou moins long! Donc j'veus juste le mettre dans votre dossier celui là donc euh voilà !	
P: je peux courir toujours ?	
M: courir ? Ah ben oui vous pouvez !	
P: pas de problème ça ?	
M: pas de problème ! Au contraire ça fait souvent du bien...ça permet d'avoir moins de..moins d'angoisse aussi, de se sentir mieux dans sa peau..hein...vous habitez...euh...vous êtes tout seul ? Vous êtes célibataire ou bien..vous êtes en couple avec quelqu'un ?	
P: euh non, célibataire !	
M: célibataire !	
P: ouai	
M: ouai...alors ça..voilà ! Donc ça c'est bon ! Alors ça je vais vous le laisser à vous, je vais vous laisser votre électrocardiogramme, d'accord ? Ça c'est votre examen, voilà tenez j'veus laisse l'électro, donc là y a le tracé et puis là c'est l'interprétation « dans les limites de la normale », donc votre cœur fonctionne normalement, par contre c'est sans doute de l'angoisse ! Ok donc là on va noter que l'ECG est normal, qu'on a...ok ? Bon ben écoutez c'est de l'anxiété que vous avez, de l'angoisse ! C'est difficile de comprendre vraiment pourquoi vous êtes comme ça	M est debout en train de scanner l'ECG, P regarde ailleurs et baille. M note son examen, P s'appuie sur le bureau et regarde l'écran
P: ah je sais pas..	
M: on sait pas mais essayez de..euh..ouai d'équilibrer votre vie au maximum..vous pouvez faire du sport y a pas de problème, au contraire si ça vous aide à...à vous sentir mieux et puis euh voilà quoi, d'accord ?	
P: c'est combien ?	P sort ses sous et fait la grimace
M: vous avez la carte vitale ou pas ?	
P: euh..pas...	
M: vous l'avez pas sur vous la carte vitale ? Alors je vais vous dire combien ça fait...mais la carte vitale vous l'avez perdu ?	
P: euh...non j'ai pas demandé...euh..ça marche pas j'ai ça ?	
M: ça c'est la mutuelle complémentaire, vous vous ferez rembourser ! Alors faut juste que je regarde parce que je sais jamais...alors le total c'est 37,26..37 euros 26	
P: voilà !	
M: merci ! J'veus faire un papier pour le remboursement	
P: non c'est pas la peine	
M: c'est pour vous faire rembourser par la mutuelle, faut envoyer ça à la caisse. Voilà j'réponds encore...excusez-moi ! Voilà donc ça c'est la feuille de soins qu'il faut que vous envoyiez à votre caisse à Montauban hein, toujours là-bas !	M remplit la feuille de soin et le téléphone sonne, répond au téléphone
P: hum !	
M: j'veus juste noter votre numéro de sécu, vous aurez plus qu'à la signer et l'envoyer, voilà donc ça c'est pour vous faire rembourser	M lui donne sa feuille de soin et lui rend sa monnaie
P: le cœur alors...le cœur...pas..	
M: le cœur...il est..le cœur...il est bien votre cœur !	
P: « marmonne mais inaudible »	

VIDEO MVD 05 : Céphalées	
VERBAL	NON VERBAL
M: je vais prendre votre carte vitale. Vous êtes déjà venu..oui..j'ai un dossier..d'accord. Est ce que vous fumez ?	P donne sa carte vitale, M tape sur l'ordinateur
P: oui	
M: combien ?	
P: euh...10 !	
M: c'est pour compléter votre dossier...Qu'est ce que qui vous amène aujourd'hui ?	P acquiesce de la tête
P: alors c'est qui m'amène...j'ai une forte douleur ici là au niveau de la tête mais que à droite !	
M: depuis combien de temps ?	
P: ça fait...euh...ca va faire 3-4 jours maintenant	
M: combien de temps ?	
P: 3-4 jours !	
M: 3-4 jours d'accord !	Écrit sur son ordi

P: et là ce matin...c'était..fou..à 6 heures du matin, j'avais vraiment très très mal, j'avais du mal à dormir..donc voilà après jsais pas...ça descend un peu au niveau de l'oreille, j'en ai aucune idée, j'ai pris un peu d'ibuprofène mais euh...	se touche à nouveau le côté droit de la tête, puis montre son oreille puis fait un bruit avec sa bouche pour dire qu'il ne sais pas ce que c'est !
M: hum hum !	
P: sinon voilà ! Rien de plus	
M: d'accord, donc c'est arrivé il y a 4 jours, ça a commencé il y a 4 jours ?	
P: ouai, il y a environ 4 jours	
M: c'est arrivé brutalement ou progressivement ?	
P: non progressivement...au début j'pensais que c'était juste..parce que en fait j'fais des travaux chez moi, comme j'suis souvent dehors en train de bouger, donc j'ai un peu chaud, j'ai un peu froid, j'pensais que c'était juste un p'tit rhume quoi...	se gratte la tête
M: hum hum !	
P: et en fait, au début, j'avais une barre au crâne et là ben c'est vraiment...	se gratte la tête et remontre à nouveau l'endroit où P a mal
M: c'est permanent actuellement ?	
P: comment ?	
M: c'est permanent ?	
P: ouai !! sauf quand je prends de l'ibuprofène, c'est un peu moins fort !	
M: d'accord !...la lumière ne vous gêne pas ?	M tape sur son clavier
P: non	
M: et la douleur, elle ressemble à quoi ? C'est comme un cœur qui bat, c'est plus tirailé ?	
P: non...non c'est pas...c'est vraiment une gêne au niveau de la tête qui me tire...c'est pas comme un mal de tête habituel...ou comme vous dites...des battements...j'ai rien...ici ça me tire ça me fait mal...ça m'a empêché de dormir...	
M: vous avez déjà fait des migraines ?	
P: j'connais pas trop les symptômes	
M: vous êtes pas migraineux connu ? Vous faites pas de crises de maux de tête habituelles ?	
P: non	
M: est ce que vous voyez bien ? Pas de problème visuel ?	
P: si..à part de loin mais j'ai une correction j'ai des lunettes	
M: d'accord ! Vous dormez bien ?	M tape toujours...
P: ben normalement oui je dors très bien	
M: malgré quelques jours à part le mal de tête, vous arrivez à vous endormir ?	
P: oui ! À part ce matin j'me suis réveillé à 6 heures...mais après j'suis resté au lit jusqu'à 9 heures, mais sinon j'dors très bien !	
M: vous vous êtes réveillé à 6 heures à cause de quoi ?	
P: à cause de la tête	
M: à cause du mal de tête, donc le mal de tête vous a réveillé ?	
P: oui	
M: d'accord !	
P: et j'ai été prendre un ibuprofène et j'ai dû m'endormir...j'sais pas ¼ d'heure, ½ heure après	
M: d'accord...vous avez l'impression que ça empire ?	
P: ouai...depuis 3-4 jours ouai ça empire, ce matin c'était vraiment fort...après j'sais pas si ça a un lien mais j'ai éternué...alors j'sais plus si c'était il y a 3-4 jours où peut-être il y a un peu plus d'une semaine, j'ai éternué en me mouchant le nez...j'ai senti que ça m'avait tiré au niveau de l'oreille mais bon après...voilà...pas plus que ça...c'était pas non plus...ça a pas pété	se frotte les yeux, puis se pince les lèvres.
P: j'suis ptêtre très fatigué aussi	M tape sur son clavier, P regarde par la fenêtre
M: Pourquoi ?	
P: j'ai acheté une maison donc y a beaucoup de travaux	se frotte les yeux
M: ça vous stresse ?	
P: ah oui ça me stresse beaucoup oui ! Enfin..j'suis quelqu'un de très ordonné donc là comme c'est des travaux, j'pense tout le temps à ça...donc maintenant..stressé...euh..j'suis pas pas bien à cause de ça mais j'y pense tout le temps ça c'est sûr !	commence à se lever de sa chaise
M: d'accord, alors venez par ici ! Vous allez enlevez le haut. Ok, asseyez vous !	se lève de son fauteuil
M: (inaudible), 37,7° ! j'vais regarder la gorge, ok. Regardez mon doigt, ne bougez pas la tête, suivez mon doigt du regard...(inaudible)...là quand je vous parle vous avez mal à la tête ?	prend la TA et examine P
P: là ça va...un peu...	
M: ça va...sur une échelle de 0 à 10 vous êtes à combien ?	
P: là euh...j'sais pas...3-4	

Mt 3-4...(inaudible)	
P: inaudible...là l'ibuprofène ça fonctionne pendant 4-5 heures puis après ça reprend de plus belle !	
Mt d'accord ! Posez la tête SVP...ok d'accord c'est bon ! Vous pouvez vous redresser.	M baisse la table d'examen et allonge le dossier en position horizontale puis examine P en 2 secondes
Mt Bon j'ai rien de particulier, rien de particulièrement inquiétant	M et P se rassoit
P: ouai...inaudible...c'est normal d'avoir que d'un côté ? Ça a rien de bizarre ? D'habitude j'ai mal à la tête j'ai mal partout mais là ici...non...rien de particulier ?	M sourit à la question de P, P sourit aussi et montre sa tête et regarde M
Mt ben on a aucune certitude ! Ce dont je suis sûr c'est que l'examen neurologique est normal, vous n'avez pas de symptômes, cette douleur n'est pas extrêmement intense, donc euh...j pense qu'on peut se permettre d'attendre quelques jours le temps que ça passe...reposez-vous !	
P: ça va être compliqué !	P se frotte les yeux et sourit
Mt pourquoi ça va être compliqué ?	
P: parce que je rentre dans ma maison fin octobre	
Mt essayez de vous reposer en tout cas parce que tant que vous vous reposez pas, c'est surtout que ce genre de douleur...	
P...c'est lié à la fatigue, le stress...	
Mt probablement !	
P: ça marche	
Mt probablement parce que vous avez pas d'autres symptômes...ce serait quelque chose de plus grave, y aurait des choses qui apparaîtraient. Voilà pour l'instant moi j pense que ça peut tout à fait être compatible avec un petit virus qui passe par là qui vous fait mal à la tête	P acquiesce de la tête
P: ok ça me va	
Mt voilà la lumière ne vous gêne pas...	
P: non ça va !	
Mt vous pouvez la regarder sans problème...on est pas du tout dans le cadre de quelque chose d'inquiétant. On va surveiller quelques jours, puis revenez fin de semaine, début de semaine prochaine si vraiment ça passe pas du tout ou si ça empire, si ça devient fixe ou si...(inaudible) par exemple	
P: ça marche ! Donc au niveau de l'oreille y a rien ?	P se touche l'oreille
Mt au niveau de l'oreille tout est normal ! Pas de signe d'otite...en plus vous avez un petit 37,7°, c'est pas de la fièvre, c'est pas au-dessus de 38° mais c'est pas non plus 37,2° ! Vu tous les virus qu'il y a en ce moment...bon ! En attendant vous pouvez continuer le Doliprane	P acquiesce de la tête
P: ben j'suis passé à l'ibuprofène parce que le Doliprane ne faisait vraiment pas effet.	
Mt d'accord !	
P: d'habitude ça marche très bien le Doliprane chez moi mais là..ça fonctionnait pas du coup, donc on m'a conseillé l'ibuprofène	
Mt vous avez des questions ?	
P: non mais par contre j'aurai besoin d'un certificat médicale pour le sport	
Mt alors ça, ça fera l'objet d'une consultation dédiée	
P: on peut pas le faire maintenant ?	
Mt non...c'est pas contre vous, c'est que ça met en jeu notre responsabilité de médecin, donc on peut pas se permettre de faire ça rapidement, vous voyez ce que je veux dire	M lui donne une ordonnance
P: c'était pas le fait de le faire rapidement, c'était de le faire tout court	
Mt non...ça prend une bonne consultation à faire un certificat	
P: faut que je reprenne rdv c'est ça ?	
M ouai, toute façon vous allez revenir pour vérifier que votre tête va bien hein !	
P: oui..j'sais pas...ben si ça va bien j'reviendrai p'tête pas...si...faut que je revienne quand même ?	s'étire sur sa chaise puis lit l'ordonnance et sourit
Mt vous savez j'fais pas ça pour multiplier mes actes, c'est vraiment pour...inaudible...c'est pas juste un coup de tampon comme ça, en plus vous êtes venu que 2 fois, donc on se connaît pas encore très très bien vous voyez ?!	P marmonne
P: ah non mais c'était pas le faire le tamponner et puis partir, c'était faire les examens, regarder si j'étais bien tout simplement !	se tourne vers la table d'examen
Mt mais la j'ai pas le temps !	
P: ok, c'est ça que je ne savais pas...bon ben je vous demanderai parce que j'ai besoin...(inaudible), j'vous demanderai à ce moment là aussi	P prend son ordonnance, M sourit et lui rend sa carte vitale
Mt exactement !	
P: on fera tout en même temps !	
Mt ça marche ! Vous voulez régler en carte ?	prend sa machine de CB
P: oui !	sort sa CB
Mt merci !	lui donne le ticket
P: merci !	range son ticket
Mt est ce qu'il vous faut un arrêt de travail ?	

P: non !...(inaudible) j'travail...j'suis ..(inaudible)...de la société...A...c'est pour ça que j'étais venu ici...(inaudible)	P se lève
M: d'accord, ahhh !!	M se lève
VIDEO VP 03&04 : Douleur thoracique Fils + Mère	
VERBAL	NON VERBAL
M: Alors, on s'occupe de qui ?	
P (Maman) : Alors, j'étais venue pour lui mais il faudrait me consulter aussi après si possible	
M: D'accord ! Alors de lui d'abord. Nom de famille ?	
P (Maman) : Voilà...	
M: Dites-moi....	
P (Maman) : M... L...	
M: M... L...	Tape sur son ordinateur
M: Que j'ai jamais vu	
P (Maman) : Non... il vient voir le docteur	La maman rit et regarde son fils
M: Inaudible	
M: M. L.... il est là ! Dites-moi	
P (Maman) : ben euh... il s'est plaint de la poitrine déjà la semaine dernière	
M: Ouais	
P (Maman) : donc comme il se plaignait de la poitrine, j'ai été aux urgences en pensant que c'était peut-être euh... cardiaque ou ... enfin j'avais, j'avais eu peur, enfin... bon bref ... on a fait une radio...	
M: Mmmhh	
P (Maman) : ...il n'y avait rien...	
M: qui est normal, oui	
P (Maman) : de bien... précis sauf que maintenant, là, il a de la fièvre encore euh...	
P (enfant) : ce matin	
P (Maman) : ce matin, et...tout va bien, et il se plaint toujours de...	
M: MMhhh...	
P (Maman) : de la poitrine	
M: D'accord. Et ils ont enregistré son cœur aux urgences ou pas ?	
P (Maman) : oui	
M: D'accord, et il y avait rien ?	
P (Maman) : Il y avait rien	
M: Donc... on a pas parlé de péricardite ?	
P (Maman) : Non...	
M: Vous étiez où ? En pédiatrie ?	
P (Maman) : Euh... Aux fontaines	
M: Aux fontaines. D'accord. Un cardiologue l'a vu ou pas ?	
P (Maman) : Oui... enfin non... enfin j'sais pas si c'est...	
M: Le médecin des urgences ?	
P (Maman) : Voilà	
M: D'accord, et là il a toujours mal ?	
P (Maman) : Oui	
M: Donc toujours mal. Il a de la fièvre là ?	
P (Maman) : Oui il a de la fièvre	
M: D'accord. Il a autre chose ?	
P (Maman) : Euh...	
M: il tousse ? Il crache ? T'as mal à l'oreille ? T'as mal à la gorge ?	La maman regarde son fils comme pour connaître la réponse à la question du M M s'adresse à la maman puis finit ses questions en s'adressant à l'enfant
P (enfant) : Non, j'ai mal à la gorge là	P montre sa gorge
M: T'as mal à la gorge... et ta douleur dans la poitrine, c'est où ?	
P (enfant) : C'est... c'est là	P montre la partie sternale du thorax
M: D'accord on va regarder. Il a... il avait pas de reflux ?	
P (Maman) : N. Euh... Pas spécialement... par contre il se plaint aussi du ventre	P montre le ventre
M: MMmhhh...	

P (Maman) : Alors euh... c'est vrai que c'est... voilà...	
M : D'accord. Bon ben on va regarder	
P (Maman) : Par contre y a pas ... y a pas de diarrhée, y a pas...	
M : il a rien	M a les bras croisés
P (Maman) : Voilà. Il tousse pas spécia...	M coupe la maman
M : Il a un peu mal à la gorge et de la fièvre.	
P (Maman) : Voilà.	
M : Et il a beaucoup de fièvre ?	
P (Maman) : Euh... 38	
M : D'accord.	M fait « la moue » comme pour dire « c'est pas beaucoup »
P (Maman) : Rien de... rien de... Bon. Il y a plus... il y a plus haut hein comme euh...	
M : Ah oui oui.. D'accord. Bon ben on va voir ça	
P (Maman) : L'année dernière il nous avait fait un peu le même truc et c'était, c'était au niveau des poumons alors euh...	
M : Il a pas de problème de santé particulier ?	
P (Maman) : Non	
M : Jamais été hospitalisé ?	
P (Maman) : Non	
M : Il est pas allergique ?	
P (Maman) : Non plus... euh... là il avait un antibiotique Augmentin.	
M : Ouais	
P (Maman) : Il s'est arrêté hier.	
M : Pour ?	
P (Maman) : Pour euh... parce qu'il... ils m'ont dit qu'il avait une bronchite	
M : Ouais Ben à la radio, il y a rien	se lève pour aller regarder la radio
P (Maman) : Enfin... on m'a dit qu'il n'y avait rien à la radio donc bon après moi vous savez...	
M : Ben non mais si il y a rien, y a rien, hein...	
P (Maman) : On va dire que je suis pas spécialement médecin non plus	
M : Non il y a rien à la radio	
P (Maman) : Voilà c'est pour ça que bon...	
M : Donc l'Augmentin c'est pas indispensable, mais bon... OK Tenez, reprenez la radio	
P (Maman) : Voilà..et par contre maux de tête par contre, assez forts	
M : T'as mal à la tête là ?	
P (enfant) : Non, pas pour l'instant	
M : Pas pour l'instant... ben ça tombe bien. OK, les vaccins... et donc, jamais hospitalisé, vous m'avez dit, hein ?	
P (Maman) : Non jamais	
M : D'accord... allez viens !	M se lève de sa chaise et se dirige vers la table d'examen, P (fils) se lève également
M : Tu t'installes là... tu t'assoies... je vais regarder ta gorge, tes oreilles	
P (Maman) : Il a envie de dormir aussi, apparemment	P (maman) se lève
M : Ben s'il a de la fièvre, c'est un peu normal hein...	
M : Vous lui avez donné du Doliprane là ou pas ?	
P (Maman) : Oui, oui	
M : A quelle heure ?	
P (Maman) : Euh... il était 7h30	
M : Ouais il a plus de fièvre là, je vais lui prendre la température	
M : Elle coule l'oreille	
P (Maman) : Oui, ben oui il a toujours eu des... (inaudibles)	
M : Il a toujours eu des... (inaudibles), T'as mal aux oreilles ou pas ?	
P (enfant) : Euh... non	
M : Non ? Je vais regarder ton oreille, d'accord ? Bouge pas. Si tu bouges pas, ça te fait pas mal, OK ?	
M : Inaudible... on voit quand même un petit bout... OK Il y a pas d'otite... et de l'autre côté... et là... (inaudible)... T'avais pas mal aux oreilles de toute façon ?	
P (enfant) : Non	
M : Bon ça tombe bien	
P (enfant) : pas spécialement	
M : Tu as mal où à la gorge ?	

P (enfant) : Euh...	
M : Quand t'avales ou tout le temps ?	
P (enfant) : quand j'avale...	
M : quand t'avale...	
M : Ouvre la langue, dis-moi "ahhh"	
P (enfant) : ahhhh	
M : Un peu rouge... il tousse pas hein, vous m'avez dit ?	
P (Maman) : Non, pas spécialement, ça c'est (inaudible)	Le fils se met à tousser
P (Maman) : un peu mais bon...	
M : Parce que la bronchite, qui a pas de fièvre, qui tousse pas et qui a une radio normale...	
P (Maman) : Oui, c'est pour ça que... bon... ça m'a surpris aussi mais bon, je me suis dit...	
M : respire par la bouche... bien fort... encore... encore... encore... Ok allonge-toi... Il est pas constipé ?	
P (Maman) : Non euh... il a des douleurs abdominales effectivement ... mais euh...	
M : (Inaudible)...ça chatouille ?... maintenant je vais faire plus fort alors...ça fait mal là ?	
P (enfant) : euh non...	
M : ici ?	
P (enfant) : un tout petit peu quand même mais...	
M : laisse toi faire, laisse toi faire...Abdomen souple...tu peux te relever et retourner là-bas !	
M : Bon à part une petite rougeur sur la gorge on trouve pas grand-chose...à se mettre sous la gorge. Donc vous faites Doliprane... euh... tant qu'il y a de la fièvre... je ne vous redonne pas d'antibiotique... et puis là, euh... ECG normal radio thorax normale, faut lui donner un peu de paracétamol pour la douleur et puis ça va passer hein... là, il n'y a pas de raison d'aller plus loin au niveau des examens. De toute façon, on a fait l'essentiel : il a eu l'ECG, il a eu.... il a eu la radio... nous sommes le... 8 décembre	Met P(fils et mère) se rassoir
P (Maman) : 8	
M : OK, il vous en reste du doliprane ?	
P (Maman) : Euh oui...	
M : D'accord, de toute façon, 38 kilos vous lui donnez euh... combien il pèse là ?	
P (Maman) : 38 donc ça fait 40	
M : Ouais donc vous lui donnez du 500 ?	
P (Maman) : Oui	
M : D'accord, OK... (Inaudible)	
P (Maman) : D'accord	
M : Je fais la petite fiche pour mon collègue... donc antécédent il en a pas, et... voilà... donc... examen normal, pas d'otite, pas d'angine vraie angine, abdomen souple, et auscultation normale donc on est pas très inquiet. D'accord ?	
P (Maman) : D'accord	
M : On va mettre fièvre... T'as pas pris un coup tout simplement ?	
P (Enfant) : Non	
M : Non, hein... ok, alors... vous c'est M... aussi ?	
P (Maman) : Non c'est G...	
M : G... ?	
P (Maman) : ça aurait été trop simple, hein...	
M : Ah Ben oui... G...	
P (Maman) : C...	
M : C...	
M : Alors, dites-moi !	
P (Maman) : Ben j'ai aussi une douleur, comme ça, mais ça me descend jusque là	
M : D'accord, depuis combien de temps ?	
P (Maman) : Euh ça va faire 2-3 jours, mais euh...	
M : D'accord, on ne se connaît pas non plus...	
P (Maman) : Non	
M : Vous avez des problèmes de santé particuliers... je vois une contraception orale, des petites choses...	
P (Maman) : Des petites choses, rien de bien...	
M : Donc pas de traitement oraux ?	
P (Maman) : Non, Non non ! Je pencherais plutôt pour musculaire mais euh...	
M : Ouais ben je vais regarder... vous fumez ?	
P (Maman) : Non, je fume pas, je bois pas, je... rien de tout ça	

M: D'accord. Venez. Vous avez ça depuis combien de temps ?	M se lève de sa chaise et se dirige vers la table d'examen, P (fils) se lève également
P (Maman) : 2-3 jours...	P se lève
M: ça survient en faisant quoi ?	
P (Maman) : Ben...ça m'a pris hier soir	
M: c'est quand vous faites un effort ou c'est au repos ?	
P (Maman): au repos...(inaudible)	
M: d'accord, vous avez mal où montrez-moi ?	
P (Maman): là...comme ça...(inaudible)	
M: quand j'appuie ça fait mal ?	
P (Maman): un petit peu...	
M: si vous bougez le bras est-ce que ça tire ?	
P (Maman): oui..	
M: et si vous le mettez derrière, est ce que ça tire ?	
P (Maman): un peu...	
M: pas de problème cardiaque dans la famille, les parents, les frères, les sœurs ?	
P (Maman): comment ?	
M: est-ce qu'il y a des problèmes cardiaques dans la famille ? Les sœurs, les parents ?	
P (Maman): non !	
M: alors on va écouter le cœur déjà...ok y a pas de souffles ! Dans les masses musculaires un peu comme ça, ça fait mal ici le long des côtes ou pas ?	
P (Maman): inaudible	
M: alors si c'est variable avec le mouvement c'est forcément musculaire ! Et l'embolie pulmonaire et l'infarctus ça donne pas ce genre de douleur...respirez bien par la bouche ! Vous avez pas voyagé ?	
P (Maman): non !	
M: D'accord ! On va prendre la tension...pour être tranquille !	
P (Maman): inaudible	
M: inaudible	
P (Maman): inaudible	
M: vous êtes à combien ?	
P (Maman): j'étais à 13/9...un peu limite...	
M: inaudible...14/9..vous avez jamais vu un cardiologue pour être enregistré ?	
P (Maman): si !	
M: et alors ?	
P (Maman): si...ben si...j'suis juste...euh...suis juste limite...	
M: d'accord, vous avez déjà eu un Holter...un Holter tensionnel et on avait décidé de pas traiter, ok ! Bon ça ressemble pas à un infarctus, ni à une embolie ni à quoi que ce soit d'inquiétant	M se rassoit à son bureau
P (Maman): non...inaudible	P se rassoit
M: pas de voyage vous m'avez dit ?	
P (Maman): non ! Mais j'veus dis j'pense que..enfin..c'est plus musculaire !	
M: oui ça a l'air très musculaire !	
P (Maman): mais bon..on est pas médecin non plus...	
M: vous avez des antalgiques à la maison ?	M tape sur son clavier
P (Maman): oui j'ai du Doliprane	
M: oui il vous en reste ?	
P (Maman): oui !	
M: je vous en re-prescrit ou pas ?	
P (Maman): euh...non...j'en ai...mon mari en a eu la dernière fois...donc je pense que ça devrait aller	
M: d'accord ! ok...euh...j'vais prendre votre carte vitale...merci ! Alors..faut vous mettre au repos...vous êtes droitère ou gauchère ?	
P (Maman): droitère !	
M: Ah fallait qu'il y est un truc qui ne marche pas sinon c'était pas drôle !	M se tient la tête
P (Maman): Ah ben ça ! C'est souvent comme ça de toute façon, les joies de l'informatique...	P rit
M: on va le fermer et puis j'vais le ré-ouvrir et puis voilà ça va être plus simple ! Il était pas à l'école le petit ce matin ? Il vous faut un mot...quelque chose ?	
P (Maman): euh...peut-être oui...j'crois que c'est pas forcément obligatoire...	P regarde M puis regarde son chéquier
M: je sais pas...	
P (Maman): ouai...c'est juste quand il y a dispense de sport ils veulent un mot mais...	

M: d'accord...bon ça veut pas...ah ?!	
P (Maman): sinon on va revenir à la bonne vieille méthode !	
M: non non ça va marcher ! Alors on était sur...	
P (Maman): il veut pas ?	
M: non mais...vous êtes pas pressée ?	
P (Maman): non !	
M: bon ben voilà !	
P (Maman): nooon !! on a tout le temps....après ça dépend...ça dépend pour vous après...non ? Ça veut pas ?	P rit
M: non mais ça va vouloir ! C'est pas possible autrement !	
P (Maman): en forçant les choses...	
M: après moi j'suis pas très douée...faut reconnaître !	
P (Maman): j'ai une collègue comme ça qui a un mauvais fluide....comme ça...ça marche pas !	
M: ça marche pas ?	
P (Maman): ça marche pas !	
M: non mais sinon j'vais vous faire une feuille de soins mais bon...c'est une enveloppe à mettre à la poste, c'est pas non plus...mais pourquoi ça ne marche pas, ça m'agace !! Bon écoutez, c'est pas grave...j'réessaye une dernière fois...euh...8 décembre...donc M...L... c'est 23...Bon ben écoutez...	M s'énerve
P (Maman): non ça veut pas...	
M: non ! Ce sera un tout petit peu plus long le remboursement j'suis désolée	M remplit la feuille de soins
P (Maman): non non ben c'est pas grave	
M: voilà ça c'est pour L...23... et pour vous...du coup c'est marrant tout ce que j'ai écrit y a rien qui est resté...et vous c'est G...mais vous êtes pas dans les anciens...G...C...si si c'est bon ! J'vais vous demander 46 SVP	
P (Maman): oui j'vous empreinte un stylo !	P remplit le chèque
M: bon donc L...on surveille !	

VIDEO FB 27 : Douleur inexplicables	
VERBAL	NON VERBAL
M: alors Mme H...racontez-moi, qu'est-ce qui se passe ?	
P: alors tout d'abord docteur S, SVP, pourriez vous me faire un duplicata de déclaration de médecin traitant ?	se croise les doigts et est en train de lire ce qu'elle a écrit sur une feuille
M: de qui ? Pour vous ?	air surpris
P: pour moi...alex et pauline, jme suis rendu compte qu'au mois de juillet j'étais venu vous voir avant de partir en vacances et que j'étais pas remboursé à 100 %	
M: A. et P. c'est vos enfants ça ?	
P: oui, P. a toujours le Dr D..moi aussi...	
M: mais P. elle a pas 16 ans...	
P: elle va avoir 20 ans	
M: ah P. !!! oui !! excusez moi je confondais avec la deuxième	
P: oui A. !	
M: « parle au téléphone »	M répond au téléphone
M: j'vais juste regarder ça parce que j'trouve ça surprenant	
P: ben moi aussi...ceci dit ça datait du mois de juillet la dernière fois qu'on s'est vu donc...j'ai été remboursée de 6 euros 90 au lieu de 16 euros...	
M: ça me paraît surprenant parce que jusqu'à présent..	
P: ben oui c'est pour ça, ça fait un moment qu'on est avec vous	
M: ben oui, puis on avait fait les papiers quoi!	
P: alors est ce que c'était quelqu'un pendant les vacances qui a fait une erreur, je sais pas	
M: vous aviez pas vu le Dr C ou.. ?	
P: ben non c'est vous, on partait en vacances en Tunisie,vous nous aviez donné tous les cachets	
M: euh, ben non je pensais que c'était fait, et sur l'ordinateur ça veut pas ! Vous avez pas la carte de votre fille par hasard, de P. ?	
P: non, non	
M: j'vais être obligé de vous faire une feuille de soins. Ça c'était le premier truc, y avait quoi d'autres Mme M. ?	
P: Ordonnance pour P. pour la pilule, et pour moi aussi	P regarde sa feuille à nouveau
M: ouai !	
P: pour moi c'est leelo et pour P. c'est minidril	

M: ouai !	
P: ensuite tous les matins jme lève, j'ai mal au dos, dans le bas du dos...et ça dure un quart d'heure, faut que j'aïlle aux toilettes, faut que j'aïlle prendre mon café, que j'aïlle aux toilettes pour que ça se calme, c'est tous les matins depuis 2/3 mois	se touche les lombaires...dit ça de façon très robotique, ton monotone
M: et euh...quand vous travaillez vous avez mal aussi ou pas ?	
P: non, non ! Du tout ! C'est tous les matins, systématique	
M: et quand vous dormez ça vous réveille ou pas ?	
P: non, non. En fait le matin c'est mes douleurs de dos qui me font aller aux toilettes, j'ai pas envie d'uriner	
M: ouai !	
P: J'ai...c'est ces douleurs dans le bas du dos qui me font mal	
M: donc finalement vous avez besoin d'aller aux toilettes pour ne plus avoir mal	
P: oui !	
M: et dans la journée, ça récidive pas ?	
P: non !	
M: et une fois que c'est fait c'est fini...	
P: ben après jme lève, il est 6h/6h30 c'est fini, tant que je suis allée uriner boire mon café et allée aux toilettes	
M: ouai, ok ! Euh...d'accord, après ?	
P: ensuite j'ai pris 4 kg Dr B... depuis le mois de juillet, j'ai des bouffées de chaleur, j'ai 44 ans, donc je me demande si je suis pas en train de préparer la..	sourire jaune
M: mouais	
P: alors jvoulais voir avec vous si je devais pas acheter des bandelettes qu'on vend en pharmacie pour voir le taux d'hormones ?	
M: euh, non par contre la question c'est peut être de changer votre contraceptif quoi, qui vous convient peut être plus là du coup	
P: hum hum	
M: et vous avez vraiment beaucoup de bouffées de chaleur ? Dans la journée ?	
P: euh non, souvent le soir au coucher	
M: ouai	
P: peut être 1 ou 2 dans la journée mais c'est pas dramatique	
M: d'accord !	
P: mais c'est surtout les 4 Kg que je viens de prendre là ...	
M: ouai c'est ça qui vous perturbe surtout ?	
P: aussi ! Beaucoup !	
M: d'accord !	
P: voilà ! Puis peut être un petit ECBU, parce que ça me retitille aussi, la dernière elle date du mois d'octobre donc..	P parle en même temps que M
M: oui n'importe comment vu ce que vous me racontez, vos douleurs du dos, on va vérifier..	
P: que le matin, puis c'est vrai l'urine elle sent pas ..	
M: et c'est quoi l'histoire de la toux ?	
P: ben que je tousse beaucoup ? Mais ça ça doit être dû au...	
M: vous fumez toujours ?	M parle du tabac avant que P ait fini sa phrase
P: humhum !	
M: c'est tout le temps ?	
P: la toux ?	
M: ouai c'est ça qui vous perturbe surtout ?	
P: beaucoup le matin, un peu dans la journée et je secrète tous le temps, j'ai tout le temps le nez pris, une fois DERINOX m'avait fait du bien	
M: mouais, oui vous avez une forme d'écoulement constant.	
P: tout le temps, tous le temps, vous voyez la je sens que...j'en ai, j'suis pleine	renifle
M: ok, venez la euh..Bon les enfants ils vont bien ?	M se lève de sa chaise puis P, s'installe sur table examen
P: oui !!	
M: parce qu'avec tout ce qu'il se passe, c'est pas évident..ça les perturbe ou pas ?	
P: non,..non, non ! Ça va ils ont pas l'air...c'était chaud ce matin..	
M: oui oui..	
P: Apparemment y en a un qui court dans la nature..	
M: ah bon ?	
P: y en a un qui s'est sauvé	
M: ah bon y en a un qui a réussi à sortir ?	M prend la TA

P: hum hum	
M: vous avez de la tension là..	
P: elle est haute la ?	
M: elle est à 17...alors est ce que aussi les bouffées de chaleur ça vient pas de là ?	
P: bon ben là ça passe plus vite ! Et les kilos...	P éclate de rire
M: vous mangez plus ?	
P: non, du tout !	
M: non ! Constipée ?	
P: non, du tout !	
M: et les douleurs c'est depuis 2/3 mois ?	
P: hum !	
M: vous avez toujours vos règles ?	
P: hum, un mois sur deux, c'est plus abondant que l'autre mais..	
M: globalement c'est normal ?	
P: oui !	
M: asseyez-vous, allez y respirez fort ! Là quand vous vous penchez en avant ? Ça fait mal ou pas ?	
P: ça tire là !	
M: ok c'est vraiment en bas. Redressez vous ! Là quand j'appuie ?	
P: non	
M: ici ?	
P: non	
M: mais c'est là que vous avez mal ?	
P: c'est vraiment en bas, voilà, là	
M: ça ça fait mal ?	
P: oui tous les matins	
M: ok, allez y rhabillez vous !	vas se rasseoir à son bureau
M: alors je pense que y a deux choses, bon on va déjà revérifier si vous avez pas d'infection vu que vous êtes un peu sujette à ça, on va quand même vérifier que ça vous titille pas	
P: parce que on avait fait une échographie y a pas longtemps	
M: oui oui mais bon..on va quand même faire un ECBU pour vérifier qu'il n'y ai pas d'infection urinaire. Et puis vous avez mal au niveau de la charnière entre le sacrum et le bassin et je pense que quand vous avez envie d'aller aux toilettes, ça tire sur les muscles du bassin	
P: hum hum	
M: et ça vous fait mal ! Et tant que vous avez pas évacué, vous avez pas évacué !	
P: oui c'est ça !	
M: donc euh...alors est ce que aussi du fait de votre travail, à un moment donné, la posture commence à être euh...un peu plus fragile et le matin au réveil ça commence à être un peu plus compliqué	
P: puis le matin on est pas très lourd	
M: ouai	regard interrogatif
P: puis j'vais avoir « fémi » aussi, une cliente à vous	
M: ah euh...Mme...	
P: Mme M..	
M: oui	
P: j'vous envoie des patients	
M: oui vous pouvez vous arrêter ! Elle est mignone	
P: oui	
M: alors on a dit une analyse d'urine. Ce qui serait aussi bien Mme M...ce serait qu'on essaye de changer votre contraception, avec quelque chose de plus progestatif, qui correspond à la période ou vous en êtes pour vous, pour voir si vous avez moins de bouffées de chaleur, moins de rétention, qu'on voit si on arrive à un peu plus éliminer les choses qu'actuellement, enfin voilà quoi... alors sur le même schéma avec toujours vous arrêtez ...	M est en train de regarder un livre de prescription
P: hum..	
M: mais essayer d'être un peu mieux équilibré, voir si ça vous fait perdre le poids que vous avez pris aussi	
P: d'accord	
M: parce que c'est surtout ça qui vous embête puis diminuer ces bouffées de chaleur qui vous enquiennent aussi	
P: une prise de sang pour connaître le taux d'hormones non ?	

M: ben là comme vous êtes sous contraceptif, c'est un peu compliqué j'ai envie de dire, on va se retrouver à doser aussi la contraception, puis bon là ce que vous décrivez, comme vous avez toujours des règles sous oestro-progestatif, ça veut dire que vous avez toujours un cycle qui marche	M fait des gestes avec ses mains
P: même sous pilule on sait si..	
M: oui parce que normalement, si vous étiez ménopausée quand on arrête la contraception, vous devriez pas avoir vos règles	
P: d'accord, ok !	
M: Là le fait que vous les ayez, c'est qu'il y en a toujours, après c'est peut être plus toujours aussi bien régulé...	
P: oui y a pas la même abondance	
M: mais c'est toujours présent en tout cas, donc comme c'est toujours présent, c'est que ça fonctionne toujours.	
P: d'accord	
M: et comme vous fumez, on va partir sur quelque chose de plus cohérent. Euh...la toux...ben arrêter de fumer ça m'irait bien	
P: oui docteur	prend un air désolé, baisse la tête, comme une victime, une enfant
M: ben oui..	
P: non mais c'est vrai...ça fait 2 ans !	relève la tête
M: la journée vous fumez ou pas ?	
P: pas beaucoup, jsuis avec les enfants jpeux pas...	
M: oui, donc vous arrivez à vous restreindre quoi	
P: oui parce que jsuis occupée	
M: ouai, ah c'est le soir où..	
P: Le soir après le repas ou pendant la sieste des petits...	
M: vous fumez dehors vous ?	
P: Ah oui tout le temps...jamais à l'intérieur	
M: Donc j'ai fait l'ordonnance pour la nouvelle contraception ,ça c'est pour l'ECBU, vous finissez votre plaquette, vous enchaînez avec ça	
P: d'accord, parce que la j'en ai repris pour trois mois...	
M: ouai ben tant pis	
P: pas grave je les mets de côté	
M:ouï ! Mais quand vous avez fini, vous faites pas la semaine d'arrêt, vous enchaînez avec la nouvelle contraception	
P: directement ?	
M: ben ouai..	
P: ok	
M: pour éviter trop de variation et trop de risques...	
P: mais j'aurai quand même mes règles ?	
M: ah oui oui oui, y a des chances que vous les ayez oui	
P: d'accord	
M: ça ça c'est bon ! J'ai oublié quoi ? Il reste les trucs à P..	
P: oui pour P., Leeloo !	
M: c'est bon, je crois que j'ai tout vu ?	
P: la toux j'arrête de fumer	
M: oui	
P: et l'ecs...(jinaudible) ça vient de là ??	se montre le visage
M: c'est pareil	
P: bon ok !	rigole
M: eh oui !	
P: jsuis toujours obligée de cracher c'est dégoûtant	M sourit
M: ça fait 23 euros SVP	
P: merci	
M: tenez je vous laisse taper le code Mme..	
P: oui	

Vidéo MC 26 Troubles fonctionnels intestinaux	
VERBAL	NON VERBAL
M: Alors, dites moi ?	

<p>P: je viens vous voir parce que deux choses...j'ai..comment dire je dois avoir un transit qui est trop rapide, je sais pas si j'ai chopé un microbe début février, toujours est-il que je suis restée plus de trois semaines avec la diarrhée tous les jours. Donc la ça vient de se calmer je dirais ce matin mais je peux pas être sûre que ça vient pas de mon propre cycle euh...ou à un moment donné on constipe un peu avant les règles et ça se relibère juste après. En plus j'ai pris de la codéine hier midi et ce midi...</p>	très gestuelle, plutôt dynamique dans la façon de s'exprimer
<p>M: ça constipe...la codéine...</p>	
<p>P: parce que en plus je suis bloquée au niveau de la hanche et j'avais très mal à la tête..enfin bon bref..c'est..compliqué..donc suite à ces problèmes de diarrhées..je me rends compte que d'autre part je devais avoir un hémorroïde.</p>	rigole
<p>M: hum hum</p>	
<p>P: et donc ça doit pas être d'hier qu'il est là, il est pas forcément là tout le temps...mais je m'en rend compte que ça devient très gênant. Donc la il est re-rentre, on le voit plus, mais c'est vrai que du coup j'ai demandé à mon mari de prendre une photo parce que moi je peux pas voir, je lui ai demandé ce qu'il y a parce que je sens une boule..et sur la photo on voyait une boule violette qui pouvait ressembler à un vaisseau sanguin. Et..euh...alors je voudrais que vous m'aidiez...alors premièrement je sais qu'il existe des traitements par rapport à ces hémorroïdes qui peuvent être légers qui pourraient me permettre d'intervenir si ça revient,</p>	
<p>M: Oui , apres bon..les..comment dire...tous les traitements pour les hémorroïdes ou c'est des crèmes, des machins...c'est gentil mais ça fait pas grand-chose...</p>	
<p>P: d'accord</p>	
<p>M: les traitements qui marchent, c'est les ligatures sous les elastiques au laser..machin...c'est les chirurgiens qui font ça..après si c'est tout petit et pas souvent y a pas forcément de ...traitement..</p>	
<p>P: qui marcherait...</p>	
<p>M: Ouai...</p>	
<p>P: alors moi c'était ouai..en premier geste d'urgence..peut être avant de consulter un gastro...parce que...</p>	
<p>M: après si vous avez des diarrhées pendant trois semaines ça fait long quoi...</p>	
<p>P: ca fait long hein?!...alors c'est des grosses crampes dans le ventre, c'est tous les jours, c'est la nausée et puis ça pas été terrible terrible et puis je m'aperçois que c'est un phénomène qui est récurrent...là c'est trois semaines, alors je prends le taureau par les cornes, je viens vous voir et je pense qu'effectivement j'ai peut être le sympathique et le parasymphatique qui font que...</p>	
<p>M: hum hum</p>	
<p>P: alors moi j'ai ce problème là, mon mari et moi on mange la même chose, alors lui il est tout le temps constipé, alors c'est pareil il y a 20 ans de codéine derrière je l'entends..mais je sais plus trop quoi faire.</p>	avec le sourire, théâtrale ++
<p>M: oui oui..non non...vous avez probablement des troubles fonctionnels intestinaux et c'est vrai qu'on est malheureusement un peu limité niveau thérapeutique, donc voilà..mais ça revient souvent vos diarrhées là ?</p>	
<p>P: ben euh ouai je suis plus régulièrement..euh..</p>	
<p>M: c'était combien de selles par jour ?</p>	
<p>P: alors c'était pas forcément énorme mais je ne vous cache pas que même pour aller aux toilettes pour simplement uriner, jme disais jvais y aller, est-ce que ca va s'arreter là ou..donc c'est euh, c'est pas toute la journée mais c'est des moments où ça crampe sérieux et derrière il peut y avoir des selles liquides. Ce qui m'alerte aussi c'est qu'habituellement jvais faire pipi comme tout le monde, je déjeune, je fume une cigarette etc et puis après je vais avoir des selles alors qu'avant je me levais et c'était pipi caca aussi bien l'un que l'autre, donc ça j'en avais deux trois comme ça le matin...</p>	
<p>M: y avait pas de sang ?</p>	
<p>P: euh non ! En fait c'est des selles pas du tout formées..</p>	
<p>M: ouai c'est des selles très très liquides..</p>	
<p>P: tres liquide oui !</p>	
<p>M: ok! Et vous avez eu beaucoup de stress ces derniers temps ?</p>	
<p>P: Oui oui..oui y en a beaucoup..</p>	
<p>M:oui...plus ces derniers temps ?</p>	
<p>P: moi j'ai l'impression que c'est un phénomène qui dure en fait...euh...</p>	
<p>M: y a pas eu de voyage récent, à l'étranger ?</p>	
<p>P: Non !</p>	
<p>M: y peut pas y avoir de parasites, des choses comme ça ?</p>	
<p>P: non..non non ! On avait fait une recherche sur "yanis", une coproculture, parce que ça durait aussi et y avait rien du tout. Je veux bien qu'il y a pu y avoir des petites bactéries ou des virus pas très sympa..mais j'ai trouvé que ça faisait très long quand même presque un mois comme ça...</p>	
<p>M: Oui ben oui ça fait long...</p>	
<p>P: puis surtout jme sens pas sortie d'affaire..jveux pas prendre de traitement qui me constiperait..et en même temps je peux pas rester comme ça chaque jour..alors je vous dis c'est juste après le repas...c'est vers 17 heures d'avoir des grosses crampes comme ça qui...des coliques quoi...alors est ce qu'il faut que je restaure ma flore..jsuis pas quelqu'un qui mange beaucoup de yaourt...est ce qu'il faut que je restaure ma flore intestinale ?</p>	

M: ça vous pouvez essayer si vous avez pas envie de prendre effectivement des médicaments qui constipent, ils font des espèces de trucs en pharmacie..jsais plus quoi c'est "Bion quelque chose" pour une restauration de la flore, voilà ça vous pouvez essayer..après..	attitude neutre,
P: hum..parce que j'ai essayé de prendre un petit peu de charbon	
M: oui !	
P: j'ai arrêté l'eau du robinet..euh...	
M: Pff.. l'eau du robinet y a pas de problème...	
P: je sais bien mais j'me suis posée des questions...des choses qui ne sont pas recherchées ne sont pas décelées donc clairement, j'me suis dis est ce que ça vient de ça..j'ai arrêté donc..on est parti une semaine chez mes parents donc j'ai pas bu..je bois 1 litre de tisane par jour..donc pas de verveine non plus pendant une semaine..ça n'a rien changé du tout.	
M: Non je pense que c'est des troubles fonctionnels...après bon si vous avez..est ce que vous voulez pas aller voir quand même un gastro ?!	Fait oui de la tête, écrit sur son ordinateur
P: jveux bien !	
M: ouai bon probablement il va vous proposer une coloscopie mais bon et malheureusement enfin j'espere et..on trouvera rien et..on retombera..et ..voilà..	
P: peut-être que c'est l'heure de passer l'examen et de voir..	
M: ben voilà..et ..il pourra vous donner un avis sur les hémorroïdes..	
P: sauf que si je suis pas en crise, il va me dire euh..	
M: ben si elles sont internes quand il passe il les voit..	
P: il les voit quand même...	
M: oui !	
P: bon..ça pourrait être de bonnes infos..j'ai mon papa qui a été opéré de diverticules, bon ça vaut peut être le coup de jeter un œil effectivement	
M: mais après sur ces troubles fonctionnels intestinaux j'ai envie de dire c'est encore un peu à l'étude oui c'est sûr !	
P: hum...	
M: On a pas de trucs vraiment qui marchent...après pourquoi pas essayer ces compléments..après si ça vous aide pas ben vous aurez juste perdu un peu d'argent mais ça fera pas de mal !	
P: on peut essayer oui mais je préfère vous demander à vous que d'acheter un truc qui serait en vente libre et...parce que voilà...j'ai essayé de prendre au coup par coup de l'ercefuryl	M ne regarde pas P, tape le courrier et ne relève pas vraiment
M: ouai l'ercefuryl j'suis pas sur que ça soit..que ça serve à grand-chose..	
P: puis j'ai pas fait le traitement 3 jours..3 prises par jour...voilà...	
M: et de temps en temps vous êtes constipée ?	
P: Ça peut arriver oui ben à certains moments du cycle oui..en général on sait que après deux trois jours de constipation on peut y aller 4, 5 fois dans la journée ou 3, 4 fois dans la journée sans que ça pose des problèmes énormes hein...mais euh...après c'est peut être juste de la gestion de stress, c'est possible !	Utilise plusieurs fois la 3eme personne du singulier pour parler d'elle. Relance le sujet du stress...
M: oui oui...oui oui..	Ne regarde pas P
P: après on a peut être été un peu secoué ces derniers temps...vous avez vu mon mari tout à l'heure..bon prothèse de genou, il a été opéré 3 fois en 2 mois, bon la première fois ils ont pas pu mettre la prothèse, ensuite il a fait une infection 5 jours après il a été réopéré...et...ça va avec le reste quoi c'est...	
M: hum hum, ça a été un peu compliqué en effet	
P: donc là elle est dedans mais je vous cache pas qu'on a eu un peu d'anxiété par rapport à tout ça!	
M: vous n'avez pas perdu de poids ?	
P: non !	Tête baissée, semble pensive...
M: on peut peut-être faire juste un dosage de la thyroïde aussi, vérifier que c'est pas ça qui...	
P: jsais pas trop si vous...on n'avait pas regardé ça il y a pas longtemps ?	
M: si on l'avait fait effectivement...	
P: ouai...c'est pour ça..bon c'est pas inquiétant mais ça gâche un peu quand même !	
M: Ah ben oui oui c'est pénible !! Tenez ! Bon je sais pas ou vous voulez allez euh.. ?!	
P: ben je connais pas non plus les spécialistes sur la région..	
M: vous voulez aller plutôt sur Melun, sur Evry ?	
P: Sur Melun c'est très bien ! C'est quoi TFI ?	
M: TFI, c'est troubles fonctionnels intestinaux	
P: d'accord !	Marmonne et sourit
M: Ben c'est sûr que c'est très très fréquent mais pour le moment on a pas de thérapeutique..	
P: alors c'est peut être la période qui veut ça ? Parce que j'pense pas être la seule à avoir été touchée par une espèce de gastro qui dure..	
M: non mais là c'est plus une gastro..	

P. ouai on est d'accord, au bout de 3 semaines 1 mois c'est plus une gastro là...le microbe il serait parti ?!	
M: oui oui oui !! C'est plus lié au stress voilà mais bon comme j'ai dit on va faire la coloscopie et on trouvera rien de spécial et même si on trouve des diverticules, tant qu'il n'y a pas d'infection de choses comme ça, on y touchera pas.	
P. bien sûr bien sûr, j'en suis consciente !	
M: voilà la lettre pour la coloscopie et l'adresse, après vous allez où vous voulez y a pas de soucis !	
P. d'accord !	
M: y avait autre chose ?	
P. ben..non	
M: non..vous voulez un...quelque chose pour essayer de vous détendre un peu ou là ça va mieux ?	
P. qu'est-ce que vous pourrez me conseiller ?	
M: ben c'est un peu vous qui me dites..est ce que vous êtes trop nerveuse là ? Ou ça va ?	
P: bon j'ai envie de dire que j'arrive à le gérer..est ce que je me leurre moi-même et que...par contre...	Eclate de rire
M: vous arrivez à dormir ?	
P: oui je dors ! Par contre pour les contractures musculaires ouai peut-être au rendez-vous, là j'ai rendez-vous demain chez le kiné parce que je me suis déclarée une douleur pas possible à la pointe de la hanche, je pense que je dois pas avoir le bassin stable du coup..	
M: chez le kiné ou l'ostéo ?	
P: kiné...	
M: d'accord..	
P: j'vais voir si il peut faire quelque chose pour moi..	
M: vous avez besoin d'une ordonnance ?	
P: non vous m'en avez fait une déjà...j'ai des séances d'avance..	
M: d'accord..donc il va regarder tout ça !	
P: oui ! ...non peut être une ordonnance au cas où que ça me reprenne comme ça et que...	
M: ben vous pouvez prendre de l'imodium..	
P: lmodium..	
M: vous en revoulez ?	
P: ben jveux bien, jveux bien...	
M: vous en prenez dans ces cas-là, déjà deux-trois dans la journée et puis vous voyez...	
P: mouai..et donc y a un intérêt par rapport à tout ça de prendre des yaourts ou vous ?	
M: pff..sans plus..parfois il y a des gens voilà qui essayent de trouver ce qu'ils doivent manger pour être le mieux possible, après je pense surtout aussi qu'il y a le stress qui a pas dû...	
P: ça doit être ça...	
M: qui a pas dû vous aider...	
P: ça doit être ça...	
M: si déjà la ça va mieux, je pense que ça va se calmer là...	
P: j'espère...j'espère...	
M: on a pas de conseils généraux de médicaments ou alimentaires qui fonctionnent à fond où je peux vous dire "allez y, faite le, ça va être super !"	
P: oui..mouai...d'accord...	
M: ça reste un peu compliqué.	
P: et donc pour ce qui renforce la flore comme vous me disiez...	
M: oui?!	
P: ça c'est des choses qui sont en vente libre ?	
M:Oui, oui voilà, c'est pas du tout pris en charge...	
P: d'accord...donc vous vous avez pas de conseils par rapport à ça ?	
M: euh non après vous pouvez voir avec le pharmacien...aussi en fonction des tarifs..	
P: d'accord !	

Vidéo AD 23 : Asthénie	
VERBAL	NON VERBAL
P : je viens parce que j'ai une fatigue inhabituelle depuis x temps	Sourit, fait des gestes avec ses mains (semble nerveuse)
Mt d'accord	Regarde P
P : elle est récurrente,et...y a des raisons aussi personnelles enfin bon bref...mais disons que je me sens de plus en plus vidée on va dire	cherche dans son sac
Mt mmh	
P: et que je sais pas si c'est physique si c'est psychologique si c'est je sais quoi parce que...je sais pas d'où ça vient mais comme c'est récurrent et que je sais pas d'ou ça vient , j'ai beau me reposer ça part pas...Je trouve pas ma carte vitale	
Mt c'est pas très grave, on va chercher la carte vitale après...venez par ici!	se lève de sa chaise pour se diriger vers la table d'examen P se lève également
Mt qu'est ce qui vous fait dire que ça pourrait être psychologique	
P: Ben parce qu'en ce moment... en faite je sais pas si ça pourrait être psychologique si c'est du au fait que j'ai régulièrement le bruit du train qui passe à coté de chez moi donc ça fait peut être beaucoup, ça me fatigue le soir en fait, je dors pas bien le soir	
Mt Vous êtes sur un sommeil inefficace	
P: voilà c'est ça, en fait le rer passe souvent..et.. je me dis c'est sans doute dû à ça aussi. Apres c'est vrai que pendant un certains temps j'ai eu mes problèmes d'allergie qui revenaient donc je ne dormais peut être pas bien aussi	
Mt mmh	
P: voilà et puis j'ai mon père qui a été hospitalisé dernièrement et puis le travail c'est compliqué enfin bon bref, et je me dis c'est peut être surtout ça en plus du travail qui me met la pression...	
Mt y a beaucoup de choses...	
P: voilà !	
Mt Allez y installez-vous, allongez vous... vous avez des règles tres abondantes ?	P souffle « comme pour relâcher la pression, l'angoisse » et se racle la gorge
P: Euh...oui !	
Mt Ouai...ya des fibromes en plus..	
P: Oui voilà	
Mt Est ce que vous avez...j'ai pas regardé... fait un bilan sanguin dernièrement ?	
P: Dernièrement, je ne crois pas	
Mt on va vérifier le fer	
P: Il y a quelques années de ça j'avais été supplémentée en fer parce que justement j'en ai plus assez. J'ai essayé de prendre pendant 6 mois du magnesium pour...essayer d'améliorer les choses...mais...	
Mt Ouai ...ça vous a amélioré ?	
P: Ça a un peu joué je pense mais là je sais plus quoi utiliser. A un moment j'ai essayé aussi...comment on appelle ca ?..de la vitamine D..et..euh...de la gelée royale mais bon ça..	
P: Aië	
Mt Pardon je vous ai fait mal..	
P: ouai mais c'est que j'ai dit au docteur...j'avais une douleur....(inaudible)	
Mt ouai...(inaudible)	
P: Ben il m'a dit que c'était le dos qui devait communiquer avec...(inaudible)	
Mt une scoliose?	
P: Euh..non..j'sais plus quoi...euh...sur l'IRM c' était où ?	
Mt jvais regarder vous inquiétez pas...	
P: J'ai oublié le nom...	
Mt Je vous sens très tendue èa..très..d'ailleurs j pense que je vais vous laisser 2 minutes souffler un peu puis on reprendra la tension.	
P: ouai ok	
Mt D'accord ?	
P:Oui.	
Mt fermez les yeux..respirez calmement...	
P: Là je pense que ça va mieux..	
Mt Ouai ?	
P: Oui !	
P: Je pense que ça me stressait de vous en parler aussi...	P rit (rire nerveux)
Mt c'est mieux !	
P: parce que je faisais un peu de tension tout à l'heure ?	

M: Tout à l'heure oui...vous étiez à 15,5/10,5, là vous êtes à 14/9 je pense qu'on aurait attendu encore un peu, vous seriez encore descendue.	
M: Le poids actuellement il a...	
P: ça fait un certains temps que je ne me suis pas pesée, je dois être à 67	
M: vous voulez qu'on se re pèse ?	
P: euh...non merci..c'est vrai que ça fait un certains temps que je ne me suis pas pesée mais la dernière fois c'était à 67	
M: D'accord...sur le plan de l'alimentation..l'appétit ?	
P: je mange normalement	
M: d'accord	
P: Sur le plan du moral, de l'humeur ?	
P: ouai..ça c'est...moyen ...c'est moyen mais c'est surtout que je suis nerveuse et anxieuse..et je me dis c'est que je dors pas assez..je sais pas...je sais plus parce que je suis en permanence...le matin je me réveille je suis fatiguée déjà..je sais pas ce qui me procure cette fatigue mais je dois aller travailler et je me sens fatigué	P sourit
M: ça vous arrive de vous reveiller avant que le réveil sonne ? Une à deux heure avant et de ne plus vous endormir ?	
P: Oui aussi..ça m'était arrivé en fait il y a deux trois mois de ça déjà..c'est vrai que régulièrement je me réveille la nuit..vers 3 4 heures du mat' des fois, et après j'arrive pas à me rendormir ou des choses comme ça.	
M: Est ce que vous avez l'impression que l'humeur elle est très labile ? Que vous passez du rire au larmes assez facilement ? Un peu irritable ?	
P: Oui irritable oui..parce que ça d'habitude j'arrive quand meme à contrôler..je veux dire mon irritabilité..et là c'est vrai que dernièrement...	
M: c'est un peu plus difficile ?	
P: ouai c'est plus difficile	
M: vous avez l'impression que c'est pour des stimuli beaucoup moins importants qu'avant ?	
P: des fois je me rends compte que je m'énerve pour des petits trucs..avant pour les mêmes choses je ne m'énervais pas	
M: Et il vous arrive de pleurer ?	
P: ouai ça m'arrive de pleurer...alors pas devant tout le monde mais oui..là... dernièrement...hier ou avant hier..je ne sais plus quand...pardon...	Se met à pleurer et prend un mouchoir sur le bureau
M: A quoi vous pensez dans ces situations-là ?	
P: Ah..je sais pas..à rien..peut être à mes parents..parce qu'en ce moment c'est compliqué..mon père est dans un mauvais état donc je m'inquiète...	
M: Il a été hospitalisé pour quoi ?	
P: Ca va mieux en fait...il a été opéré du dos mais le problème c'est qu'il a une maladie de Parkinson et je me rends compte que ça a empiré en fait...(inaudible) et en plus j'suis pas à côté aussi..	
M: vous vous sentez coupable de ça?	
P: un peu...parce que je me dis si je me trouve un travail à côté ce serait plus facile mais là c'est pas le cas, on est pas si loin mais on est suffisamment loin pour que ce soit pas facile en fait à gérer	
M: ça vous en ferait peut-être plus à gérer aussi	
P: c'est juste que là en fait il est loin, il y a ce soucis, il y a ma mère qui a d'autres soucis aussi et...et voilà! Et on doit pouvoir le gérer...enfin y a mes frères qui sont là...j'pense que jusqu'à présent je me sentais seule pour faire face, et dernièrement j'me suis rendu compte qu'ils aidaient un peu plus, donc ça me fait me sentir mieux	
M: vous leur avez dit ça que vous vous sentiez un peu seule, en tout cas, que c'était un peu trop pour vous?	
P: non...non...parce que c'est des garçons et ils vont pas comprendre de toute façon...je pense que je suréagis parce que je suis fatiguée aussi	P se remet à pleurer
M: mouais...	
P: parce que d'habitude...y a eu d'autres situations pas facile déjà à gérer par le passé et j'étais pas comme ça...alors je pense que c'est le train qui me fatigue qui...	
M: j'pense que c'est un tout en effet...y a plusieurs choses	
P: mais je me dis aussi physiquement...que je me sens fatiguée physiquement mais je suis pas sûre que ce soit que dans ma tête aussi...	
M: oui!	
P: parce que je me dis que c'est peut être mes règles qui sont abondantes aussi..	
M: bien sûr !	
P: ...régulièrement...j'espère que je refais pas encore un fibrome...j'suis pas allée faire des analyses...euh...et du coup c'est peut-être les règles qui me vident de mon fer..	
M: tout à fait d'accord...Pardon (répond au téléphone)	
P: j'suis vraiment désolée...j'aime pas craquer comme ça...	
M: y a pas à être désolé...j'pense qu'il y a comme vous dites plein de choses qui rentrent dans cette fatigue chronique que vous avez, y a très certainement un petit manque de fer, moi cliniquement c'est mon impression.	
P: hum	

M: pour ça on va faire une prise de sang, voir ce qu'il en est. Ok?	
P: ok!	
M: ça c'est la première chose et en effet ça peut jouer sur un sentiment de fatigue. Ça peut déjà à lui tout seul suffire pour être fatigué	
P: ouai...c'est fatiguant...	
M: et puis j'pense en fait qu'après du fait du contexte actuel, de l'hospitalisation de votre papa, vos parents, ça demande beaucoup de choses, beaucoup de ressources que vous donnez et vous avez peut être donné à un moment au-delà de votre capacité comme vous disiez, et puis...avec le travail aussi...tout ça ça demande beaucoup de ressources et que,comme vous l'expliquez, vous vous épuisez un peu là-dessus..	
P: ouai!	
M: et que ça joue sur votre moral...alors parler de dépression...j'en suis pas là! Mais y a très certainement des petits éléments qui montrent que le moral quand même est un peu usé par tout ça	
P: hum	
M: d'accord? Donc c'est en effet très certainement poly-factoriel...alors après comment moi je peux vous aider là-dessus...	
P: hum..	
M: est ce que vous y a des choses que vous avez envisagées ?	
P: alors en complémentation...j'sais pas si c'est le fer qui me manque ou..j'sais pas ce qui me manque mais j'vous dis j'me sens tellement fatigué aussi physiquement et je me dis c'est qu'il me manque quelque chose c'est pas possible et en parlant avec une amie, elle me dit "c'est pas normal que tu sois toujours fatiguée, fatiguée pour rien" et j'pense que je dois avoir un manque de quelque chose et c'est peut être à nouveau le fer...je sais pas ce que c'est mais...je me l'explique pas...j'pense pas que ce soit une dépression quand même parce que je suis pas en état...enfermée tout le temps comme ça mais oui un grand état de fatigue ça oui.	
M: ce qu'on peut essayer de voir c'est faire quelque chose qui s'appelle "un agenda du sommeil" c'est-à-dire euh...de sur une quinzaine de jours, comment se passe la nuit...comment se passe la journée derrière pour avoir de matière objective pour...ben pour en effet essayer de prendre en charge si il y a un trouble du sommeil, si...qu'est ce que je peux vous proposer...	
P: oui c'est vrai qu'on m'avait parlé du...comment c'est déjà...du truc pour juger du sommeil ou pas...j'crois que...(inaudible)...qui ont ce système aussi et limite elle m'a dit qu'il fallait peut-être que je mette ça, elle pensait que je dormais pas bien et que ça pouvait expliquer que je sois un peu...que je m'énerve aussi facilement.	
M: là j'vous propose de faire une solution à moindre coût	
P: oui	
M: en tout cas que j'arrive un peu mieux à analyser moi	
P: oui...si c'est le sommeil j'suis mal barrée, va falloir que je déménage..olala..	P rit (rire nerveux)
M: et puis après vis-à-vis du travail, vous voulez que je vous arrête un peu pour souffler un peu...peut-être euh...	
P: alala...ça va être compliqué...	
M: avoir un peu plus de temps pour euh...pour (inaudible)	
P: j'ai déjà fait ...prendre des jours pour Noël pour descendre voir mon père..j'pense qu'ils vont déjà mal le juger et puis là...(inaudible)...en fait ils vont...enfin...euh...au vu de la pression qu'il y a à l'heure actuelle ils vont mal le considérer si j'prends des jours comme ça	
M: humhum...euh... comment vous allez au travail? Vous y allez en transports?	
P: j'y vais en transports en commun...j'évite la voiture parce que ben ça m'énerve aussi	
M: ouai ça vous énerve...	
P: ouai c'est le stress et des fois j'la prends mais c'est souvent les transports...donc j'évite de me stresser en voiture	Silence
P: mais c'est vrai que au boulot j'ai peur qu'ils me jugent aussi parce que je ne vais pas fournir un bon travail	
M: ben moi ce qu'il me semble...quand on est dans un état où on est épuisé, on a envie de croire qu'on va y arriver, on fourni le double d'énergie pour arriver au même résultat et au final on s'épuise encore plus et on est pas forcément plus efficace	
P: j'ai peur d'être mal jugée si ils voient sur l'ordonnance que j'ai pris une journée "OFF" écrit "journée de repos", qu'est-ce qu'ils vont dire... ?	
M: ce sera pas une ordonnance, ce sera un arrêt maladie...	
P: euh oui pardon un arrêt maladie...	
M: et l'arrêt maladie ils auront pas de diagnostic	
P: d'accord	
M: ils auront juste "vous êtes arrêtée pour raison médicale", après moi je suis prête à entendre...à voir...j'suis prête à réévaluer...à pas forcément signer d'arrêt aujourd'hui mais de ce dire qu'on se revoit dans une semaine ou deux...j'suis là jusqu'au jour de Noël si vraiment ça va pas on s'arrête, on peut tout à fait se laisser un peu de temps	
P: hum	
M: ...voir comment ça se passe...	
P: oh putain...	
M: j'suis pas la pour vous mettre dans une situation embarrassante, j'suis là pour vous aider donc après on essaye de faire au mieux	

P: j'sais pas quoi faire mais là j'suis crevée et j'me dis j'suis sensée bosser et j'ai un truc à faire mais j'y arriverais pas...	
M: oui..vous avez pas la motivation...	
P: j'ai même pas la force en fait là...j'arrive pas à me mettre dans le truc...j'y arrive pas...donc sois j'suis mal jugée parce que je fais mal mon boulot sois je suis mal jugée parce que je suis tout le temps en repos	P pleure
M: est ce qu'il y a une possibilité d'en faire ptêtre une partie chez vous? En télétravail? Ça sera déjà plus possible?	
P: ils admettent pas le télétravail...ils admettent pas d'ailleurs une femme qui a un soucis physique de handicap, ça a été toute une histoire pour qu'elle se mette un peu au télétravail..oh putain je sais pas quoi faire...w ouh! Olala!	P souffle « comme pour relâcher la pression, l'angoisse » et seracle la gorge
M: aujourd'hui vous êtes allée travailler?	
P: rumrum... j'ai à peu près travaillé...ouai j'ai à peu près travaillé...si j'suis allée au boulot quoi...après ce que j'ai rendu c'est pas ça...parce que je me suis aussi occupée des trucs au passage par rapport à mon père donc euh j'peux pas dire que j'ai vraiment été efficace	
M: moi il me semble..j'peux me tromper hein..	
P: oui	
M: là actuellement votre esprit il est occupé parce qu'il se passe avec vos parents, quand bien même vous vous présentez au travail, vous n'êtes pas dedans	
P: ouai...ouai...c'est vrai...donc du coup j'suis pas efficace...j'vais mal me faire voir mais tant pis ça m'énerve...je déteste ça...	
M: ouai...vous culpabilisez d'être arrêtée?	
P: ouai! Ben surtout que c'est pas comme si..si j'avais la gastro ou si j'avais un truc, une grippe ou quoi c'est normal...	
M: ouai maisaller mal, être pas bien être fatigué, ça peut être aussi invalidant qu'une gastro, une grippe...y a pas à être coupable..enfin..c'est..	
P: ouai...bon allez!	
P: faut que je l'admette...peut-être...vous avez raison...	
M: vous avez le droit de souffler...	
P: ouai	
M: la terre va pas s'arrêter de tourner parce que vous avez pris trois jours	
P: vous avez raison...vaut mieux que je pose parce que si c'est pour pleurer au boulot comme hier, ça va pas!	
M: moi ce que je vous propose, je vous propose de vous arrêter là jusqu'à samedi...samedi matin c'est moi qui consulte...d'accord?	
P: ouai	
M: si d'ici samedi ça va mieux, que vous vous sentez de reprendre lundi, on se revoit pas, autre que pour faire le point si y a besoin	
P: oui	
M: mais si samedi vous sentez que ça ne va pas mieux et que de nouveau vous êtes...voilà...	
P: HS...	
M: moi j'suis là et je prolongerai l'arrêt...d'accord?	
P: oui mais par contre est ce que c'est possible qu'on voit si je manque pas d'un truc parce que...	
M: bien sûr ! Oui ! Moi ce que je vous propose, c'est de faire trois choses,c'est 1- de vous arrêter pour que vous souffliez un peu, pour que vous aillez le temps de poser les choses, de faire les choses qui nécessitent d'être faites et qui pour l'instant sont vos priorités	
P: hum	
M: par ailleurs, de faire une prise de sang pour voir où vous en êtes sur le fer et d'éliminer les autres causes de fatigue qui pourraient être présentes, les causes physiques biologiques d'accord?	
P: ouai	
M: parce que j'suis entièrement d'accord avec vous il n'y a certainement pas que du moral qui joue dessus	
P: ouai	
M: et puis de faire l'agenda du sommeil pour voir comment se passe le sommeil, ok?	
P: ok!	
M: et puis on refait le point soit samedi soit avant Noël	
P: faut pas que je pleure...(inaudible)...ça m'énerve, j'suis pas comme ça!	
M: moi je pense comme je vous ai dis...vous avez...pour gérer toutes ces choses qui arrivent en même temps qui sont beaucoup pour une personne, vous avez puisé énormément de ressources personnelles et ces ressources là vous ne les avez plus actuellement pour gérer le retentissement	
P: d'accord!	
M: vous avez..la carte vitale	
P: j'sais pas ce que je vais dire à mon boulot...ça me soul!	

M: y a rien à dire...votre patron n'a aucun droit légal de vous demander de justifier votre arrêt, de vous demander le diagnostic...ça fait partie des informations médicales de santé régies par le secret médical, vous êtes maître de ces informations et il n'a aucune autorisation de vous les demander et aucune obligation que vous les lui donniez	
P: d'accord!	
M: si il pose la question, ça ne le regarde pas...c'est simple... et si ça lui pose un problème, il avait qu'à être médecin et quand bien même il aurait été médecin, seuls les médecins qui vous prennent en charge sont autorisés à être au courant du secret médical actuel. Donc clairement ça ne le regarde pas et vous n'avez pas à vous justifier plus que ça, ok?	
P: Hum...ok	
M: si il peut pas l'entendre, j'suis prête à lui dire...Donc, en attendant...c'est la prise de sang	
P: d'accord...merci...	
M: sans attendre, j'avais vous proposer deux choses, du fer si jamais il se révélerait qu'il y ait une anémie, on aura les résultats d'ici demain..ouai demain on aura les résultats mais si vous voyez que la ferritine est effondrée et que les globules rouges, l'hémoglobine est faible aussi vous prenez le fer vous attendez pas, d'accord?	
P: d'accord! Ouai!	
M: et puis je vous met un peu d'ATARAX, l'atarax c'est un anxiolytique, ça diminue l'anxiété, y a pas de risque de dépendance avec cette molécule...	
P: ouai c'est ce que j'allais dire...parce que déjà que j'aime pas les médicaments alors...	
M: y a pas de risque de dépendance, ça peut causer des somnolences, donc commencez par le comprimé du soir, vous voyez comment ça se passe	
P: oui	
M: si vous estimez que le comprimé du matin n'est pas nécessaire, vous ne le prenez pas, si vous estimez que ça vous rend trop somnolente le soir, vous pouvez peut être prendre un demi comprimé le matin, vous évaluez, d'accord?	
P: d'accord	
M: vous pouvez en prendre jusqu'à un matin et soir	
P: c'est pas un truc pour quelqu'un qui pète un câble?	
M: c'est pas un truc pour quelqu'un qui pète un câble, je le ferai de toute manière pas sans vous en parler, ce serait une décision qui serait partagée	
P: c'est pour me reposer, pour essayer de dormir...	
M: c'est pour essayer de diminuer un peu le degré d'anxiété, vous aidez un peu à dormir, essayer un peu de calmer les choses, notamment le rythme cardiaque...d'accord?	
P: ok!	
M: maintenant si vous ne voulez pas le prendre, je vais pas vous en vouloir non plus...	
P: ouai...déjà j'pensais pas que je faisais du 15, en fait ça m'était arrivée d'avoir du 16 une fois donc j'pense que ça doit être par période stress ou de truc comme ça	
M: j'pense ...en tout cas, comme la tension se modifie rien qu'en se posant quelques minutes	
P: ouai	
M: j'pense qu'en effet c'est dû à un état anxieux qui...alors on va voir si la sécurité sociale marche...et puis ça c'est l'agenda du sommeil, y a le tampon derrière...si vous avez des questions...le temps que j'essaye que le site de la sécurité sociale marche	
P: "somnolant dans la journée"..j'sais pas à quel moment ça me prend	
M: en fait c'est pas aussi précis que ça, dans le sens euh..ou euh...vous le remplissez deux fois par jour en fait, vous le remplissez le soir avant d'aller vous coucher sur la journée et donc grosso modo, vous savez si vous avez été deux trois fois somnolente dans la journée et donc grosso modo, entre quelles et quelles heures mais on est pas à la minute près	
P: ouai!	
M: on vous demande pas de dire combien de baillements vous avez fait	
P: excusez-moi, j'pensais au boulot avec nos comptes-rendus d'activité	
M: donc ...et puis...euh...et puis pareil c'est le matin au moment du lever et donc là vous allez dire sur la nuit est ce qu'il y a eu des réveils, est-ce qu'ils étaient courts, prolongés	
P: d'accord, le long réveil c'est si j'arrivais plus à me recoucher c'est ça	
M: oui!	
P: ouia ok d'accord	
M: c'est plus d'une demi heure	
P: et demi sommeil c'est ?	
M: c'est ...j'sais pas si vous avez eu cette sensation d'être réveillée	
P: ouai	
M: mais d'être encore en train de dormir ou en tout cas...	
P: ouai...entre deux phases...	
M: voilà exactement!	
P: ok!	
M: c'est pas une interro écrite, vous avez le droit de vous tromper, mais déjà ça va nous permettre d'avoir un avis un peu plus objectif sur..	
P: sur la situation du sommeil	

M: voilà et puis notez tout ce qu'il vous semble important qui a pu jouer sur votre sommeil aussi, par exemple si en pleine nuit, vous vous réveillez et que vous entendez le train à ce moment-là, vous vous réveillez et vous notez que le train est passé	
P: ouai	
M: d'accord...donc si vous avez bu trois verres d'alcool la veille et que vous avez mis une heure à vous endormir, ben vous notez que vous avez pris les trois verres d'alcool, vous voyez ce que je veux dire?	
P: oui! Oui oui	
M: et puis après dans tous les cas on rediscute ensemble	
P: (inaudible)	
M: donc ça c'est la feuille pour votre employeur, la sécu ça a été envoyé directement, d'accord,	
P: ah j'ai pas à l'envoyer?	
M: non exactement...vous avez juste à remplir ici les quelques cases manquantes, soit vous lui envoyez par la poste, soit vous lui donnez directement	
P: j'ai tout laissé...j'ai tout laissé au bureau	
M: très bien, ça vous évitera de...culpabiliser de ne rien faire...vous pouvez partir voilà..	M et P rigolent ensemble
P: (inaudible)	
M: est-ce que vous préférez qu'on prenne maintenant un rendez-vous ou est-ce que vous préférez appeler	
P: pour samedi ?	
M: alors pour samedi j'vous laisse peut être libre..même si j'ai plus de place, je vous reverrai si besoin...mais pour la semaine oui avant Noël	
P: pour la semaine prochaine, c'est la semaine du 17	
M: ouai	
P: j'crois que je suis en formation du mardi au jeudi, donc le lundi ou vendredi?	
M: euh le lundi ou vendredi ce sera le Dr V...ce sera pas moi	
P: le samedi?	
M: le samedi non plus je serai là le 16 ou 17	
P: ah mince j'suis en formation..	
M: ou sinon le 21/22/23 ou 24 décembre?	
P: ok peu importe	
M: le 21?	
P: oui le 21	
M: à quelle heure?	
P: toujours entre midi et deux ou le soir	
M: midi 45?	
P: oui ok	
M: j'vous met un post-it parce que quelqu'un m'a dit que vous oubliez tout...j'vous taquine	M sourit
P: j'ai oublié mon rendez-vous hier avec le Dr V...	P sourit
M: alors 23 euros SVP	
P: oui..comment j'vais lui expliquer...	P se lève
M: mais y a rien à expliquer vous allez lui envoyer le papier	
P: ouai...ok bon...	
M: dites-vous que parfois s'arrêter deux trois jours ça peut éviter de s'arrêter deux trois mois	M se lève
P: hum	
M: d'accord ?	
P: hum...merci en tout cas de m'avoir écoutée...j'suis désolée	
M: bonne journée, au revoir !	

VIDEO AS 13 : Douleur thoracique	
VERBAL	NON VERBAL
M: Entre, entre..j'ai fini à une heure et demi donc le temps d'aller manger	M et P : entre et s'installe,
P: ah ben oui.. j'ai vu SOS médecin hier et elle m'a dit de te donner ça	P sort la carte vitale
M: ouai...alors raconte qu'est-ce qu'il s'est passé ?	M prend l'enveloppe
P: vendredi dans la nuit à 4 h du matin je me suis réveillée avec une douleur dans le coeur, j'allais vraiment pas bien	P enlève son pull, se touche la poitrine comme pour montrer l'endroit où elle a eu mal
M: donc tu t'es réveillée avec cette douleur dans la nuit de vendredi à samedi	
P: Oui	
M: donc B. était là?	
P: non j'étais toute seule..	

M: il avait pas de permission ce week-end ?	
P: si mais comme j'étais pas bien je lui ai dit de ne pas venir, je lui ai gâché son week-end	
M: mais non tu ne lui a pas gâché son week-end, t'as rien gâché du tout	
P: et..donc..je me suis dit c'est pas grave, je fais une crise d'anxiété, par ce que ça m'est déjà arrivé une fois, enfin deux fois et en faite ...ça passe pas donc hier je ne tenais absolument plus, j'ai appelé SOS médecin donc elle m'a dit que j'avais rien..que c'était une crise d'anxiété, que je devais voir un psy, que..mais je comprends pas j'ai rien qui s'est passé, comme une crise d'anxiété, j'ai pas eu de choses, euh..je me suis pas énervée, j'ai pas...j'ai rien eu mais j'ai, ça me fait affreusement mal quoi	Mouvre l'enveloppe, ne regarde pas la patiente et lis la lettre, regarde l' ECG
M: où ?	
P: là, tout là, c'est comme ci..ça brûle pas..quand je respire ça fait horriblement mal, j'ai l'impression que tout est serré comme une mauvaise crampe en fait. Quand on a comme une vilaine crampe, ça fait comme ça en fait. ça a fait ça en continue en continue. Donc elle m'a rien donné bien sur, elle m'a dit faut que vous respiriez tout ça, ben je lui ai expliqué que j'avais appris des techniques de relaxation mais que ça ne marchait absolument pas, elle m'a dit que je paniquais quoi, comme la douleur était forte, elle m'a dit "vous paniquez" "faut que vous essayiez de respirer" , j'arrive pas quoi. Puis dans le lit j'ai pas de position, j'arrive pas, je me sens pas bien quoi, je sais pas ce que j'ai..et puis cette douleur-là, ça n'irradie pas dans le sein gauche, ça n'irradie pas là. Quand je respire c'est que le coeur, enfin je dis que le coeur..que là, ça me fait mal là, ça me fait pas mal là ou ailleurs quoi..et puis là dans la carotide quoi, enfin là c'est la carotide qu'on a là non ? ça me..et je comprends pas parce que je ne me suis pas énervée, il n'y a pas eu de facteurs qui font que j'ai pu faire une crise d'anxiété, donc bon je suis fatiguée, j'ai voulu faire un peu de décoration pour Noel, les garçons ont dit que j'ai trop fait..enfin oui mais à ce moment là j'fais plus rien enfin si je peux plus..enfin moi je pensais faire un peu de déco, comme je fais d'habitude quoi...je sais pas, puis là je suis venue, j'ai dormi, j'avais rentrer je fais que dormir, ou je suis stressée par, je suis ridicule je le sais, je sais pas si c'est ça mais ce qu'on va faire à B. ça me stresse, donc..euh...	P fait des gestes avec les mains, M écoute en silence , regarde P en se mettant la main devant la bouche et semble inquiète et concentrée sur ce que dit P, P pleure quand parle de « B »
M: les chocs electriques pour sa depression ?	
P: je sais bien, on m'a rassurée et tout...on m'a expliqué j'ai toutes les données en main.	
M: c'est hyper hyper hyper stressant parce que ça a beau être thérapeutique, tu sais ce que c'est que des chocs electriques et du coup tu as l'impression qu'il vont te le tuer	
P: bon tout le monde m'a expliqué, tu m'as expliqué le psy m'a expliqué mais j'ai peur quoi, alors est ce que ..	
M: par ce qu'on associe ça à la mort, un choc électrique.tu vois... dans notre représentation et dans l'image qu'on en a, pour nous c'est la mort.	
P: voilà !	
M: et voilà, c'est pareil moi j'ai eu S. qui a eu des chocs électriques tu sais quand il a fait le trouble du rythme cardiaque	empathie
P: oui..comment il va ?	
M: euh..ça va ! et..	
P: il a repris ?	
M: ouai..non non ça va.. et il a eu..j'étais dans la pièce et ils lui ont fait un choc electrique aussi	Affectif
P: Oui	Hoche la tête, empathie reciproque
M: donc j'imagine très très bien, ça fait moins d'un mois que j'ai vécu ça avec S., donc un choc électrique on imagine qu'il est mort quoi	
P: Oui	
M: et que c'est fini quoi.. mais non pas du tout...et puis le cardio il était tout cool là, hop on choc comme ça, il se remet en rythme sinusal, hop, boom...ok et...voilà bon ben c'est bon très bien ok, et au final tout s'est bien passé, ils étaient tout seuls parce que ils font ça tous les jours et puis c'est quelque chose qui est thérapeutique et bénin, mais en attendant...et en fait les chocs électriques dans la depression sévère c'est..ils se sont rendu compte que les patients épileptiques faisaient pas du tout de dépression grave	
P: d'accord...jsavais pas ça ...	
M: les patients qui font beaucoup de crises d'épilepsie..eh ben ils se sont rendus compte que dans cette population-là, il n'y avait aucune dépression mélancolique sévère, et donc du coup ils avaient testé à l'époque...tu parles, les tests c'était pas comme maintenant avec plein d'informations, consentements et tout..	Gestuelle ++, dynamisme dans la voix
P: oui..	ecoute active de P, expression figée
M: ...et l'éthique, zéro comité d'éthique, ils testaient comme ils voulaient donc ils ont testé, ils se sont rendus compte sur des dépressifs très très importants, que sur certains ça les guérissait en tout cas ça les améliorerait beaucoup donc après ils ont fait ça sous anesthésie etc de manière très encadrée et que maintenant ils continuent à en faire parce que il y a de bons résultats chez certains patients et il n'y a pas de risques graves...tu vois	
P: oui..	
M: bon ils disent toujours qu'il y a des risques...ils vous font signer des papiers et tout en plus j'suppose	
P: j'en pique..	prend des mouchoirs
M: ils vous ont fait signé des trucs avec les risques possibles tout ça ?	

P: oui..on m'a dit qu'il y avait un risque de perte de mémoire à court terme	s'essuie les yeux
M: ouai..	
P: mais que si le traitement est bien fait ça revient !	
M: mouai..	
P: euh..voilà..on m'a pas dit vraiment d'effet négatif quoi. Bon lui il est fin pret, il est pret à sauter, à y aller quoi..j'veux dire, lui il l'est vraiment..	M se touche les ongles en écoutant P, réfléchit murmure « effets négatifs, je sais pas trop... »
M: ouai..ça lui donne de l'espoir en tout cas...	
P: il a dit de tout façon il n'y a plus que ça, il dit qu'il se sent mieux mais qu'il y a quelque chose qui bloque, il sait pas quoi et puis il dit "là maintenant il n'y a plus que ça", il y croit dur comme fer.	
M: tu crois qu'il va pas faire marche arrière	
P: non il veut pas, j'crois qu'il veut vraiment pas...bon là il a fait tous les examens.	
M: c'est quand ?	
P: incessamment sous peu mais on sait pas !	
M: j'examine	P et M se lèvent du fauteuil et se dirigent vers la table d'examen
P: alors est ce que c'est ça qui inconsciemment ? mais moi j'y pense pas quoi..j'veux dire...euh...je sais...la toubib elle avait l'air de dire que c'était dans la tête hein..en fait elle est venue et puis P. l'a rappelée parce que j'ai fait encore un truc mais plus fort et là j'ai dit « j'vais crever »	P regarde M et pose sa veste
M: tu peux t'allonger stp	M en train d'installer le papier sur la table
P: oui !	P s'allonge
M: ça va ?	
P: oui.. là ça fait mal là...	
M: j'écoute les carotides, tourne la tête ! respire et bloque	auscultation
P: comment ?	
M: respire et bloque. très bien de l'autre côté..respire et bloque. Est ce que ça fait mal quand j'appuie?	M palpe le thorax puis retourne s'asseoir dans le fauteuil
P: non ! pas du tout. non...non...non...non... c'est vraiment à l'intérieur.	
M: on va prendre la tension au bureau...tu peux te rhabiller. Pour moi il n'y a pas que de l'anxiété, l'anxiété ça peut pas donner ça, étant donné que c'est quand même quelque chose qui appuie, ça remonte dans cou, tu vas retourner aux urgences cardio pour qu'ils te refassent un bilan	M va au bureau
P: d'accord ! tout de suite, là ?	
M: ouai...ouai ouai, c'est pas toi qui conduit	
P: P. il peut m'emmener...	
M: on peut pas éliminer un infarctus vu l'ECG qu'ils ont fait hier à SOS médecin... ça ça vaut rien du tout	
P: en fait c'est cette douleur qui part pas quoi..ça s'atténue..	
M: ça remonte dans le cou et t'es une grosse fumeuse donc on passe pas à côté d'un infarctus, donc tu retournes aux urgences cardio, ils font un bon ECG, ils font une prise de sang renouvelée 6 heures plus tard, ils s'occupent de toi. Deuxième possibilité péricardite, très douloureux aussi, ça peut aussi remonter dans le cou, donc c'est la peau qui est autour du coeur qui s'inflamme donc ça se traite pas aspirine et beaucoup de repos. Excuse-moi	M répond au téléphone
P: C'est vraiment cette douleur, y a pas un moment où ça se calme quoi, j'veux dire. Si quand je suis allongée et que je me repose ça va mieux mais des que je me lève ça ...	P: mime à nouveau le symptôme, gestuelle ++, répète la même chose, angoisse
M: ouai ouai...non c'est pas bon là..faut éliminer l'infarctus tout de suite mais ça pourrait bien être une péricardite..	M regarde P et se frotte le visage
P: d'accord...oui parce qu'elle m'a dit que son appareil marchait pas trop bien, elle m'a dit que j'avais de la tension..	M passe la CV
M: Bon ! on voit sur 3 dérivations qu'il n'y a pas un infarctus franc et massif, donc ça c'est plutôt rassurant mais euh..ça suffit pas, ça suffit pas !	
P: et S. il a repris le boulot, là ?	
M: ce matin	
P: parce que l'autre jour j'lai engueulé, j'suis allée chez F. et puis il avait besoin d'une lampe torche pour dammer, j'lui ai dit espèce d'andouille, tu viens de sortir des trucs là et puis tu veux dammer" non mais il est fou hein il est fou ! bon j'dis ça pas méchamment.	
M: je sais t'inquiète !	
P: c'est vraiment pas méchant hein..	
M: non non mais je me bats pour qu'il se repose aussi mais..	
P: il a un sacré caractère hein...	
M: il change de travail au 1 er février là	

P: ouai ?! Ah ! ben c'est bien	
M: il se lèvera une heure plus tard	
P: d'accord. Oui ça ça fait aussi hein..	
M: Qui est ce qui peut t'emmener là ?	
P: ben P. ou M. ou...mon frère. J'irai pas seule...promis !	
M: oui oui ..non non..	
P: c'est promis !	
M: donc je t'imprime ton ordonnance à l'arrière du courrier comme ça ils savent ce que tu prends.	M écrit le courrier et dit à voix haute et lui prend la TA en même temps au bureau, silence en attendant
P: Une péricardite ça peut venir de quoi ?	
M: une péricardite, ça peu..ben c'est une inflammation de la peau qui est autour du coeur, euh..j'ai pas tellement de réponse, c'est multifactoriel, souvent les inflammations comme ça isolées elles sont multifactorielles, souvent les inflammations comme ça isolées elles sont dues après un virus donc souvent c'est immunitaire c'est soit-même qui crée..comme une allergie finalement mais qui crée une inflammation contre soi, après c'est favorisé par l'anxiété et que le corps il est en ébullition parce que l'esprit est en ébullition aussi	
P: d'accord	
M: donc..euh...donc ça favorise..et après ta douleur peut-être que tu la vis d'une manière amplifiée à cause de la dépression et des angoisses..	
P: peut-être ouai...	
M: mais tu ne l'inventes pas !	
P: non je ne l'invente pas	
M: donc du coup...	M passe la CV
P: c'est ce que la toubib elle m'a dit hier... elle était gentille..elle m'a pas dit..euh...elle m'a dit c'est sûrement psychosomatique en partie...parce que quand P. l'a rappelée pour lui dire "écoutez ça s'est accentué ça s'est accentué...là elle tient plus" elle a dit "je ne peux rien faire, faut qu'elle voit le psy et voilà quoi. J'ai dit que j'étais en dépression et voilà quoi, fallait que je dise les médicaments.	P relance sur le sujet « psycho »
M: Et elle t'a pas dit d'aller aux urgences cardio ?	
P: non..	
M: dommage..	
P: j'ai eu le SAMU en ligne, ils m'ont dit bon on vous repasse SOS médecin. j'ai appelé SOS medecin , ils m'ont dit on vous passe le SAMU et le SAMU m'a dit je vous retransfère à SOS médecin qui m'ont envoyé quelqu'un. J'aurai été un peu gênée que le SAMU vienne..enfin...	
M: ok donc si tu sors du bilan cardio, qu'il n'y a rien de particulier, à ce moment là on peut augmenter un peu le...il se coupe le théralène ?	M regarde l'ordonnance de P et réfléchit
P: oui ..euh...oui je crois oui	
M: Non on va pas faire ça..on va augmenter le XANAX et tu vas faire le test..alors une fois que les cardio on dit que tout va bien !	
P: oui !	
M: tu vas commencer le XANAX a 1 au lieu de 1/2 et 2 le soir..doublé en fait ...allô ?	M au téléphone
P: oui donc à 1 et 2 au cas où il y a rien..?	
M: en fait tu doubles les doses de XANAX	
P: voilà !	
M: si jamais c'est tout bon	
P: ok !	
M: et donc ça tu peux leur ramener avec...ce qu'a dit SOS médecin...	range les papiers
P: j'aurais bien aimé prendre une douche avant de partir..	
M: euh..non..tu prends pas de douche avant de partir..tu y vas et puis tu prends ta douche tranquillement après..pourquoi? tu as particulièrement transpiré ?	
P: oui je transpire beaucoup quoi, tu vois bien toutes les couches que je me mets, parce que j'ai tout le temps froid quoi... donc forcément je transpire..bon je ferai un brin de toilette vite fait...jsuis un peu gogole	
M: gogole ?? mais non..non non non mais moi je fais pareil mais faut rester cohérent si on croit que...si on se dit on élimine un infarctus machin..on va..	
P: d'accord !	
M: on va pas faire une petite sieste et puis prendre une douche avant quoi, faut le faire quoi !	
P: ok ! je paye pas non ?	
M: si y a 2 euros 30 à régler stp, parce que moi je considère pas que c'est 100 % là par ce que là on s'occupe de ton coeur.	
P: tout à fait !	
M: donc une fois que tu as fait ton test de ..d'essayer.. de doubler le XANAX, si t'es bien soulagée c'est bon, sinon tu reviens...	

P: ok	
M: jsuis là mercredi et vendredi aussi	
P: d'accord	
M: et sinon y a tout le temps quelqu'un aussi ici	
P : enfin j'ai un peu plus de mal..	
M: de quoi ?	
P: non jpréfere quand c'est avec toi, tu connais mon parcours	
M: oui c'est sûr parce qu'on se connaît.	

Annexe 2 - Résultats d'analyse longitudinale des vidéos de consultations

1. Praticien RV 25

Des dyspareunies mais pas que...

Il s'agit d'une patiente qui consulte pour des sciatalgies connues et qui a des plaintes d'ordre gynécologique. En ce qui concerne le contexte de vie de la patiente, celle-ci a été licenciée suite à un accident de travail qui a entraîné des sciatalgies chroniques et invalidantes mais traitées efficacement.

Elle se présente en consultation avec de **multiples plaintes**. Elle se plaint dans un premier temps de la réapparition de ses sciatalgies depuis l'interruption de son traitement ; elle se plaint également de dyspareunies, ce qui l'amène à consulter. La présentation de sa plainte gynécologique est assez **expressive** comme « *gros problèmes gynéco* » « *au niveau de l'intimité c'est une catastrophe* ». Mais elle a également d'autres plaintes comme des douleurs dans la poitrine, douleurs anales, hémorroïdes, constipation, dépôts blancs sur le clitoris et brûlures vaginales.

a. Éléments en faveur du SBI :

La multitude des symptômes présentés par la patiente **sans logique** associée **ni cohérence biomédical** peut nous faire penser à des symptômes d'ordre fonctionnel, plutôt médicalement inexpliqués pour certains mais l'absence d'examen clinique ne nous permet pas de conclure à l'absence d'organicité.

Les phrases du type « *mais j'crois que à chaque fois que je suis très constipée j'fais des mycoses moi, donc euh...* », « *Même au niveau du clitoris, j'ai des dépôts blancs, j'ai rien au niveau vaginal, ça me gratte même pas...* » en sont de bons exemples.

D'autres **incohérences** existent comme le fait d'arrêter son traitement pour ses douleurs neuropathiques parce qu'elle n'en avait plus... et aussi « *pour voir* » ; d'avoir attendu de venir consulter pour le renouvellement de son traitement nous a fait nous questionner sur la cause de l'arrêt de ce traitement et s'il n'existait pas un intérêt au fait de souffrir, comme si la patiente était « MARTYR ».

La phrase « *j'aimerais bien reprendre ma vie normale* » alors qu'elle a interrompu son traitement qui était efficace illustre bien cette orientation.

Ces différents éléments du discours nous ont fait penser qu'il pouvait y avoir une part fonctionnelle dans ces multiples plaintes, sans pourtant nier la présence d'une organicité pour certains symptômes ou éliminer la part organique d'autres plaintes.

b. Procédure du praticien

Le symptôme qui nous intéresse ici, est la dyspareunie dont se plaint la patiente : celui-ci semble être important pour elle, notamment de par la façon de l'exprimer, comme présenté précédemment.

Dans la **démarche diagnostique**, le praticien **explore le symptôme** avec des questions comme « *c'est à dire ?* », « *les rapports sont douloureux ?* », « *à cause de l'irritation muqueuse ou à cause des mycoses que vous avez ?* », « *et la douleur quand vous avez les rapports c'est aussi bien maintenant que...ça date depuis un certain temps ?* ». Le médecin essaie de comprendre la plainte en posant des questions à type de **reformulations synthèse** « *des petits dépôts blancs sur le clitoris...euh...pas de pertes...* », de **précision**. Il joue et s'appuie sur l'expressivité de la patiente.

Il réfute la relation de cause à effet que fait la patiente sur la relation entre sa constipation et ses mycoses. La patiente fait d'autres hypothèses/liens comme « *ben j'ai pensé que ça pouvait venir du Lutényl* » et rappelle au médecin que le prélèvement vaginal avait déjà été fait. Elle informe en même temps le médecin d'un autre symptôme « *en ce moment c'est une catastrophe, j'ai mal à la poitrine* », qu'il ne relève pas.

Le médecin décide finalement de traiter la patiente pour une sécheresse vaginale en proposant un lubrifiant ainsi que des conseils sur les positions à adopter pour avoir des rapports sexuels sans douleur. Il instaure un traitement pour rééquilibrer la flore vaginale également.

Il ne semble pas convaincu par ce qu'il propose et l'exprime à la patiente « *ça fait pas des miracles...euh...on verra ce que ça fait hein...* », « *J'sais pas ce que ça vaut, ça n'a pas l'air cher puisque c'est pas un médicament* » mais **la patiente adhère à ce que lui propose son médecin**.

De part cette prescription, le médecin semble penser que le symptôme de la patiente est d'origine fonctionnelle. Lors de la consultation, le contexte de la vie de couple et de la sexualité autour de cette dyspareunie n'est pas exploré par le médecin.

Egalement, le médecin ne pose pas de diagnostic mais balaye plusieurs hypothèses diagnostiques, de la mycose due aux antibiotiques en passant par une cause iatrogénique (la prise de Lutényl) à la douleur accentuée par la sciatique.

Le médecin adresse malgré tout la patiente à un spécialiste pour ce problème qui dure en lui disant « *...finalement on est démuni et j'ai pas de...j'ai pas de...solution* »

c. Communication/Relation

Le médecin a une **grande attitude d'écoute et d'empathie**. Il prend **le temps** de donner des explications détaillées à la patiente, s'efforce de lui trouver des solutions pour pallier à ses problèmes, **porte intérêt** à ce qu'elle vit en ce moment.

Les phrases du type « *vous vous en souviendrez de cette histoire-là* » ou « *comment va votre sommeil ?* » sont de bons exemples parmi d'autres.

Lorsque la patiente se met à pleurer, il a une **attitude tactile** en lui posant la main sur son bras.

Il **marque le silence** au moment où elle pleure et **la laisse s'exprimer**.

Il fait preuve de **patience** en lui expliquant le mécanisme d'action et l'intérêt de son traitement antalgique pour sa sciatique.

Il fait **rire** la patiente.

On sent bien dans cette consultation, que la relation médecin-patient est **profonde et sans obstacle**.

Le médecin **connaît** sa patiente et la patiente fait **confiance** en son médecin.

d. Réaction de la patiente par rapport au diagnostic/traitement

La patiente, quant à elle, ne croit pas au diagnostic de mycose puisqu'elle répond « *en même temps on a traité la mycose, on a tout fait et c'est toujours là donc bon...* ». Elle reste donc cohérente dans la démarche diagnostique.

Elle adhère au traitement pour rééquilibrer la flore vaginale ainsi qu'au gel lubrifiant « *d'accord, ben en même temps on a pas essayé* »

Quant à la position pour faciliter les rapports sexuels, elle ne semble pas s'y opposer.

e. Motivation de la demande / Crainte

Il n'y a pas de craintes explicitées ici mais plus un besoin de se plaindre et d'être écoutée.

On peut se demander si la patiente ne tire pas un bénéfice secondaire inconscient de cette souffrance physique, dans un contexte d'accident de travail et de licenciement.

2. Praticien RV 11

Céphalée inhabituelle

Une patiente se présente avec des céphalées inhabituelles depuis 3-4 jours, de forte intensité et soulagées par les traitements symptomatiques.

a. Éléments en faveur du SBI

D'après la description de cette céphalée, il ne semble pas y avoir d'éléments d'organicité pouvant expliquer cette céphalée.

D'après le médecin et en recherchant dans l'historique des visites, la patiente aurait déjà consulté pour un symptôme identique.

Aucune autre plainte n'y est associée pouvant faire penser à une organicité.

Dès le début de la consultation, lors de l'anamnèse, le médecin constate que la patiente semble fatiguée et lui fait remarquer « *vous avez l'air fatiguée en ce moment non ?* », « *vous avez un visage fatigué, je ne vous connais pas ce visage-là habituel* ».

b. Procédure du praticien

Le médecin se met très rapidement dans une attitude d'empathie envers la patiente en lui faisant remarquer un état de fatigue inhabituel sur son visage avec des phrases comme « *vous avez l'air fatigué en ce moment non ?* ». Il émet un lien de causalité avec le contexte actuel « *le mal de tête que vous avez, il est dans un contexte où c'est l'hiver, c'est p'tête plus les choses de pensées, de préoccupation...les courses à faire* »

La patiente ne semble pas rebondir dessus, mais ne rejette pas non plus l'hypothèse faite par le médecin.

Le médecin examine la patiente, non pas en faisant un examen neurologique comme on pourrait s'y attendre devant tout symptôme neurologique, mais en **touchant et manipulant** la patiente afin d'agir de manière mécanique et rationnelle sur la cause de sa douleur.

Il prend donc en compte la plainte de la patiente dans sa **globalité**, d'une part en évoquant la possibilité d'un état de fatigue présent et inhabituel dans un contexte précis ; d'autre part, en y associant une explication rationnelle et physique qui est le phénomène de « tension/contracture » présent et palpable physiquement.

« *C'est bien un mal de tête par fatigue physique, musculaire et donc céphalée de tension cervicale* »

« *Vous avez pas le visage que je vous vois d'habitude...un petit peu...vous avez fait la java ?* »

« *On en vient vite à la médicalisation du mal de tête alors que la première chose c'est qu'on est fatigué...on a un cou et puis une tête comme des tentes, toutes les ficelles sont un peu plus tendu que d'habitude, donc c'est la tension, c'est ce qu'on appelle les céphalées de tension.* »

Il explore cette fatigue par des questions sur la qualité du sommeil de la patiente comme « *vous dormez bien en ce moment ?* », sans résultat évoquant du côté de la patiente.

Il ne prescrit pas de traitement symptomatique mais propose une **solution adaptée à la patiente et à son contexte** : « *alors la fatigue c'est quelque fois pas assez d'exercice* ». « *...Vaut mieux aller faire un tour dehors...* ».

Il va même jusqu'à prescrire un certificat de sport, sur un ton humoristique. On peut dire que le médecin ici a une **attitude paternaliste** avec sa patiente « *ça donne un rythme pour que vous vous occupiez de vous* ».

Il **rassure** la patiente qui était inquiète sur le fait d'avoir de la tension artérielle, en lui prenant la tension et en lui disant qu'elle n'a pas de tension.

La patiente semble **réceptive** à cela, puisqu'elle rit à plusieurs reprises et qu'elle dit « *j'fais plus de yoga depuis...combien...trois ans...quatre ans...et j'crois que ça doit y jouer...* ». « *Vaut mieux aller faire un tour dehors...* »

Le médecin propose un **suivi** et se rend disponible pour la patiente si elle en éprouve le besoin : « *Alors si ça passe pas...2-3 jours après j'vous le refais* »

c. Communication/Relation

Le médecin prend le temps d'expliquer ses techniques de manipulation. Il fait rire la patiente.

Il fait preuve d'empathie et de réassurance comme évoqué précédemment. On a l'impression que la communication médecin-patient est satisfaisante, de ce fait, il se crée une **relation « personnelle » et de « proximité »** entre le médecin et sa patiente.

d. Réaction de la patiente par rapport au diagnostic/traitement

La patiente adhère à la double explication associant des arguments rationnels et son contexte de vie même si elle ne semble pas valider « l'état de fatigue » que lui fait remarquer le médecin.

La patiente semble satisfaite de l'acte de manipulation physique exercée sur elle puisque elle dit « *j'ai l'impression d'être plus souple* ». Elle semble aussi accepter et satisfaite de l'hypothèse « *manque d'exercice* » dite par le médecin et de ce fait, le remercie : « *très bien ! Merci !* ».

e. Motivation de la demande/Crainte

La patiente exprime son inquiétude « *ben je sais pas mais c'est ça qui doit me préoccuper...* ».

L'intensité de la douleur exprimée par la patiente « *forte douleur* » semble être la principale raison l'ayant motivée à consulter.

3. Praticien AD 12

Des douleurs abdominales qui trainent...

Une patiente, plutôt jeune, se plaint de douleurs digestives « parfois sur l'estomac, parfois au niveau des intestins, comme des nœuds et comme des grosses crampes ».

Elle évoque d'emblée l'hypothèse d'un stress dû à son « premier emploi » et parle aussi d'un membre de sa famille qui souffre d'une maladie de Crohn.

a. Éléments en faveur du SBI

Le terme « grosse crampe », employé par la patiente pour décrire son symptôme, peut nous faire penser à une origine fonctionnelle.

La douleur n'est pas localisée au même endroit, elle est inconstante dans le temps : « *j'ai l'impression que c'est par période* ».

Il y a un contexte puisqu'elle l'associe au stress de son premier emploi. Elle dit également qu'elle a « *l'impression que c'est à chaque fois qu'elle va manger* ».

Dans son attitude, la patiente démontre une certaine **anxiété** de par sa **gestuelle** (beaucoup de gestes pour expliquer ses symptômes) et son **rire nerveux**, pas toujours en phase avec son discours.

Elle semble inquiète pour sa santé car elle dit « *j'ai demandé un gros bilan* » « *j'ai vu marqué 'présence de bactéries'...je me suis dit « bon qu'est-ce que c'est encore...»* ».

Ces arguments, de par la description verbale et non verbale faite par la patiente, nous font penser à un SBI que l'on qualifie dans la pratique médicale de « *trouble fonctionnel intestinal* ».

b. Procédure du praticien

Le médecin montre de l'**intérêt** et fait preuve d'**empathie** face à la plainte physique de sa patiente avec des phrases comme « *ça vous inquiète ?* », « *ça rend pas facile* », « *c'est pas très simple non plus* ».

Le médecin évalue l'**histoire du symptôme** et son **contexte** avec des questions comme « *ça a commencé quand ces problèmes digestifs ?* », « *ça se passe bien au travail ?* ».

Elle prend le temps d'expliquer les résultats biologiques en apportant des explications scientifiques, ce qui semble rassurer la patiente : « *si tout va bien c'est déjà ça...* » « *Parfait !* », « *D'accord, ça rassure déjà* ». Elle répète également à plusieurs reprises que « *tout est normal* ».

Elle **légitime** la plainte de la patiente en lui reconnaissant la souffrance qu'elle procure en disant : « *ça va pas bien parce que vous avez un symptôme qui vous gêne dans la vie de tous les jours et que c'est invalidant pour le travail* », « *j'entends tous à fait que ça perturbe vos journées, votre travail, que c'est vraiment pas agréable* ».

Dans la démarche diagnostique, elle explore en parallèle des arguments en faveur d'une origine psychique : le côté organique avec l'hypothèse d'une maladie de Crohn.

Elle pose le diagnostic de SBI tout en expliquant à la patiente ce que cela veut dire « *c'est pas parce que je l'explique pas qu'on met pas un nom dessus, qu'il n'existe pas, qu'il n'est pas dérangeant...* »

Ainsi, à travers le terme de SBI, elle pose deux hypothèses diagnostiques : « *une maladie à un stade initiale non encore diagnostiquée, soit un retentissement somatique d'un stress ou d'une pression* ».

En disant cela, elle ne s'enferme pas dans le « tout psychique » ou le « tout somatique », ce qui permet à la patiente de s'approprier ces deux explications.

Vu le contexte, on sent bien malgré tout que le médecin penche pour « un trouble fonctionnel intestinal » et donc à une origine fonctionnelle de ces plaintes puisqu'elle dit :

« *c'est peut-être en tout cas l'origine de ces plaintes* »,

« *il évaluera la potentialité du risque de maladie de Crohn que je pense très faible* »,

« *je dis pas que c'est impossible mais je dis que c'est très peu probable* ».

Le médecin associe donc ces symptômes à un stress sans pour autant savoir clairement si c'est le stress « au travail » ou un autre stress.

En effet, la patiente évoque l'hypothèse d'un stress passé, au travail, mais plus d'actualité.

Ne se positionnant pas, le médecin adresse la patiente à un spécialiste afin de trancher sur une origine organique ou fonctionnelle des troubles.

Elle ne s'attarde pas sur d'autres thérapeutiques et répond à la demande de la patiente en lui disant de continuer ce qu'elle prenait déjà en cas de symptômes.

Il n'a pas été proposé de prise en charge spécifique autour de la gestion du stress.

c. Communication

Comme énoncé précédemment, la communication se base ici sur l'empathie et la reconnaissance de la souffrance, l'écoute du vécu, les explications claires sur les différentes origines possibles de ces troubles et surtout la réassurance.

Une fois que le médecin a donné son avis sur l'origine des troubles, on a l'impression que la patiente va nous apporter d'autres informations car elle dit « *ouais...moi je pense que...* » tout en étant pensive mais le médecin ne relève pas cette phrase et tape sur son clavier.

d. Réaction de la patiente par rapport au diagnostic/traitement

La patiente rit quand le médecin lui annonce le diagnostic de SBI. Elle semble accepter l'idée de « médicalement inexpliquée » sans poser plus de questions, d'autant plus que le médecin prend le temps d'expliquer le terme et la stratégie de prise en charge.

Par rapport à l'hypothèse « psychique », on a vraiment l'impression que la patiente voulait exprimer son ressenti en disant « *ouais...moi je pense que...* » mais le médecin n'a pas rebondi dessus.

Quant à la prise en charge thérapeutique, en accord avec le médecin, elle poursuit son traitement en cas de symptômes, sans demander d'autres traitements.

e. Motivation de la demande/Crainte

La récurrence des symptômes ainsi que leur côté « handicapant » au quotidien ont très probablement poussé la patiente à consulter à nouveau.

L'inquiétude par rapport aux antécédents familiaux ainsi que les résultats de sa prise de sang pouvait expliquer sa motivation à consulter.

4. Praticien CAR 01

Tout va mal...mais tout va bien...

Il s'agit d'une patiente d'une cinquantaine d'année qui pense avoir toutes les maladies à la fois et qui dit en même temps que « *tout va bien* ».

Elle n'a pas de suivi médical et consulte pour des douleurs qu'elle présente comme « *j'ai mal de partout, alors j'sais pas si c'est musculaire, osseux, si c'est parce que je suis tendu ou si c'est parce qu'à l'intérieur j'suis...* ».

Elle est aussi dans le **déni et l'ambivalence** par rapport à sa demande, puisqu'elle dit à plusieurs reprises « *non mais tout va bien...pour moi !* ».

a. Eléments en faveur du SBI

Plusieurs éléments du discours nous font penser à des SBI.

Les phrases du type « *j'ai mal partout* » et à la fois « *non mais tout va bien* » dénote une certaine **instabilité, immaturité et angoisse** de la part de la patiente.

D'autres exemples comme « *j'ai...j'suis oppressée j'sais pas alors j'me dis est ce que j'ai un cancer du poumon, est ce que j'ai un cancer des intestins du moins, je psychote un petit peu quoi en fait* » ou « *Dès que je touche j'me dis ça c'est un ganglion...j'sais pas...* » nous font évoquer une grande **angoisse liée à la maladie** chez cette patiente ainsi que des interprétations plutôt **irrationnelles**.

L'attitude non verbale telle que « rires nerveux, croise les bras, se gratte la tête » ou encore le fait de pleurer en consultation à plusieurs reprises illustrent bien cette analyse.

La patiente évoque d'elle-même une hypothèse psychique à ses troubles puisqu'elle dit : « *je sais pas si je suis malade ou si c'est dans la tête* », « *oui oui y a quelque chose qui va pas, suis d'accord, du moins c'est le stress quotidien* », « *c'est un psy qu'il faut que j'aille voir* ».

Il y a un **contexte** de vie parlant de **surmenage** que la patiente exprime bien au début de la consultation et en même temps une volonté de « tenir » face à ce surmenage, et de maîtrise totale de soi.

b. Procédure du praticien

Le médecin fait preuve de beaucoup d'empathie dans ses propos : « y a beaucoup de choses à gérer », « vous avez l'impression d'arriver au bout », « donc là vous êtes très fatiguée ». Elle aide la patiente à s'exprimer en lui posant des questions ouvertes centrées sur son vécu, son histoire et en synthétisant/reformulant les réponses de la patiente.

Dans son attitude, elle se penche sur le bureau pour se rapprocher physiquement de la patiente et ainsi lui exprimer qu'elle n'est pas seule.

Elle aborde la question du stress en terminant la phrase de la patiente et en la reformulant : « *d'accord, vous êtes particulièrement stressée c'est ça ?* »

Elle mène un interrogatoire précis pour orienter ses hypothèses, notamment la recherche d'un épisode dépressif avec les questions sur le sommeil, l'appétit mais elle ne questionne pas la patiente sur une éventuelle tristesse ou perte de plaisir. Elle cherche également des arguments en faveur d'une cause organique.

Elle utilise des reformulations/synthèses pour reprendre les éléments du discours de la patiente : « ben...tout va bien mais vous êtes fatiguée, vous dormez pas, vous êtes angoissée ».

Elle pose un cadre à la consultation : « ça sera certainement bien qu'on se revoit »

Elle autorise la patiente à se plaindre et donne de la légitimité à ses plaintes en la déculpabilisant : « Faut que ça sorte... », « On peut pas penser à tout, tout le temps », « non c'est pas nul, je pense que vous en avez besoin...au contraire », « ça arrive souvent que les gens, une fois qu'ils sont ici, ben ils lâchent tout et c'est normal, et on est là pour ça et y a pas de problèmes ».

Elle reprend régulièrement les termes de la patiente afin de suivre son cheminement/ses pensées et « rentrer dans son univers » : « *vous vous sentez bloquer où ?* »

Dans cette consultation, le médecin utilise résolument une attitude centrée « patient », à travers un échange productif avec des questions ouvertes afin de faire s'exprimer la patiente sur son vécu et ses émotions/ressentis.

On peut dire que le médecin joue ici un **rôle de thérapeute**.

« *Est-ce que vous avez l'impression d'avoir trop de travail ?* », « *Est-ce que vous avez l'impression que ça retentit sur votre vie de famille ?* », « *là je pense que le plus tard en fait c'est maintenant...* »

En plus d'une approche centrée « patient », basée sur le relationnel et la communication, le médecin œuvre à la prise en compte des maladies ainsi que de la prévention/dépistage. Vu l'âge de la patiente et l'absence de suivi médical, le médecin réalise des examens complémentaires orientés dépistage mais également pour rassurer la patiente qui semble très anxieuse « d'avoir toutes les maladies ».

Le fait que le médecin déclare que l'examen clinique est négatif provoque un effet d'autosuggestion sur la patiente et semble avoir un impact thérapeutique positif : « *Ah bon, eh ben de suite je crois que je vais aller mieux en fait* ». Elle évalue également l'effet thérapeutique de la consultation : « *vous vous sentez un peu mieux déjà d'avoir lâché ?* »

Le médecin fait également passer le message à la patiente que « ce n'est pas dans sa tête », qu'elle n'est pas folle : en effet, la patiente demandant si elle doit aller voir un « psy », le médecin lui répond : « *pas du tout...déjà moi c'est pas mal...* ».

En disant : « *on fait le point, vous serez totalement rassurée ! Et ça ira mieux...il faudra aussi penser à prendre du temps pour vous* », la praticienne semble sous-entendre qu'elle-même n'est pas inquiète. Elle rassure la patiente, adopte une **attitude « maternaliste »** et renvoie « quelque chose de positif » à la patiente.

La « **relation transférentielle** » du patient en vers son médecin s'effectue sur un mode mère-enfant.

On a l'impression que la patiente vient chercher la réassurance et en quelque sorte « l'amour d'une mère » que lui renvoie son médecin.

Un autre point important à noter est le fait qu'au bout de 20 minutes de consultation et d'échanges, la patiente exprime le vrai motif à l'origine de son inquiétude, concernant son fils et le fait qu'il n'est pas de situation professionnelle. A ce moment-là, le médecin continue à légitimer et soutenir la patiente : « *lâchez un bon coup, c'est normal de s'inquiéter pour ses enfants* ».

Et la patiente finit par extérioriser complètement et s'auto-analyser sur ses réactions : « *je me dis j'ai pas le droit de tomber malade et du coup il me vient pleins de trucs alors que c'est peut-être rien, je me suis jamais écoutée...* ».

On peut constater que le médecin n'a pas repris la patiente sur son attitude de « toute puissance, tout devoir, tout contrôle » qu'elle exerce dans sa vie. On peut se demander ce qui pousse la patiente à être dans cette attitude-là. Elle ne relève pas également la remarque « *le week-end je m'occupe de mon mari* ».

c. Communication

Le médecin rassure et met en confiance la patiente. Elle fait preuve de patience, d'écoute et de beaucoup d'intérêt. Elle est bienveillante, ne juge pas ni ne donne d'ordre.

Elle prend le temps de reformuler chaque propos de la patiente pour mieux la comprendre et pousser la patiente dans ses réflexions.

d. Réaction de la patiente par rapport au diagnostic/traitement

Au début de la consultation, la patiente a une attitude « fuyante », de « déni » face à la réalité des choses, on a l'impression qu'elle fait de la résistance. Puis progressivement, au fur et à mesure que la consultation avance, elle se livre plus au médecin car elle semble plus rassurée et en confiance.

Elle se met à verbaliser la vraie raison de son angoisse et fait le lien avec ses symptômes parce que le médecin l'a écoutée et l'a laissée s'exprimer.

Elle sourit à plusieurs reprises et se sent rassurée : « *ben déjà là voilà, avec l'examen que vous m'avez fait, vous me dites qu'il n'y a rien, bon y a pas de raison qu'il y est quelque chose...* »

Dans ses réactions et représentations, on a l'impression que la patiente joue un rôle appelé « **faux self** », c'est à dire qu'elle s'impose une façon d'être et de vivre pour s'adapter à son environnement qui semble contraignante et anormale/exagérée. Elle et le médecin semblent toutes deux l'avoir compris.

e. Motivation de la demande/Crainte

Les motivations apparentes que la patiente présente sont de faire le point sur sa santé, la multitude des symptômes dont elle se plaint et la peur d'avoir un cancer.

Mais réellement, sa crainte principale est de ne plus pouvoir subvenir aux besoins de son fils si elle se met à tomber malade.

D'après le modèle de Winnicott, dans cette consultation, la patiente passe par deux espaces analytiques.

Le premier espace : elle somatise et vient chercher de l'aide.

Le deuxième espace : elle entend et accepte l'interprétation de son médecin.

La somatisation chez cette patiente lui permet de s'exprimer, de réagir face un sentiment de « débordement psychique » et « de besoin inconscient de réparer le manque d'affectivité lié à l'enfance ».

5. Praticien CA 19

Une douleur thoracique liée au tabac

Il s'agit d'un jeune patient d'une trentaine d'année qui consulte pour des douleurs thoraciques qu'il décrit à la fois comme lié au tabac et sans rapport avec le tabac : « *c'est même pas quand je fume, c'est le lendemain et c'est là que j'ai mal* », « *...maintenant que j'arrête, ça s'estompe quand même au fur et à mesure...* »

a. Éléments en faveur du SBI

Les éléments du discours qui peuvent nous faire penser à un SBI sont :

- le caractère **inconstant et rassurant** de cette douleur : « *au fur et à mesure ça s'estompe* »
- le lien avec le **tabac**, fait lors de la présentation de son symptôme, qu'il réfute par la suite : « *c'est surtout la journée, c'est même pas quand je fume, c'est le lendemain et c'est là j'ai mal...* ».
- l'absence de cette douleur lorsque son psychisme est occupé au travail
- la présence de cette douleur en cas de **stress au travail** : « *les moments où c'était vraiment stressant j'étais plus* ».

On note bien les explications irrationnelles et les incohérences qu'apporte le patient pour décrire son symptôme.

b. Procédure du praticien

Le médecin pose le cadre de la consultation « *on va reprendre au début* ».

Elle explore toutes les hypothèses de cette douleur avec des questions orientées et ciblées.

Elle fait preuve d'écoute active en répétant « d'accord » à chaque remarque du patient.

Face aux craintes du patient, elle pose des questions pertinentes, centrées sur le patient et ses représentations : « *pourquoi ta demande c'est d'aller voir un pneumologue ?* », « *Qu'est-ce que tu crains exactement ?* »

Elle rassure le patient : « *tu peux être rassuré* »

Elle fait preuve de pédagogie en verbalisant et reprenant ses représentations « *je pense que tu as une idée, une imagination de ce que ça peut être* ».

Elle reprend et résume la demande du patient pour lui fournir des explications rationnelles et scientifiques, adaptées à ses attentes, afin de répondre à son angoisse : « *...tu peux être rassuré, c'est pas ça...au niveau de l'auscultation j'entends bien tes poumons, ils s'ouvrent, ils se ferment, ils se remplissent...y a pas de soucis...* »

Le médecin annonce donc comme diagnostic « *une douleur de la paroi* », ce qui permet au patient de se le représenter.

Elle donne d'autres arguments d'origines anatomiques comme pour se justifier un peu plus sur son hypothèse, comme si cela ne suffisait pas aux yeux du médecin : « *et tu as un thorax un petit peu creusé* ».

Elle s'adapte au patient en lui formulant des explications avec un langage et des mots à sa portée.

Le patient semble de lui-même faire le lien entre sa douleur et le stress au travail, sans pour autant en être totalement convaincu puisqu'il l'associe aussi au tabac.

Le médecin confirme le lien avec le stress mais n'explore l'origine de ce stress (le travail) et son contexte qu'à la fin de la consultation.

Elle établit un lien clair entre le stress par peur de la maladie liée au tabac et sa douleur thoracique mais n'explore pas le stress lié au travail.

Elle verbalise le lien irrationnel que fait le patient avec le tabac « *et toi tu fais vraiment le lien entre cette douleur et le fait de fumer* » et lui réfute ce lien par des explications.

On a l'impression qu'elle reste assez ciblée sur des explications scientifiques, notamment lorsque le patient dit « *mon travail est très stressant alors euh...j'sais pas* », le médecin confirme l'hypothèse mais rajoute une argumentation scientifique.

On note que le médecin n'explore pas les représentations de la maladie que peut avoir le patient et qui permettrait d'explorer l'origine de ses inquiétudes sur l'idée d'avoir « un problème au poumon ».

Le médecin ne juge pas utile de prescrire d'exams complémentaires, elle ne répond pas non plus à la demande du patient qui est d'aller voir un spécialiste, qu'elle explique par des arguments rationnels.

Elle prescrit un traitement symptomatique.

c. Communication

Le médecin procède par **questions fermées** lors de la démarche diagnostique afin de vérifier ses hypothèses.

Il utilise le **tutoiement** pour s'adresser à son patient.

On note une **discordance** dans l'échange lorsque le patient lui parle de « stress » et le médecin de « thorax en entonnoir ».

Elle **encourage** le patient : « *c'est parfait que tu aies arrêté de fumer, je ne peux que t'encourager à continuer* »

Elle se met à la portée de son patient en lui fournissant des explications précises qu'il est venu chercher.

d. Réaction du patient par rapport au diagnostic/traitement

Le patient a déjà émis l'hypothèse « stress » de sa douleur au début de la consultation et le médecin confirme cette hypothèse.

La consultation semble satisfaisante, le patient semble adhérer aux explications scientifiques que lui fournit son médecin et semble également appréhender d'une autre manière le lien « irrationnel » entre sa douleur et le tabac.

On a l'impression que le patient est obligé de revenir régulièrement jusqu'à la fin de la consultation sur le « stress au travail » : « *j'étais vachement stressé, quand j'avais mal, j'me dis peut-être pas les poumons, plutôt le cœur...j'en sais rien du tout* », « *mon travail est très stressant alors euh j'sais pas* »

Il semble accepter l'inutilité d'aller consulter un spécialiste, le médecin l'ayant rassuré sur ce point et accepte la prise en charge thérapeutique qui lui est proposée.

e. Motivation de la demande/Crainte

La motivation première de consulter, pour le patient, était d'obtenir une lettre de son médecin traitant pour un rdv avec un spécialiste car une personne de son entourage aurait eu le même symptôme et serait aller consulter un spécialiste.

Le patient s'est donc imaginé avoir la même « maladie » et sa crainte s'est fondée autour de cela.

Sa crainte est également fondée sur le fait de fumer et les potentielles conséquences qui en découlent.

En consultant, il cherchait donc à être rassuré.

6. Praticien PC 14

Une asthénie noyée dans le reste...

Une jeune patiente consulte pour plusieurs demandes. Les trois premières demandes sont formulées explicitement par la patiente :

- vérification des vaccins car désir de grossesse
- maux de tête et fièvre
- faire un bilan biologique car elle se sent fatigué

La dernière demande arrive en fin de consultation car la patiente dit avoir oublié d'en parler alors que c'est « ce qu'il y avait de plus important » pour elle. Elle évoque une douleur au pied suite à un traumatisme.

Le symptôme qui nous intéresse ici est la fatigue chez une jeune femme qui semble en bonne santé physique. Elle attribue cette fatigue à un travail trop intense depuis trois mois, et ne s'est pas atténuée malgré un congé d'une semaine. Elle demande donc de « refaire un bilan » pour explorer cette fatigue.

a. Éléments en faveur du SBI

Dans cette consultation, peu d'éléments nous orientent à première vue vers un SBI.

On peut néanmoins supposer que l'asthénie dont se plaint la patiente puisse être d'origine fonctionnelle/inexpliquée biomédicalement et qu'il puisse y avoir autre chose qu'un simple surmenage évoqué par la patiente.

On peut aussi s'interroger sur la cause des heures supplémentaires effectuées par la patiente.

On note l'insistance de la patiente sur cette fatigue : « je suis crevée », « hyper fatiguée ».

Le paradoxe de parler à la fin de la consultation de « son pied » et de dire qu'elle était surtout venue pour cela nous amène à nous demander si « cette fatigue » n'était pas plus importante que « son pied ».

On peut noter également une façon de s'exprimer particulière pour ne pas dire « bizarre » : « hyper fatiguée », « trop crevée », « tête qui va exploser ».

b. Procédure du praticien

Face aux multiples demandes de la patiente, on a l'impression que le médecin se sent dépassé. Il ne fait pas de tri, ne pose pas de cadre à la consultation. Il répond et traite les demandes de la patiente les unes après les autres.

Aucune question n'est abordée autour de la grossesse. Il l'informe du risque avec l'utilisation des AINS.

Aucune question n'est posée par le médecin sur le contexte de vie. Le médecin ne relève pas quand la patiente parle de son travail.

Concernant « cette fatigue », on sait qu'elle dure depuis trois mois et qu'elle peut être liée à un surmenage. Le médecin se contente de ces informations et ne va pas plus loin, alors que nous pourrions nous interroger sur le vécu de la patiente trois mois plus tôt, pour y chercher des explications.

Il se contente, de façon systématique, d'éliminer les hypothèses principales (organiques) qui puissent expliquer cette fatigue : « est-ce que vous avez perdu du poids ? », « est-ce que vous avez des douleurs quelque part ? », « vous avez un appétit qui est conservé ? ».

Paradoxalement, le médecin ne pose aucune question à la patiente sur son sommeil.

Il commente l'examen clinique au fur et à mesure, sans donner de diagnostic à la patiente sur « cette fièvre ». Il dit simplement « aucun signe particulier ».

Il fait faire un bilan en réponse à la demande de la patiente. L'intérêt d'un bilan biologique est pourtant discutable, à première vue :

- on ne sait pas si la patiente a déjà eu un bilan équivalent récemment,
- on ne sait pas comment le bilan expliquera « cette fatigue »,
- on ne sait pas si la décision du médecin est liée à une certaine mise en confiance de la patiente, qui a demandé le bilan (la rassurer grâce à la prise de sang), qui n'exprime pas ce point en consultation

Le médecin semble agacé par la dernière demande qui arrive en fin de consultation alors que l'examen clinique est passé et que la consultation arrive sur sa fin : « *hum...il faut que je regarde votre pied...* », « *ça veut dire que vous n'avez pas si mal que ça...* ».

A la fin de la consultation, il n'y a pas d'explication ou d'hypothèse émise autour de cette fatigue.

c. Communication

On a l'impression que la relation personnelle entre le médecin et sa patiente ne s'est pas créée, qu'il n'y a pas eu spécialement « d'accroche réciproque ».

Le médecin fait « son travail » de façon systématique, aucune émotion ou expression ne semble apparaître sur son visage.

La patiente semble se contenir comme si elle semblait « gênée » ou « pas l'aise ».

d. Réaction de la patiente par rapport au diagnostic/traitement

Elle accepte tout ce que dit le médecin sans poser plus de questions sur sa proposition de prise en charge et ses explications.

On a l'impression que pendant la consultation, la patiente ne dit pas vraiment ce qu'elle pense, elle ne s'exprime pas sur le fond : elle ne fait pas en effet part de ses émotions dans ses propos.

e. Motivation de la demande

C'est probablement l'inquiétude par rapport à cette fatigue qui l'a amenée à consulter mais nous n'en savons pas plus.

Peut-être voulait-elle un arrêt de travail ?

7. Praticien PG 10

Une douleur dans la poitrine qui se répète...

Dans cette consultation, le patient ne parle pas très bien le Français, rendant difficile la compréhension mutuelle du médecin et du patient.

Le patient se présente avec une douleur « dans la poitrine » qui semble « constrictive ». Il fait beaucoup de gestes pour décrire au mieux cette douleur. Elle était présente hier et a duré trois heures. Il s'est mis à courir et elle a disparu.

Il se plaint également de son dos et de son cou. Il dit avoir des difficultés pour respirer. Il dit ressentir « comme une chaleur ».

a. Éléments en faveur du SBI

La barrière de la langue permet difficilement d'aller au bout de la démarche diagnostique. Néanmoins, certains éléments peuvent nous faire penser à une origine fonctionnelle de cette douleur « thoracique ».

Le patient aurait consulté un médecin pour des symptômes identiques trois ans auparavant. Le praticien mentionne, en consultant son historique de consultation avec le patient, une « douleur un peu comme ça, un peu imprécise », qui avait déjà été contrôlée sur le plan cardiaque (pas d'origine cardiaque identifiée alors).

Le patient dit également spontanément « en plus quand quelque chose arrive, tout de suite beaucoup réfléchir, énerver à cause de ça plus les problèmes ». On peut donc se demander s'il n'y a pas une part d'anxiété, de nervosité associée à cette douleur. On peut se questionner aussi sur la nature « des problèmes ».

Il fait part du fait d'être « énervé » lorsqu'il arrête la cigarette. A contrario, lorsque le médecin lui soumet l'hypothèse d'une nervosité, le patient dit « même pas énervé ». On peut donc se demander s'il a bien compris les propos du médecin.

Il y associe également un autre symptôme « *même la gorge* » sans relation entre ces deux symptômes.

Concernant le contexte, nous savons qu'il travaille depuis huit dans la construction ferroviaire et que c'est un travail difficile. Il parle peu le Français. Nous pouvons donc supposer qu'il puisse avoir quelques difficultés d'ordre social et culturel.

b. Procédure du praticien

Le médecin émet dès le début de la consultation l'hypothèse d'un travail difficile comme cause de ses douleurs « de dos ». Il ne l'examinera pourtant pas dans le reste de la consultation, en rapport avec cette hypothèse.

Dans sa démarche diagnostique, il questionne le patient d'emblée sur le contexte de vie : « *vous avez des soucis en ce moment ? Des inquiétudes ? Des problèmes ?* »

Le patient répond par « *non* » simplement.

Il s'intéresse succinctement à son mode de vie : « *vous êtes tout seul ?* », sans aller plus loin dans la réflexion ni rebondir sur la réponse du patient.

Le médecin apporte dès le début de la consultation une première hypothèse d'origine « psychique » qu'il maintiendra pendant toute la consultation : « Bon, ça c'est plutôt évocateur d'un état un peu anxieux », « c'est l'angoisse, la nervosité ».

Il répète le mot « angoisse » comme pour essayer de convaincre le patient.

Il fait rapidement le lien avec une cause « psychique », le patient est donc renvoyé à son stress sans chercher à savoir ce qui le rend « nerveux ».

Il fait preuve d'empathie quand il dit « *mais par contre vous faites un travail quand même difficile* ».

Il essaie de faire passer un message en lui expliquant que « son travail » lui donne des douleurs dans le dos, que cela l'inquiète inconsciemment, et qu'il est aussi nerveux.

Il utilise également une question ouverte : « *vous réfléchissez c'est à dire* », pour pousser le patient à s'exprimer sur ce point.

Le patient ne semble pas comprendre et pas valider cette approche.

Dans sa démarche diagnostique somatique, le médecin fait un « ECG » afin de vérifier l'absence d'organicité et rassurer le patient. Paradoxalement, il ne fait pas d'examen clinique du dos alors que le patient s'en plaint.

Sur la fin de la consultation, on a l'impression que le médecin est comme « à court d'explications », comme s'il sentait que le patient n'était pas rassuré ou « satisfait » de l'échange. Il dit « *c'est difficile de comprendre pourquoi vous êtes comme ça* ».

Cette phrase ne permet pas d'avancer sur l'explication du symptôme et crée un « blocage » flagrant dans l'approfondissement de l'échange avec le patient par la suite.

Cette consultation est difficile de par la barrière de la langue et sûrement de par des représentations différentes de la maladie, qui peuvent provenir de la différence culturelle.

Ceci ne permet pas au patient de s'exprimer comme il le souhaite.

On peut donc penser que même si le médecin a essayé d'aller au bout du diagnostic, il a pu se sentir « bloqué » et n'a donc pas approfondi ou investi la relation médecin-patient de manière à trouver une explication adaptée au patient dans sa globalité bio psycho sociale. Cette hypothèse est abordée dans l'entretien avec le médecin.

c. Communication

La communication médecin/patient est difficilement analysable du fait de la barrière de la langue.

Le médecin pose beaucoup de questions fermées et peu de questions ouvertes. Il donne une injonction au patient : « *essayez de ...euh...ouais d'équilibrer votre vie au maximum...* ».

Que veut-il dire par « équilibrer sa vie » ? La vie du patient semble-t-elle déséquilibrée ?

La relation ne semble pas être créée entre le médecin et le patient.

d. Réaction du patient par rapport au diagnostic/traitement

Le patient ne semble pas réceptif aux hypothèses du médecin puisqu'il dit « *même pas énérvé* », « *ah je sais pas...* ».

Il ne semble également pas rassuré sur une origine non cardiaque de sa douleur car à la fin de la consultation, alors que le médecin a déjà expliqué qu'il n'y avait rien, il dit « *le cœur alors... le cœur...pas...* », « *Pas de problème ça ?* » en montrant l'ECG.

Quand le médecin lui montre l'ECG et lui donne des explications, le patient prononce les mots « *scanner, scanner...* » comme pour vouloir passer un scanner. On peut soumettre l'hypothèse que passer un scanner, pour ce patient, serait l'examen idéal permettant de lever la crainte / le doute inhérent à son symptôme. Selon cette hypothèse, le patient n'aurait pas confiance dans le praticien, et posséderait son propre référentiel / approche de la prise en charge idéale de ce type de symptôme, pour autant inefficace. Ainsi le diagnostic / la prise en charge établi / réalisée par le praticien, bien qu'objectivement juste, ne mènerait pour autant pas à la satisfaction du patient.

e. Motivation de la demande

La principale motivation/crainte du patient est probablement d'avoir un problème cardiaque mais nous ne pouvons dire ce qui l'inquiète vraiment, derrière ce symptôme, à cause du peu d'éléments viables pouvant être analysés.

Nous ne connaissons pas les antécédents familiaux.

Peut-être est-ce la crainte de ne plus pouvoir courir ? Le patient demande en effet, à ce sujet : « je peux courir toujours ? »

8. Praticien MVD 05

Une céphalée permanente

Un patient, plutôt jeune, consulte pour des céphalées inhabituelles. Il décrit ces céphalées comme intenses et uniquement à droite ; cela l'empêche de dormir.

L'autre motif qui l'amène à consulter est une demande de certificat de sport, sujet qu'il abordera à la fin de la consultation.

Le symptôme qui nous intéresse ici est la céphalée.

a. Eléments en faveur du SBI

Il s'agit d'une céphalée « inhabituelle » et intense d'après le patient : « forte douleur », « gêne au niveau de la tête qui me tire...c'est pas comme un mal de tête habituel », qui dure **depuis 3-4 jours**. Elle était présente « en barre » puis s'est localisée **uniquement à droite**.

Le patient propose des hypothèses : « j'sais pas si ça a un lien mais j'ai éternué...alors j'sais plus si c'était il y a 3-4 jours ou peut-être il y a un peu plus d'une semaine...j'ai senti que ça m'avait tiré au niveau de l'oreille...c'était pas non plus...ça a pas pété... »

Ces hypothèses ne sont pas des explications scientifiques/rationnelles.

Par contre, une autre hypothèse verbalisée par le patient nous semble être **pertinente et intéressante** : « J'suis peut-être très fatigué aussi ».

La douleur s'intensifie « depuis 3-4 jours ça empire, ce matin c'était vraiment très fort » et est soulagée par les AINS.

Cette céphalée semble **atypique** de par sa description. De plus, la présentation du symptôme semble **exagérée** par rapport à l'expressivité du patient (**disproportion Plainte/Faciès**).

b. Procédure du praticien

Le médecin procède à un interrogatoire détaillé pour caractériser cette douleur et éliminer ses hypothèses organiques : « ça a commencé quand ? » « Brutalement ? » « Vous êtes migraineux ? » « Vous voyez bien ? » « La lumière vous gêne ? » « ça vous réveille ? ».

Il utilise des reformulations : « donc le mal de tête vous a réveillé ? »

Le médecin rebondit sur la remarque « J'suis peut-être très fatigué aussi », ce qui permet d'apprendre que le patient vient d'acheter une maison.

On apprend également qu'il y a **un stress** chez ce patient, le médecin ayant posé la question « ça vous stresse ? »

Le médecin ne relève pas quand le patient dit « j'suis quelqu'un de très ordonné. J'y pense tout le temps ça c'est sûr ! »

Le médecin fait un examen clinique qu'il ne commente pas au fur et à mesure.

Le médecin reste rationnel et se base sur les faits en donnant sa conclusion « *Bon, j'ai rien de particulièrement inquiétant* », « *on a aucune certitude, ce dont je suis sûr c'est que l'examen neurologique est normal, vous n'avez pas de symptômes, cette douleur n'est pas extrêmement intense...* »

Il temporise en disant « *on peut se permettre d'attendre quelques jours le temps que ça passe...reposez-vous !* »

Le médecin laisse comprendre au patient qu'il y a plusieurs arguments à sa douleur : « *fatigue, stress* », « *j pense que ça peut tout à fait être compatible avec un petit virus qui passe par là qui vous fait mal à la tête* ».

On a l'impression que le médecin semble ne pas adhérer à sa propre hypothèse « *stress, fatigue* », le patient le relançant dessus à plusieurs reprises sur le sujet.

Le médecin, par la suite, penche plutôt pour une cause virale, cette hypothèse pouvant se discuter vu le très peu d'arguments cliniques et « *l'intensité* » de cette douleur décrite par le patient.

Paradoxalement, l'explication qu'il donne pour justifier son hypothèse virale ne semble pas très convaincante scientifiquement parlant : « *vous avez un petit 37,7°, c'est pas de la fièvre, c'est pas au-dessus de 38° mais c'est pas non plus 37,2°* ».

Il se rend disponible en disant au patient de revenir si besoin. Il rassure le patient quant à l'absence d'éléments de gravité.

Dans cette consultation, on a l'impression que le contexte de vie du patient n'a pas été assez exploré, que le patient donne l'impression de vouloir « *en dire plus* », le médecin n'y voyant peut-être pas l'intérêt ou n'ayant pas l'intérêt pour l'explorer.

c. Communication

Le médecin ne fait pas preuve d'empathie quand le patient dit « *être stressé* » par ses travaux dans sa maison.

Il reste très factuel dans ses propos ; pour autant en disant « *ben on a aucune certitude* », il ne prend pas de « *risque* ». On peut néanmoins s'interroger sur la portée de ces mots sur le patient, difficilement interprétables avec les seuls éléments de la vidéo.

Le médecin donne une injonction au patient : « *reposez-vous* ». Pourtant, pour le patient, vu le contexte évoqué par celui-ci, cela ne semble pas possible, ou « *entendable* ». On peut se demander si « *cette ordre* » est thérapeutique et bénéfique pour le patient.

d. Réaction du patient par rapport au diagnostic/traitement

Le médecin reste concentré sur l'élimination d'hypothèses graves alors que le patient semble le mettre « *sur une autre piste* » : « *c'est lié à la fatigue, le stress ?* »

Le patient semble accepter les réponses/explications du médecin : « *ça marche* », « *ok, ça me va !* »

On peut dire que le médecin a répondu de manière satisfaisante aux inquiétudes du patient.

e. Motivation de la demande/Crainte

Ce qui a motivé le patient à consulter est en premier lieu le caractère inhabituel de cette « *céphalée* » par sa durée, sa topographie, son « *intensité* ».

« *C'est normal d'avoir que d'un côté ? ça a rien de bizarre ? D'habitude j'ai mal à la tête j'ai mal partout mais là ici...non...rien de particulier ?* »

On peut se demander ce qui l'inquiète réellement, s'il n'a pas une autre crainte « cachée ».

Il semble aussi inquiet pour son oreille : « *donc au niveau de l'oreille y a rien ?* ».

Ce patient semble avoir besoin d'être rassuré.

9. Praticien VP 03/04

Deux douleurs « thoraciques »

Ils sont deux en consultation, le fils, âgé d'une dizaine d'année, et sa mère.

L'entretien commence par le fils. Sa mère l'amène car il se plaint de douleurs dans la poitrine. Cette douleur était déjà présente la semaine dernière, ce qui a amené la mère à consulter aux Urgences. Il a eu « une batterie » d'exams et est ressorti avec un diagnostic de « bronchite » et des antibiotiques. La maman nous rapporte un autre symptôme : la fièvre.

D'autres symptômes viendront se greffer au fur et à mesure de la consultation, certains exprimés par l'enfant : « *léger mal de gorge* », d'autres exprimés par la mère et infirmés par l'enfant : « *mal de tête* », « *mal de ventre* ».

La mère se plaint également, en ce qui la concerne, de douleur thoracique qu'elle présente comme des douleurs « musculaires ».

a. Éléments en faveur du SBI

Dans cette consultation, plusieurs éléments sont en faveur d'un SBI.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'enfant, tous les arguments en faveur d'une origine organique de cette douleur thoracique ont déjà été éliminés en amont (aux Urgences).

Puis, la mère ajoute qu'il aurait eu le même symptôme l'année passée.

Elle rapporte également **d'autres plaintes**, infirmées en consultation par l'enfant. On peut s'interroger sur la véracité de ses propos, l'enfant semblant catégorique, et vrai.

La fièvre, à priori, n'est pas en lien avec la douleur thoracique.

L'examen clinique est strictement normal, le médecin ne retrouve aucune cause physique à cette douleur.

On peut donc très fortement penser ici à une **cause fonctionnelle**.

b. Procédure du praticien

Alors que tous les exams ont déjà été faits, on pourrait s'attendre à une manière « différente » de prise en charge du symptôme.

Or, il en est tout autre car le médecin, dans son rôle, s'attache malgré tout à éliminer une organicité et à vérifier ce qui a déjà été fait comme exams complémentaires.

Elle n'est pas dans une attitude d'écoute de la mère et s'adresse très peu à l'enfant.

Sa démarche diagnostique est très systématique avec beaucoup de questions/réponses fermées. Elle ne laisse pas place au dialogue.

Le contexte de vie n'est à aucun moment abordé. Aucune question n'est posée sur le ressenti, les inquiétudes que peut avoir une mère envers son enfant.

On reste dans une **démarche somatique pure**.

La consultation n'est pas cadrée, elle s'adresse tantôt au fils, tantôt à la mère. Les deux sont présents pendant la consultation.

Le médecin donne l'impression qu'elle ne comprend pas pourquoi ils consultent car à l'évidence, il n'y a rien d'inquiétant.

Elle procède de la même manière pour la plainte de la mère, en arrivant rapidement à la prise en charge mais veut malgré tout se rassurer : « *Et l'embolie pulmonaire et l'infarctus ça donne pas ce genre de douleur* », « *on va prendre la tension...pour être tranquille !* ».

Le médecin semble plus angoissé « à éliminer l'urgence » concernant la qualification du symptôme que la patiente elle-même. Elle adhère à l'hypothèse que fait la patiente « douleur musculaire » et lui conseille le repos. L'interrogatoire pour comprendre l'origine de cette douleur n'est pas réellement fait. La question « *vous êtes droitère ou gauchère ?* » n'est pas suivie d'une explication à la patiente, suite à sa réponse, et de questions cohérentes dans la suite de la consultation.

On a l'impression que le médecin « expédie » cette consultation et passe à côté de ce qui pourrait être intéressant, pour ne remplir qu'un objectif : ne pas passer à côté de l'urgence.

c. Communication

Le médecin « mène » la consultation. Elle utilise des questions fermées. Aucune émotion agréable ne se dégage de sa voix ou de son expression. Il n'y a pas d'accrochage dans la relation.

Elle s'exprime de manière **très directive, voire agressive** : « *D'accord ! Alors de lui d'abord. Nom de famille ?* », « *Ben s'il a de la fièvre c'est un peu normal hein...* »

Elle semble manquer d'intérêt pour la consultation : « *Bon ça tombe bien qu'il n'est pas mal !* »

On a l'impression qu'elle incrimine la mère alors qu'elle n'y est pour rien : « *Ouais ben à la radio, il n'y a rien* ». Elle ne rebondit pas sur les propos de la mère, ne crée pas la relation, l'échange.

Comme elle ne crée pas le dialogue, il n'y a pas matière à « échanger », donc il n'y a pas de place pour l'empathie, l'écoute.

La relation est sur un mode « vertical » : **Maître/élève**. Il n'y a pas d'approche centrée sur les patients.

On remarque que le médecin n'apporte pas de crédit à la consultation, ni à ce que dit la mère. Par exemple, celle-ci dit « *il n'a rien* » en parlant du fils.

Le médecin veut se rassurer mais ne se demande pas si la patiente est rassurée : « **on est pas très inquiet, d'accord ?** ». Le terme « inquiet » a une connotation négative, on peut se demander si la tournure est adaptée dans ce cas, pour rassurer la mère.

La patiente réagit sur la **défensive** : « *on va dire que je suis pas spécialement médecin non plus* ». Elle semble essayer « **d'accrocher la relation** » avec le médecin : « *rien de...rien de...Bon...il y a plus...il y a plus haut hein comme euh...* ». Ceci comme pour lui dire qu'elle sait que ce n'est pas grave, qu'elle est d'accord avec le médecin.

Sur la fin de la consultation, elle semble chercher « **la collusion** » avec le médecin lorsque celui-ci a un problème informatique : « *j'ai une collègue comme ça qui a un mauvais fluide...comme ça...ça marche pas !* »

d. Réaction du patient par rapport au diagnostic/traitement

Aucun diagnostic n'est donné pour le fils. La mère ne relève pas, ne pose aucune question alors qu'elle consulte à nouveau pour la même douleur. On peut se demander ce qu'elle est venue chercher lors de cette consultation.

Concernant la mère, elle semblait déjà avoir une idée précise sur l'explication de sa douleur mais le médecin ne l'a pas écoutée, il était plus occupé à éliminer les hypothèses « graves ». La patiente semble sur la défensive : « *non mais j'vous dis j'pense que...enfin...c'est plus musculaire !* », « *mais bon on est pas médecin non plus...* »

e. Motivation de la demande/ Crainte

La réelle motivation à consulter ne semble pas avoir été évoquée. Elle n'a pas été recherchée par le médecin. Tout avait déjà été éliminé aux Urgences, on peut donc se demander ce qui inquiète la mère. Elle n'était visiblement pas rassurée par « la prise en charge » faite aux Urgences.

On peut légitimement se demander si la douleur du fils identique à celle de la mère est le fait d'un hasard ou pas.

10. Praticien FB 27

Trop de plaintes !

Il s'agit d'une patiente d'une cinquantaine d'année qui consulte pour de **multiples symptômes**.

Le début de la consultation commence par des problèmes administratifs.

Elle arrive avec sa « **liste de courses** » et énumère ses plaintes les unes à la suite des autres :

Douleur de dos, prise de poids, bouffées de chaleur, toux...

Le symptôme sur lequel elle s'attarde le plus dans la description est sa « douleur de dos ».

Le symptôme est plutôt **atypique** dans la présentation qu'en fait la patiente. Elle en donne une description détaillée. Elle le décrit comme « constant », « quotidien » et « chronique » (depuis 2-3 mois).

On peut noter que la patiente a tardé pour consulter un médecin, ce qui nous permet d'éliminer un diagnostic d'urgence.

Dans son attitude non verbale, la patiente nous paraît assez figée dans sa manière de s'exprimer, en gardant la même intonation de voix.

a. Éléments en faveur du SBI

Dans cette consultation, on manque d'éléments cliniques et para-cliniques pour pouvoir penser fortement à un SBI.

Néanmoins, l'explication du symptôme donnée par la patiente peut nous faire penser à un SBI par son côté « **irrationnel** » et « **dénué de sens** ».

La patiente nous l'explique avec son interprétation et son vécu du symptôme, d'où le caractère authentique de la description : « *le matin, c'est mes douleurs de dos qui me font aller aux toilettes, j'ai pas envie d'uriner* », « *ça dure un quart d'heure, faut que j'aille aux toilettes, que j'aille prendre mon café, que j'aille aux toilettes pour que ça se calme, c'est tous les matins depuis 2-3 mois* ».

On sent une certaine **angoisse** et **inquiétude** dans l'intonation et la façon de décrire sa douleur.

Le « rituel du symptôme » évoqué par la patiente et l'association illogique qu'elle fait entre « les toilettes » et « sa douleur » ne permet pas, scientifiquement parlant, d'émettre une cause biomédicale d'emblée.

L'angoisse se ressent également dans les « **demandes d'examens complémentaires** » de la patiente, comme si elle prenait la place du médecin.

b. Procédure du praticien

La patiente vient avec de multiples demandes/plaintes et le médecin laisse la patiente s'exprimer dessus. Elle pose très peu de questions sur l'histoire du symptôme. Elle traite « superficiellement » les autres plaintes comme si elle voulait répondre à toutes ses demandes alors que certains sujets mériteraient une consultation à part entière.

Elle ne pose pas de cadre et se laisse guider par la patiente. L'interrogatoire est décousu, le médecin passe d'un symptôme à l'autre sans aller au bout du questionnement dans la démarche hypothético-déductive.

La patiente rapporte depuis trois mois une plainte constante qui disparaît tous les matins suite à un « rituel d'actions » que doit faire la patiente pour faire partir le symptôme.

On peut se demander « ce qu'il s'est produit il y a trois mois », le médecin ne posant pas la question.

On a l'impression que le médecin ne comprend pas ce que décrit la patiente et se perd dans le déroulement de sa consultation. Elle en perd le « fil conducteur ».

Par exemple, le médecin pose trois fois la même question de différentes façons : « *quand vous travaillez vous avez mal aussi ou pas ?* », « *...et dans la journée, ça récidive pas ?* », « *et une fois que c'est fait c'est fini ?* », « *ouais, ok ! Euh...d'accord, après ?* ».

Dans la prise en charge du symptôme, le médecin délivre à sa patiente plusieurs hypothèses qui n'ont pas d'explications rationnelles.

Elle prescrit un ECBU parce que la patiente dit que « ça la retille un petit peu » et qu'elle est sujette aux infections urinaires. Ce premier constat, pris seul, peut s'entendre mais le lien entre ces douleurs matinales constantes et le fait d'avoir une infection urinaire semble très peu logique et probable.

Ensuite, le médecin élabore une explication en se basant sur la clinique et sur l'anatomie de la région concernée pour fournir une hypothèse qui semble relever de l'invention/l'imaginaire du médecin.

« Je pense que quand vous avez envie d'aller aux toilettes, ça tire sur les muscles du bassin...et ça vous fait mal...et tant que vous avez pas évacué, vous avez pas évacué ! »

Le contexte, l'inquiétude et la demande de la patiente autour de ce symptôme n'est pas abordé.

Finalement, le médecin essaie de donner une explication et de proposer une prise en charge sans pour autant connaître son vécu du symptôme, comprendre ce que la patiente désire par rapport à cette plainte, ce qu'elle attend de son médecin.

c. Communication

Le médecin pose beaucoup de questions à réponses fermées. Elle utilise peu la reformulation des phrases de la patiente : « *donc finalement vous avez besoin d'aller aux toilettes pour ne plus avoir mal* ».

Elle fait preuve d'**intérêt** pour la patiente et sa famille : « *bon les enfants, ils vont bien ?* », d'**écoute** et d'**empathie** : « *c'est pas évident...ça les perturbe ou pas ?* », « *c'est ça qui vous perturbe surtout* », « *c'est surtout ça qui vous embête...* »

Elle n'utilise pas « l'entretien motivationnel » sur le tabac et dit : « *ben arrêter de fumer ça m'irait bien...* ». Elle est dans une posture de **médecin « maternaliste »** avec sa patiente.

La patiente semble chercher la « **collusion** » : « *j'vous envoie des patients* ».

d. Réaction du patient par rapport au diagnostic/traitement

La patiente semble accepter les explications et la démarche diagnostique du médecin, elle ne pose pas de question. Elle insiste pour des examens complémentaires précis comme si elle ne s'abandonnait pas à son médecin et voulait avoir un contrôle/une place dans la consultation.

e. Motivation de la demande/Crainte

Connaître les raisons qui ont poussé la patiente à consulter n'est pas vraiment abordé dans la consultation : pourquoi a-t-elle attendu trois mois avant de consulter ? On peut donc se demander le degré d'importance que la patiente porte pour ce symptôme.

Est-ce que finalement, comme il y avait plusieurs demandes, ce n'était pas l'occasion d'aller consulter et de « tout déballer » ?

La patiente semble en tout cas avoir « obtenu » la plupart des choses demandées en consultation.

Il n'y a pas spécialement de craintes verbalisées par la patiente en consultation.

Néanmoins on sent une certaine anxiété/angoisse dans sa manière de s'exprimer.

11. Praticien MC 26

Un intestin qui s'emballe !

Une patiente d'une quarantaine d'année consulte pour des épisodes de diarrhées récurrentes depuis trois semaines associées à des douleurs abdominales.

Elle donne beaucoup d'informations sans cohérence. Elle parle également au médecin de « prise de codéine », « de blocage au niveau de la hanche », de « maux de têtes », « d'hémorroïdes ».

Elle émet seules ses hypothèses en parlant de « *son propre cycle où à un moment donné on constipe un peu avant les règles et ça se relibère juste après* », l'eau du robinet : « *j'ai arrêté l'eau du robinet...* » ou encore un microbe « *je sais pas si j'ai chopé un microbe début février* ».

Elle décrit son symptôme comme des « grosses crampes », « juste après les repas », « coliques ».

Elle donne d'elle-même une explication intéressante à son symptôme avec une approche scientifique pouvant faire penser à une origine fonctionnelle : « *j'ai peut-être le sympathique et le parasympathique qui font que...* ».

Elle associe également son mari dans l'histoire de son symptôme : « *alors moi j'ai ce problème-là, mon mari et moi on mange la même chose, alors lui il est tout le temps constipé* ».

On peut se demander pourquoi elle parle de son mari, est-ce un hasard, est-ce qu'il y a des conflits sur ce point-là.

La patiente parle de son symptôme avec beaucoup de détails. Elle est très expressive, théâtrale. On a presque l'impression qu'il y a une certaine délectation à décrire son symptôme. Elle renvoie une image d'une personne qui est dans le **surinvestissement de son corps et de ses symptômes**, peut-être un trait obsessionnel.

a. Eléments en faveur du SBI

Dans cette consultation, les arguments nous orientant vers un SBI ne manquent pas. Parmi ces arguments, nous pouvons citer :

La **durée** du symptôme « *c'est trois semaines* » et la **résolution spontanée** de celui-ci « *là ça vient de se calmer* ».

La façon de décrire son symptôme et les **détails** donnés : « *grosse crampe* », « *c'est pas toute la journée mais c'est des moments où ça crampe sérieux* », « *...habituellement j'avais faire pipi comme tout le monde, je déjeune, je fume une cigarette et puis après j'avais avoir des selles alors que là je me lève et c'est pipi caca aussi bien que l'autre...* », « *J'ai peut-être le sympathique et le parasympathique qui font que...* », « *Je peux pas être sûre que ça vient pas de mon propre cycle...* ».

On peut noter que cette patiente a un rapport au corps plutôt particulier, obsessionnel, notamment dans les interprétations et dans la façon de l'exprimer et les termes employés.

L'**expressivité** de la patiente, très **théâtrale** et **logorrhéique**. On a l'impression qu'elle « en joue ». Elle fait beaucoup de gestes.

Le caractère **matinal** des symptômes peut orienter vers une origine anxieuse du trouble.

Le **stress** évoqué par la patiente lorsque le médecin lui pose la question. Elle parle de son mari et des événements anxigènes qui ont eu lieu.

Certains **termes** employés semblent **disproportionnés**, pas très adaptés : « *en premier geste d'urgence...* ».

Ces observations orientent ainsi le diagnostic vers le SBI, d'autant plus qu'on a l'impression ici d'être face à une personnalité anxieuse/nerveuse, propre à ce type de symptôme.

b. Procédure du praticien

Dans cette consultation, la démarche diagnostique du médecin semble ne pas être cohérente dans le déroulement de la consultation.

Le médecin évoque d'emblée une origine fonctionnelle aux symptômes de la patiente : « *vous avez probablement des Troubles Fonctionnels Intestinaux* ».

Après avoir annoncé ce diagnostic, le médecin continue à poser des questions comme pour chercher une origine organique à ces troubles : « *y avait pas de sang ?* », « *combien de selles par jour ?* ».

Le médecin pose la question du stress après avoir émis l'hypothèse d'un trouble fonctionnel intestinal : « *Et vous avez eu beaucoup de stress ces derniers temps ?* », « *...plus ces derniers temps ?* » mais elle n'explore pas ce stress, ne va pas plus loin et passe à des questions centrées « maladie » : « *y a pas eu de voyage récent, à l'étranger ?* »

C'est la patiente, d'elle-même, qui **relance sur « le stress »** et donne l'information au médecin concernant son histoire de vie : « *on a peut-être été un peu secoué ces derniers temps...vous avez vu mon mari...bon prothèse de genou, opéré trois fois en deux mois...ça va avec le reste quoi c'est...* », « *Là elle est dedans mais je ne vous cache pas qu'on a pas eu un peu d'anxiété avec tout ça !* ».

On a l'impression que le médecin s'obstine à chercher encore d'autres explications et que la patiente lui délivre la solution : « *après c'est peut être juste de la gestion de stress, c'est possible ?!* »

Suite à cette « précieuse » information, on peut penser que le médecin exprime, verbalise le lien potentiel entre ces symptômes d'allure fonctionnels et le contexte de vie de la patiente.

Or, ce lien n'a pas été établi : le médecin continue, suite à cette remarque, de poser d'autres questions à réponses fermées : « *vous n'avez pas perdu de poids* », « *on peut faire un dosage de la thyroïde aussi pour vérifier...* ».

On a l'impression que le médecin, dans son raisonnement clinique, alterne entre une explication « fonctionnelle, psychosomatique » et « biomédicale ».

La patiente ne semble pas inquiète de ces symptômes : « *bon c'est pas inquiétant mais ça gâche un peu quand même...* » mais le médecin ne semble pas avoir entendu celle-ci puisqu'elle ne rebondit pas sur cette remarque pour commenter, confirmer ou pas ce que dit la patiente.

Le médecin exprime « son impuissance » sur ces troubles et se montre « désespérée » du peu, voire de l'absence de solutions thérapeutiques à proposer à la patiente : « *après sur ces Troubles Fonctionnels Intestinaux, j'ai envie de dire c'est encore un peu à l'étude* », « *on a pas de trucs vraiment qui marchent...* », « *Pourquoi pas essayer ces compléments...vous aurez juste perdu un peu d'argent mais ça fera pas de mal...* », « *L'Ercefuryl, j'suis pas sûre que ça serve à grand-chose...* »

Le médecin finit par dire « *oui, oui c'est plus lié au stress..* » mais propose à la patiente d'aller voir un « gastro ». On a l'impression que le médecin souhaite qu'une coloscopie soit réalisée mais remet cette décision entre les mains de la patiente : « *est-ce que vous voulez pas quand même aller voir un gastro... ?* ».

Le médecin verbalise la situation d'échec, d'impasse dans lequel elle se trouve: « *Bon probablement il va vous proposer la coloscopie et...on trouvera rien et...on retombera...* ».

On remarque ici que la patiente accepte et désire un rendez-vous chez un spécialiste parce que le médecin lui a proposé mais il n'y a pour autant pas de raisons valables, rationnelles qui puissent valider l'indication médicale d'un avis spécialisé et de ce fait une coloscopie. D'ailleurs, le médecin ne se le cache pas : « *il pourra donner un avis sur les hémorroïdes...* », « *On trouvera rien de spécial et même si on trouve des diverticules, tant qu'il n'y a pas d'infection...on y touchera pas...* »

On a l'impression que tous les prétextes sont bons pour justifier l'examen : « hémorroïdes, diverticules chez le père » mais quel est le lien avec les symptômes de la patiente ?

Le médecin propose à la patiente, à la fin de la consultation, « quelque chose pour se détendre » mais n'échange pas sur le stress, le vécu de celui-ci, la gestion de celui-ci. Elle ne fait que confirmer cette hypothèse : « *je pense surtout aussi qu'il y a le stress qui a pas dû...* » et renvoie un message positif : « *si déjà là ça va mieux, je pense que ça va se calmer là...* »

Le médecin ne lui propose pas de traitement symptomatique, c'est la patiente qui demande ce qu'elle peut prendre, et qui lui propose : « *peut-être une ordonnance...* », « *Vous avez pas de conseils par rapport à ça ?* »

c. Communication

Le médecin exprime de l'empathie : « *ça a été un peu compliqué en effet...* », « *Ah ben oui, oui c'est pénible !!* ». Comme énoncé ci-dessus, le médecin renvoie à plusieurs reprises un message de **résignation** à travers ces propos comme : « *on trouvera rien* », « *c'est gentil mais ça fait pas grand-chose* », « *ça fera pas de mal* », « *on est un peu limité* », « *vous pouvez essayer, au pire ça vous fera pas de mal...* »

Il ne rebondit pas sur certaines phrases de la patiente qui auraient pu être pourtant développées comme : « *moi j'ai l'impression que c'est un phénomène qui dure en fait...euh* ».

Certaines questions posées incitent la patiente à une réponse positive, comme si le médecin laissait la patiente valider la marche à suivre, indirectement, pour se dégager de sa responsabilité : « *est ce que vous voulez pas quand même aller voir un gastro ?* » ou « *vous voulez pas quelque chose pour vous détendre ?* », « *c'est un peu vous qui me dites...* ».

d. Réaction de la patiente par rapport au diagnostic/traitement

Quand le médecin lui annonce le probable diagnostic de « Troubles Fonctionnels Intestinaux », la patiente ne relève pas tout de suite. On peut se demander si la patiente a compris ce que cela signifiait.

Elle cherche tout au long de la consultation des explications : « stress, gastro-entérite, cycle... ».

Elle désire un avis spécialisé après proposition de celle-ci par le médecin. Cela semble la rassurer.

On a l'impression que la patiente voulait entendre de la part du médecin que le stress pouvait être à l'origine de ses troubles.

La patiente essaie d'obtenir de la part du médecin des conseils nutritionnels ou compléments pour la flore intestinale mais le médecin réfute toutes ces propositions.

e. Motivation de la demande/Crainte

On peut se demander ce qui a réellement poussé la patiente à consulter au bout de trois semaines, d'autant que les symptômes se sont calmés au moment de la consultation.

On peut supposer qu'elle avait un besoin de parler du stress ressenti, de l'histoire de son mari mais nous n'en savons pas plus car le médecin ne s'y intéresse pas suffisamment pour poser les « bonnes » questions.

Peut-être la patiente avait-elle besoin de « maternage », de cadrage de la part du médecin ?

On sent que la patiente a besoin de parler de son symptôme, éprouve un certain plaisir à en parler.

Peut-être que ses antécédents familiaux (chez le père) ont en partie motivé la patiente à venir consulter ?

12. Praticien AD 23

Une fatigue inhabituelle

La patiente, jeune, consulte pour une fatigue « inhabituelle depuis X temps ». Cette fatigue est « récurrente » et la patiente se décrit comme « vidée ».

La patiente est très expressive et nerveuse dans sa manière de parler et dans sa gestuelle. En effet, elle fait beaucoup de gestes tout en parlant, se racle la gorge à plusieurs reprises, fait des sourires/rires nerveux.

Elle présente son symptôme en émettant déjà deux hypothèses : psychologique et/ou physique « *raisons personnelles* », « *je sais pas si c'est physique, si c'est psychologique...* ».

a. Éléments en faveur du SBI

L'asthénie chez une jeune femme peut être d'origine multifactorielle mais la cause « fonctionnelle » ne doit pas être un diagnostic d'élimination, surtout quand il existe un contexte de vie parlant associé à cette fatigue, comme c'est le cas dans cette consultation.

Plusieurs éléments nous orientent vers une cause psychique :

- L'angoisse verbale et non verbale : « *c'est surtout que je suis nerveuse et anxieuse* »
- La détresse émotionnelle pendant la consultation. La patiente passe du rire aux larmes plusieurs fois en parlant d'un sujet qui semble l'affecter.
- Le contexte personnel (hospitalisation de son père), professionnel (souffrance au travail) et social (lieu de vie proche du RER).
- La patiente émet clairement un lien probable entre sa fatigue et son contexte de vie personnel/professionnel/social. Elle énumère ces « problèmes » les uns après les autres.

b. Procédure du praticien

Dans cette consultation, le médecin œuvre très bien à une **prise en charge centrée « patient »**, elle s'adapte au personnage et à son symptôme.

Tout au long de la consultation, le médecin adopte une attitude d'**écoute**, de **bienveillance** et de **réassurance** : « *j'veis regarder vous inquiétez pas...* », « *C'est pas très grave...venez par ici...* », « *Pardon, je vous ai fait mal ?* ».

Le médecin pose des **questions pertinentes, centrées « patient »**, pour comprendre où se situe la patiente, ce qu'elle vit et ressent : « *qu'est-ce qui vous fait dire que ça pourrait être psychologique ?* »

Elle marque l'échange par des **temps de silence** productifs puisque la patiente les utilise pour s'exprimer d'avantage.

Elle mêle l'organique et le psychique dans la consultation, sans exclure l'un ou l'autre et fournit une explication claire à la patiente sur les étapes de la prise en charge, les hypothèses plus ou moins probables. On sent que la consultation est structurée, le médecin laisse la patiente s'exprimer tout en amenant/proposant sa part de réflexion à la discussion pour enfin lui proposer une synthèse qui réponde à sa demande

« *Donc, c'est en effet très certainement poly-factoriel...alors après comment moi je peux vous aider là-dessus...?* »

Dans sa démarche diagnostique, elle prend le temps de rechercher des arguments pour une dépression ou autres causes physiques d'asthénie possibles.

La suite de la consultation se déroule sur un mode « **psychothérapeutique** ». Le médecin prend son temps, fait preuve d'**écoute active**, dit « *mouais* » à plusieurs reprises. Elle fait travailler la patiente, pousse sa réflexion pour qu'elle cherche en elle ses propres réponses/solutions. Elle ne domine pas la consultation mais laisse plutôt la patiente mener la consultation en la laissant s'exprimer comme et quand elle le désire.

Elle accepte et valide tout ce qu'apporte la patiente comme hypothèses explicatives, cheminement de sa pensée. Elle ne la froisse pas, ne la contrarie pas, ne la juge pas.

Elle s'attache à rechercher à chacune de ses propositions, l'accord de la patiente, comme dans une **relation d'égal à égal**. Elle va même chercher des solutions auprès de la patiente : « *est-ce que vous il y a des choses que vous avez envisagées ?* »

Elle est très **empathique** : « *ça demande beaucoup de ressources et que, comme vous l'expliquez, vous vous épuisez un peu là-dessus...* », « *Dites-vous que parfois s'arrêter deux trois jours ça peut éviter de s'arrêter deux trois mois* ».

Elle utilise l'**humour**, l'ironie et la taquinerie pour faire rire la patiente, ce qui fonctionne et semble détendre la patiente.

Elle fait passer le message à la patiente que son symptôme n'est pas « que dans sa tête ».

Elle se rend **disponible** pour la patiente et lui propose un **suivi** programmé en consultation.

Elle réalise des examens complémentaires cohérents avec l'état physique/psychique et la plainte de la patiente (bilan biologique) et lui prescrit un traitement anxiolytique si besoin. Elle lui propose aussi d'étudier son sommeil par un agenda du sommeil, ce qui permet d'approfondir les choses.

c. Communication

La patiente communique, s'exprime beaucoup sur son ressenti, ses états d'âme, ses émotions : « *je pense que ça me stressait de vous en parler aussi* ». Cette phrase montre aussi qu'elle se sent assez en confiance pour lui dévoiler ses angoisses et ses émotions.

La communication s'établit sur un mode d'égal à égal : « *moi il me semble...je peux me tromper hein* » avec empathie, écoute et bienveillance : « *j'suis pas là pour vous mettre dans une situation embarrassante, j'suis là pour vous aider donc après on essaye de faire au mieux* »

Le médecin ne porte pas de jugement et légitime la plainte de la patiente : « *tout ça, ça demande beaucoup de ressources...* »

Ses questions sont très orientées « psychothérapie » pour faire travailler/réfléchir la patiente : « *à quoi vous pensez dans ces situations-là ?* »

Le médecin propose mais n'impose pas : « *vous voulez qu'on se repose ?* »

En posant la question « *il vous arrive de pleurer ?* », elle déclenche des pleurs chez la patiente.

Elle adopte un **discours déculpabilisant**, met à l'aise la patiente et vise à lui redonner confiance en elle : « *c'est pas de votre faute, vous êtes pas plus faible que d'autres, c'est que peut-être qu'actuellement c'est peut-être trop pour vous...* ».

Elle procède par répétition des choses pour faire passer un message : ce procédé semble pertinent puisque la patiente marque son assentiment avec celui-ci (hochement de tête, acquiescement par onomatopée, etc...).

d. Réaction de la patiente par rapport au diagnostic/traitement

On voit bien que la patiente avait déjà plusieurs explications possibles à fournir à cette fatigue. Néanmoins, elle avait besoin d'une personne qui l'aide à y voir plus clair et à la rassurer.

Le médecin n'a finalement fait qu'écouter la patiente et éclaircir/confirmer ses doutes.

La patiente avait surtout besoin de réassurance et de soutien. Elle semble accepter tout ce que dit le médecin : « *d'accord..* », « *faut que je l'admette...peut-être...vous avez raison...* ».

A la fin de cette consultation, la patiente semble satisfaite et rassurée : « *merci de m'avoir écoutée* ».

e. Motivation de la demande/Crainte

La motivation principale de la patiente semble être le fait de parler, être écoutée et entendue, pouvoir exprimer ses émotions en toute liberté et sans jugement.

13. Praticien AS 13

Infarctus ou crise d'angoisse

Une patiente d'une cinquantaine d'année consulte pour douleur thoracique brutale, type « IDM » (« *comme une crampe, qui serre* », « *dans la carotide...* »), depuis quelques jours, qui persiste.

Elle a dû appeler SOS Médecin dans la nuit, qui lui ont dit que sa douleur était purement psychique, « dans la tête » et lui ont dit de se calmer.

Il s'agit d'une femme qui est sous antidépresseur et anxiolytique et qui fait régulièrement des crises d'angoisse.

La patiente expose au début de la consultation deux hypothèses opposées à son symptôme :

- elle rejette l'explication de SOS Médecin qui serait l'angoisse « *je comprends pas j'ai rien qui s'est passé comme une crise d'anxiété* »
- elle émet une possibilité quant à l'angoisse « *alors est-ce que c'est pas ça qui inconsciemment ?* », « *Bon je suis fatiguée* », « *je suis stressée par, je suis ridicule je le sais, je sais pas si c'est ça mais ce qu'on va faire à Bernard ça me stresse...* »

Il y a également un contexte de vie parlant. La patiente semble très inquiète par rapport à son mari, dépressif également, qui va bientôt recevoir des électrochocs. On sent que cet événement prend une place importante, d'un point de vue émotionnel, chez cette patiente. Elle ne semble pas prête pour l'opération de son mari alors que lui semble l'être « *lui il est prêt à sauter...* »

a. Eléments en faveur du SBI

Même si dans sa description, le symptôme peut et doit nous faire penser à un « IDM », on constate qu'un certain nombre d'éléments peuvent fortement nous orienter vers une hypothèse fonctionnelle psychologique chez cette patiente (douleur thoracique liée à l'angoisse).

En effet on constate les éléments suivants en faveur de cette approche :

- le caractère constant du symptôme « *depuis quelques jours* »
- la disparition progressive de la douleur au repos « *quand je m'allonge ça se calme...* »
- l'ECG effectué qui n'a rien montré d'anormal,
- les termes employés par la patiente comme « *j'vais crever* » ou « *j'ai peur quoi* » qui accentue/exagère la gravité de la situation
- enfin et surtout le contexte (terrain anxio-dépressif et histoire du mari) et la détresse émotionnelle ressentie et verbalisée par la patiente pendant la consultation.

b. Procédure du praticien

On sent une certaine proximité dans la relation médecin/patient. En effet, le médecin tutoie sa patiente. La patiente semble connaître le mari du médecin. Le médecin parle de son mari comme exemple pour répondre aux angoisses de la patiente « *j' imagine très, très bien...* ».

Le médecin fait preuve d'empathie et d'écoute tout au long de la consultation, marquant des temps de silences, laissant s'exprimer la patiente : « *c'est hyper, hyper stressant...* », « *J' imagine très, très bien...* ».

Néanmoins, le médecin reste très vigilante quant aux hypothèses organiques et ne se laisse pas « embarquer » par le côté émotionnel de la consultation « *faut rester cohérent...* », « *ça remonte dans le cou et t'es une grosse fumeuse donc on passe pas à côté d'un infarctus* ».

Elle adresse donc la patiente aux Urgences pour un bilan cardiologique complet. Elle l'impose à la patiente : « *donc tu retournes aux Urgences cardio...* ». Elle informe également la patiente d'une autre hypothèse organique que l'IDM et lui donne des explications scientifiques sur ce que c'est et comment ça se traite « *faut éliminer l'infarctus tout de suite mais ça pourrait bien être une péricardite* ».

Le médecin reste donc très concentré sur une origine cardiaque qui semble être la priorité et l'urgence. Elle semble bien connaître la patiente et son vécu malgré tout.

La patiente relance le médecin sur une hypothèse « psychosomatique » à sa douleur, le médecin ne rebondit pas. On sent que le médecin reste concentré sur sa démarche diagnostique.

Sur la fin de la consultation, le médecin fait le lien psychosomatique avec la douleur de la patiente: « *ta douleur peut-être que tu la vis d'une manière amplifiée à cause de la dépression et des angoisses...* », « *C'est favorisé par l'anxiété et que le corps il est en ébullition parce que l'esprit est en nébulisations aussi* ».

Elle ne se fie donc pas à la prise en charge de SOS Médecin. Néanmoins, elle anticipe la suite de la prise en charge en dictant à la patiente une conduite à tenir si le bilan cardiologique est négatif. Elle propose à la patiente d'augmenter sa dose d'anxiolytique et garde donc l'hypothèse psychologique comme diagnostic d'élimination.

c. Communication

On sent que la patiente cherche la collusion avec le médecin en demandant comment va son mari mais le médecin élude la collusion « *ouais...non non ça va...et il a eu...j'étais dans la pièce et ils lui ont fait un choc électrique aussi...* ».

Le médecin marque des temps de silence mais coupe aussi la parole à la patiente.

Elle fait référence aux études scientifiques pour argumenter et prouver l'efficacité des chocs électriques dans la dépression, afin de rassurer la patiente.

Elle verbalise les émotions et les angoisses de la patiente : « *parce qu'on associe ça à la mort, un choc électrique...tu vois...dans notre représentation et dans l'image qu'on en a, pour nous c'est la mort* »

Il se crée un lien entre les émotions exprimées par la patiente et la sérénité qu'apporte le médecin par des arguments scientifiques et rationnels.

On peut noter que le médecin utilise des mots qui peuvent être angoissants pour la patiente à entendre « *tu vas retourner aux Urgences cardio...* », « *T'es une grosse fumeuse* », « *faut éliminer l'infarctus tout de suite mais ça pourrait bien être une péricardite...* » même si la patiente ne semble pas vraiment angoissée par une cause cardiaque, mais plus préoccupée pour son mari.

Néanmoins, le médecin reste rationnel, factuel et fait preuve de sens clinique.

La patiente exprime beaucoup, répète les choses, extériorise ses émotions.

d. Réaction de la patiente par rapport au diagnostic/traitement

La patiente semble valider tout ce que dit le médecin, comme si tout ce que le médecin pouvait dire n'était pas sujet à une remise en cause. On voit bien que la patiente fait une totale confiance à son médecin jusqu'à même ne plus avoir « d'amour propre » ou « d'estime » pour elle-même : « *j'suis un peu gogol..* », « *j' préfère quand c'est toi...* ».

Elle s'abandonne complètement à son médecin et le médecin prend des décisions sans demander à la patiente son avis ou ressenti.

La patiente semble satisfaite de la consultation et de la démarche à suivre. Elle suit les directives.

e. Motivation de la demande/Crainte

La motivation apparente semble être cette douleur thoracique qui persiste mais les motivations sous-jacentes semblent être l'angoisse et la peur qui animent cette patiente.

Annexe 3 – Guide d'entretien

1. Questionnaire Général

1. Qu'est-ce que vous pensez des symptômes fonctionnels ?
2. A) Et des patients qui ont des symptômes fonctionnels ?
B) Pensez-vous qu'il existe un profil de patient SBI?
3. Avez-vous entendu parler des SBI ?
4. A) Est ce que vous rangeriez ce patient dedans ?
B) Qu'est-ce qui vous a fait penser SBI ?
5. Et si non dans quelle catégorie le rangeriez-vous ?
6. A) Avez-vous un plan d'action avec les patients SBI ? (Comment vous y prenez-vous?)
B) Est-ce que selon vous, les patients ont besoin d'une explication «rationnelle»/scientifique pour que ce soit thérapeutique ?
C) Est-ce que vous recherchez des liens avec le vécu actuel du patient (événement de vie stressant) ?
D) Est-ce que vous essayez de trouver des mécanismes physiopathologiques pour expliquer les symptômes du patient ?
E) Est ce que vous associez les deux dans l'explication donnée au patient pour faire le lien entre mécanismes physiopathologiques et contexte de vie ?
7. A) Quel était votre objectif avec ce patient ?
B) Pensez-vous l'avoir atteint ?
8. Pensez-vous avoir raté quelque chose ?
9. A) Qu'est-ce qui pourrait vous aider/ être utile dans votre prise en charge avec ce patient ?
B) Que conseillerez-vous aux autres médecins pour ce genre de patient ?
10. Que devient le patient?

2. Questionnaire spécifique

Le questionnaire spécifique, de par sa nature, est inclus directement dans les verbatim des entretiens ci-dessous.

Annexe 4 – Transcription des entretiens

1. Praticien RV 25

i. Questions générales

1. C'est très intéressant parce que même un symptôme organique a sa part de fonctionnel. C'est le ressenti de chacun, donc c'est la spécificité du symptôme pour chaque personne et c'est ça qui fait la richesse de la MG parce qu'on est le spécialiste du patient, et de la globalité dans lequel il est avec son histoire.
2. A) Les patients n'ont que des symptômes fonctionnels assortis de sa part organique. Même un symptôme organique, il a sa part fonctionnel, chaque personne va le ressentir de manière différente et lors des symptômes fonctionnels, le patient il a une gêne et on est là pour parler de cette gêne et l'analyser. Donc je dirais que le symptôme fonctionnel est plus passionnant que le symptôme organique parce que une fois que j'ai dépisté que mon patient avait malheureusement un cancer / infarctus / pneumopathie, le problème il est dans l'accompagnement, on est plus dans la même interprétation pour le diagnostic, on est dans l'accompagnement.
B) Oui bien sûr ! Quand le patient exprime beaucoup on peut prendre ça pour une chance, je le laisse exprimer et je vais décoder, plus le langage est riche plus ça va me servir. Dans le verbatim, en notant tout, de temps en temps il y a des choses qui vont accrocher et on va renvoyer le patient en disant voilà ce que vous m'avez décrit, c'est bien comme ça, vous le ressentez comme ça ? Et quand vous l'avez compris, vous allez le résoudre et puis les patients à la fin ils disent...ils ont le sourire ! Alors je sais plus si dans la vidéo, la patiente en question exprime, sourit...si on voyait ses réactions ?
- Oui plusieurs fois, à chaque fois je l'écrivais et plusieurs fois elle sourit quand elle parle de sa maladie.
- Oui c'est quelqu'un qui exprime bien il me semble
- comme vous dites, vous êtes spécialiste du patient, et d'un patient à un autre les émotions ne sont pas les mêmes.
- oui ! Et une fois qu'on a compris les émotions du patient on lui dit ouf, c'est pas mal, on pose on lâche, ça fait beaucoup et le patient dit « ça fait du bien de le dire » et le patient dit « ben j'me suis pas plaint pour rien »
- oui puis vous aidez le patient aussi à comprendre et à exprimer
- oui on prend pour nous mais nous sans émotions, et puis le patient dit « eh ben dis donc ! » il voit qu'on voit ! Mais dans ce cas, la patiente elle avait vraiment mal, c'était pas du fonctionnel qu'elle avait, mais il y a du fonctionnel sur de l'organique
3. Ben oui ! C'est 90% de l'expression même quand le symptôme est organique
4. A) Non parce qu'elle avait un symptôme organique bien défini. Mais oui parce qu'elle décrivait la manière dont elle vivait la fonctionnalité de cette organicité.
- c'est à dire ?
- oui, elle a pu vivre, théâtraliser son rôle et donc s'en détacher
B) c'est son vécu, ça lui a permis d'exprimer d'autant mieux...elle avait un symptôme organique important, ça permettait de fonctionnaliser, de l'intégrer à son vécu, parce qu'elle était dans une situation complexe de licenciement si je me souviens bien, abusif, dans un lieu où il y avait de la souffrance au travail.
- vous voulez dire que c'était potentialisé par le vécu qu'elle avait ou elle associait son travail avec sa sciatique ?
- alors moi je dirais pas que c'était potentialisé mais elle pouvait associer son vécu avec son symptôme et d'une manière se détacher de son vécu grâce au symptôme dans un premier temps pour mieux exprimer ce qu'elle avait parce qu'elle l'exprime d'une manière très libre.
5. N/A
6. A) oui le plan d'action c'est le verbatim, j'écoute, je note à la main, textuellement et je pointe. Je pointe au patient, donc...
- du coup vous notez en consultation et vous relisez après et vous faites revenir la patiente pour lui reposer des questions
- non je ne relisais pas, au fur et à mesure le fait de l'écrire et de le visualiser, et en le visualisant

de le pointer, ce qu'on ne peut pas faire si on note pas. Du coup après je le disais au patient et il disait « ben ouais »,

- vous reformuliez ce qu'il disait ?

- non je pointais ce qu'il me disait, je me disais « là c'est important ce qu'il me dit » et puis je continuais, j'arrivais à noter 3-4 pages.

- et quel était l'effet sur le patient ?

- le visage !! tout d'un coup le patient il se sent compris, comme une chute, surpression qui dégonfle.

- ça aurait été intéressant de pointer l'expression du patient, je sais pas si on était en face ?

- non c'était de côté mais j'ai noté le « non verbal »

B) oui, parce que les patients sont aussi fait d'une fonctionnalité, d'organes, le cœur il a une pression, l'esprit il a un fonctionnement qui peut fatiguer, quand on est jeune on peut avoir une douleur thoracique, je leur explique que les muscles ça fait mal, je leur met mon poing sur les muscles intercostaux jusqu'à ce que ça leur fasse mal et je leur dis « vous voyez, c'est bien ça, c'est pas votre cœur »

- d'accord donc pour vous y a besoin d'une...

- ah oui, oui oui, parce que comme je dis, le patient sur son symptôme il en sait autant que moi après. Le patient dans sa réponse non verbale, bien sûr il me dit oui mais quand on le voit il dit « ben oui je comprends » et là la pression retombe on le voit, sauf qu'il faut prendre le temps pour que ça se fasse.

C) C'est pas que je les recherche c'est que je les connais. Alors on peut les rechercher, mais on va interroger le patient mais souvent l'interrogatoire est là pour préciser parce que le patient il se livre dans un jeu théâtral - oui, je vous demande ça parce que parfois ce que je vois dans les vidéos, c'est que les médecins ne s'intéressent pas toujours au vécu du patient ou ils commencent à poser une question, mais ne vont pas chercher plus loin. C'est un peu frustrant je trouve parce que on a envie de savoir plus

- alors ça me paraît incroyable et ça moi je le ressens dans les spécialités, j'ai horreur du nom de spécialiste, le spécialiste n'est pas plus spécialiste que moi, il est moins il est restreint dans sa vision dans son raisonnement et si le spécialiste l'était plus que moi ça se serait. Le spécialiste d'organe il est limité, il ne se pose pas plus de questions, il est mécaniste, réductionniste et simplificateur à l'excès, il y en a quelques-uns qui sont plus humain que les autres mais il est pas porté à cette humanité.

D) Oui, moi je faisais de la médecine manuelle, donc tous mes patients, je les touchais, je les serrais
- d'accord, donc vous, vous trouviez une explication dans le toucher ?

- oui dans le physique dans le toucher. Alors notamment pour cette patiente, elle avait une vrai radiculite mais au-delà de cette radiculite, elle avait toujours un mal de dos pour lequel la radiculite effaçait le mal de dos mais si on soulage le mal de dos elle était bien, elle s'exprimait, donc j'explique son côté vrai de cette radiculite et je lui fais exprimer son vécu.

- mais dans la deuxième partie, côté gynéco, il y a des choses qui n'étaient pas expliquées et vous essayez quand même de trouver une explication qui tienne la route ?

- oui elle avait en effet une douleur anale, une brûlure vaginale. Je me suis demandais si c'était lié à la sciatique mais j'ai vérifié et non.

- et du coup vous l'expliquez comment cette douleur anale ?

- très bonne question, je suis un médecin qui prescrit peu d'examen, j'aurai demandé à un confrère spécialiste. Alors moi qui faisais de la médecine manuelle, j'aurai regardé où est l'origine neurologique de l'anus pour comprendre mais je n'y avais pas pensé.

E) Oui ! Je dirai oui, j'associe les deux.
- je vous demande ça parce que certains médecins ne font pas le lien

- oui parce que pour moi c'est réductionniste, simplificateur à l'excès,

- oui et pourtant c'est là où on a le plus de chance de prendre en charge son patient, dans sa globalité

- oui à condition que l'on sache ce que l'on associe, c'est à dire que demander des imageries pour un oui ou un non, c'est une aberration parce que là on s'enferme dans le physiopathologique, ce qui fait que ça occulte tout le reste. L'image cache le reste paradoxalement

- si je vous pose cette question c'est parce que j'ai vu des médecins qui avec le vécu du patient, vont s'en servir pour aussi expliquer le symptôme même si l'explication n'est pas scientifique/rationnel finalement

- alors ça peut servir parce que on a besoin d'outils et ça peut expliquer le fait que beaucoup d'imageries sont demandées parce que comme ça on aura une explication même si ça va bien. Voilà mais c'est pas ma manière de faire. J'expliquerais ça au patient quand il viendrait de gagner au loto, il aurait la même douleur mais il la vivrait différemment

7. A) je dirai de manière spontanée, c'est l'écouter pour comprendre quel est son ressenti du symptôme en question de manière à ce qu'il puisse lui-même trouver ses ressources qui lui sont propres pour pas que je lui dise « y a qu'à pas s'en faire, y a qu'à prendre de la distance avec la douleur, y a qu'à se dire que ça va passer que c'est pas quelque chose de grave », ça ce serait ma solution à moi. D'autant plus que comme je ressens rien, je vais dire cela sans m'engager alors que si je tiens compte du ressenti du patient, j'avais lui dire « ben dis donc ça fait beaucoup, la douleur est toujours présente, vous avez raison d'en avoir marre »
- ok, donc vous légitimez sa douleur
 - oui c'est ça ! Alors le terme de légitimer est intéressant, parce que si je remets en cause sa douleur et que je lui dis « bon c'est pas grave », elle va me dire « ben ça fait mal » et elle qui n'est pas une fonctionnelle cette patiente-là, elle avait mal, elle avait du mal à s'en abstraire et ça a duré des mois.
- B) je dirais oui quand on ne revoit pas le patient ou quand on le voit pour un suivi qu'on a convenu et que le patient arrive malgré tout à vivre parce que là elle avait mal.
8. dans ce cas-là j'ai été à l'écoute, dans une condition d'écoute maximum, est ce que j'ai raté

quelque chose du point de vue des symptômes et de la recherche de l'étiologie, non parce que ce qui devait être fait l'a été, la collaboration avec mon collègue neuro était excellent parce qu'il a dit « non on l'opère pas », on était deux pour elle.

9. A) avec cette patiente, c'est continuer dans une amplitude de vigilance de l'organicité et d'écoute de la fonctionnalité et du ressenti propre au patient, dans son vécu personnel, dans son environnement et dans le moment où on le voit. Ça faisait des mois qu'elle avait des problèmes au travail, ça faisait des mois qu'elle avait consulté, des mois qu'elle avait mal au dos, donc oui j'étais dans la temporalité, on est dans la discipline de la temporalité, on sait ce qui s'est passé avant, maintenant, et on imagine ce qui va se passer après, donc euh qui est dans cette posture ? Y a que le généraliste c'est à la fois lourd et fantastique !
 B) Ecouter, noter et renvoyer « au patient ».
10. Je crois l'avoir recroisé. On la suit et on est à sa disposition. Si elle a du mal, on peut lui dire « revenez » et je la toucherai. Ce toucher « charnel » est agréable pour le patient mais pour le médecin aussi. C'est un vrai toucher ferme. Je pense qu'elle va bien.

ii. Questions spécifiques

1. **Est-ce que la fin de l'exercice dans 8 jours a modifié votre façon de faire habituelle ? Auriez-vous posé d'autres questions ?**
 Oui certainement parce que j'y ai passé 40mn, j'ai investi/consacré malgré la prise de temps et le retard que j'ai certainement pris ce jour-là. Et mes patients le savaient au sens « est ce que ça a modifié »...ben oui j'ai consacré le temps qu'il fallait donc le coût, j'ai mis le coût en temps en sachant que les patients qui attendaient, je leur dis souvent, si un jour vous avez un problème c'est les autres qui attendront.
2. **Quel est votre diagnostic gynéco ici ? Symptômes fonctionnels ? (clitoris: normalité / douleur anale: hémorroïdes/ fissures)**
 C'était évident que c'était fonctionnel au sens hyper noble du terme. Elle devait avoir une sensibilité de cette belle région mais faut des bonnes conditions pour les relations

amoureuses.

- mais qu'en avez-vous pensez de sa description de dépôts blancs sur le clitoris, et du terme « gros problèmes gynéco » évoqué par la patiente ?

- j'ai découvert en fin de carrière la position à l'anglaise, c'est génial de ce côté.

- mais on a pas l'impression dans votre consultation que vous trouvez une explication, au départ vous penchez plus pour la mycose même si elle vous dit qu'elle n'a pas de signes cliniques de mycose

- alors clairement j'étais dans l'écoute du vécu de la patiente, quitte à réserver pour après, à la revoir pour l'examiner. Par ailleurs, cette patiente n'était pas une femme qui vivait dans la fonctionnalité.

- elle vous parle d'hémorroïdes

- c'était pas le sujet de la consultation, moi je fonctionne par résultats de consultations, ici il

y en avait 4 de résultats de consultations mais du coup c'était noté.

3. *Pourquoi ne posez-vous pas plus de questions sur le problème des rapports douloureux ? Questions Sexe ? ...sexualité avec le mari ? Depuis quand ? En ce moment y a-t-il des conflits sur la sexualité? Global? Comment le mari réagit ?*

Car l'expression du patient guide la temporalité et ça a duré 42 mn et que c'est bien noté et qu'elle sait que je suis à sa disponibilité et là la problématique c'était la douleur

- **mais est-ce que la sciatique c'était pas le premier motif pour venir vous voir et qu'en fait elle voulait... ?**

- je dirais que le fait qu'elle avait mal à la sciatique lui a permis de dire j'ai aussi des douleurs anales et gynéco mais c'est tellement délicat que j'aurai été dans une jouissance malsaine de dire « ben écoutez faut que vous reveniez parler de votre sexualité. Surtout qu'elle me le disait avec une attitude très...quand elle me parlait de sa douleur

- **donc du coup le mari vous ne le connaissez pas ?**

- ben de ce que je me souviens, un couple sans conflit, un papa correct.

4. *Pensez-vous qu'il soit du ressort du MG de poser la question du couple? (dépistage dysfonctionnement, maltraitance...)?*

Oui je le fais même si la question est délicate mais je trouve des choses, ils se mettent vite dans l'émotion avec les larmes aux yeux quand ça va pas.

5. *Connaissez-vous le mari ? Est-ce que ça a influencé votre attitude ?*

Répondu en amont

6. *Pensez-vous que la sciatique a induit ou révélé des problèmes de couple ?*

Non ou alors on rentre dans la sexualité et il aurait fallu que la patiente me consulte pour cela, et me dire d'abord j'ai mal quand il me pénètre ou j'ai pas envie ou j'ai envie mais ça me fait mal...c'est une attitude complètement différente, là on est dans le cadre d'une radiculite avec tous les gens qui disent...alors le symptôme fonctionnel de sciatique...il y en aurait beaucoup à dire, mais je ne dis pas sciatique, j'emploie le terme de radiculite L4-L5.

7. *Que pensez-vous du lien entre mycose à répétition et problème de couple? Entre mycose et libido ?*

Je pense qu'il y en a un mais je pense que les médecins généralistes homme dans une situation de consulter une femme et dans la situation actuelle, les femmes parlent peu au généraliste parce que il n'est pas spécialiste et ici c'était pas le sujet de la consultation. Elle n'est pas venue me parler de ça. Et je ne sais plus si je la suivais sur le plan gynéco.

- **mais vous pensez qu'un généraliste doit poser ces questions-là ?**

- bien évidemment ! Les problèmes de sphincter anaux / dyspareunie, je conçois que ce soit difficile d'en parler à un homme. Mais ça dépend aussi du vécu de la sexualité du médecin, si elle a elle-même des dyspareunies, elle sait ce que c'est. La question est « comment on peut écouter le vécu du patient qu'on soit un homme ou une femme » en fonction de son vécu propre, de ces représentations ? »

8. *Pourquoi n'examinez-vous pas la patiente ?*

parce que c'était pas l'objet de la consultation mais peut être aussi le suivi par un gynécologue, ce qui me barre la route

- **mais vous demandez, à la fin, de l'examiner sur le plan gynéco, pourquoi vous ne le faites pas ?**

- à cause du temps, pas le temps vu la consultation. Moi y avait un symptôme que j'aimais bien c'était les proctalgies, je notais où ça faisait mal après un toucher. Et là on peut faire l'organicité. En fonction du territoire.

- **oui mais pourquoi elle a ce muscle contracté**

- moi je faisais beaucoup le palpé/roulé

9. *Quand la patiente pleure, vous lui demandez si elle dort bien, pensez-vous à la dépression ?*

Ben oui bien sûr !

10. *Pourquoi n'avez-vous pas creusé ce diagnostic (dépression) en amont ? (le fait que la patiente revienne au somatique vous a-t-il découragé? Fait perdre votre direction ?)*

Pour moi chercher la dépression ce n'est pas chercher la dépression, c'est accompagner la patiente dans son vécu qui peut être dépressif pour sa douleur organique radriculaire dans un contexte qui est le sien, mère de famille avec deux enfants, dynamisme de mère de famille et d'épouse avec ses dyspareunies mais il aurait fallu 1h30. Mais oui j'y ai pensé.

11. *Que pensez-vous du fait que votre patiente «préfère» passer la nuit à marcher plutôt que de prendre le Neurontin ? Qu'elle est prévue de passer une journée entière debout pour la fête de l'école ?*

Cette patiente n'est pas dans le fonctionnel, elle a arrêté le Neurontin en disant « ça va passer » parce que c'est désagréable de prendre un médicament comme ça, qui a quand même des effets sédatifs. Elle est enthousiaste et a voulu passer au-dessus de ça mais elle n'a pas réussi à passer au-dessus, elle était dans son enthousiasme, très dynamique.

- est-ce qu'elle n'en a pas tiré un bénéfice de cette situation ?

- alors je dirais qu'elle en a tiré le positif d'une situation négative, c'est à dire que du coup comme elle était licenciée, elle a vécu que sa vie personnelle. Elle vivait le fonctionnel de son organique, à cette occasion elle reparle de ses proctalgies et dyspareunie pour lesquelles elle n'a pas consulté mais j'ai écrit dans le dossier et peut-être qu'elle aurait consulté après, en tous les cas je lui en aurais reparlé, ça m'aurait intéressé de lui palper le périnée...

- pouvez-vous préciser ce que vous venez de dire ?

- elle vivait comme un acteur vit physiquement une émotion positive/négative en la retransmettant sur scène, elle, elle vivait, y a du fonctionnel que les gens ressentent vraiment mais à leur façon, les gens ont parfois intérêt à potentialiser (échelle visuelle), si vous demandez les gens vous disent 10/10, moi je traçais une ligne et je leur demandais de placer le curseur

- du coup la sciatique a « bon dos » ?

- moi je dirai elle a « bon dos » oui mais la sciatique est un vecteur c'est un traceur, « c'est grâce à la sciatique que j'ai aussi mal à l'anus et mal pendant les rapports »

12. *Connaissez-vous les parents de la patientes et/ou le type d'enfance qu'elle a eu / les rapports avec ses parents? (qui pourrait éclairer le comportement inadapté de la patiente – MARTYR) ?*

Oui je connais la famille, je connais sa sœur qui a une pathologie psy de type hystérie/paranoïa/fabulation

- j'vous demande ça parce que on a

l'impression que la patiente fait un peu « Martyr ».

- je connaissais le contexte, je l'avais déjà écouté, elle, elle avait pris de la distance par rapport à son licenciement. C'est intéressant la personne « martyr » parce que cette sciatique lui a permis de parler de sa douleur, de sa douleur d'elle-même, parce qu'elle avait une vraie douleur

- sa douleur de quoi ?

- ben de sa radiculite, elle a pu reparler de ses autres douleurs (anales et gynéco). Et je lui aurais proposé de la revoir pour l'examiner. Il y a deux manières de consulter quand les femmes ont une mycose, c'est « j'ai une mycose, est ce que vous pouvez me marquer des ovules » ou « j'ai une mycose, est ce que vous pouvez m'examiner ».

- et donc vous avez ici prescrit quelque chose pour la flore vaginale ?

- oui, on connaît le côté fonctionnel de ces médicaments

13. *Ne pensez-vous pas que la patiente a «investi» la situation de façon pathologique avec des bénéfices secondaires inconscients ?*

Non, ou alors elle en a tiré le parti positif « j'ai mal je m'occupe de moi ».

14. *Que pensez-vous de la satisfaction de la patiente de faire une formation pour changer de travail ?*

J pense que c'est extrêmement positif, elle était dépressive en quelques sorte et la connaissant aucune satisfaction détournée pour pouvoir changer de travail

15. *Ne pensez-vous pas que P «joue un rôle» ?*

Oui bien sûr mais au sens de en jouant le rôle de prendre en charge sa douleur en la vivant pleinement sans la cacher sans l'effacer parce que les gens disent j'ai pris ça, ça fait rien, alors mais faut le temps que ça agisse puis même si les gens ont 50% de mal, les 50% qui restent c'est encore 10 fois trop, alors est ce qu'elle exploite ? Non absolument pas ! Elle n'était pas du tout fonctionnelle.

Je la suivais depuis 2008, je l'ai vu 57 fois en 3 ans, 3 fois pour lombalgie, 1 fois bronchite, puis dépression, humeur dépressive, 3 fois pour malaise, cervicalgie.

2. Praticien AD 12

i. Questions générales

1. C'est souvent des symptômes qui sont...enfin des patients qui sont difficiles à prendre en charge et qui sont chronophages. Ça va très souvent être des patients qu'il faut revoir fréquemment, je dis ça parce que si on les revoit pas c'est eux qui vont le faire. Ils sont dans la demande et c'est particulier parce que ils vont être très demandeur alors qu'on peut pas faire quelque chose pour eux, on se sent démuni, c'est un peu laborieux on se sent pas forcément satisfait au terme. Quand ont dit que c'est un symptôme qui puise sa source dans le psychique c'est pas forcément bien perçu et puis un jour ils vont le reconnaître tout seul et puis là on se dit « bon... », ça fait X mois que j'essaie de lui faire comprendre ça, voilà.
2. A) C'est des patients très en demande, c'est pas parce que c'est un symptôme fonctionnel qui ne se passe rien non plus, y a une demande et je pense qu'il faut y répondre, le symptôme fonctionnel ça peut être un vrai problème mais c'est dur d'y accéder, et donc les patients ils sont dans cette ambivalence là où ils sont dans une demande d'aide et d'un autre côté c'est dur d'y accéder et d'agir sur leurs problèmes et ils nous laissent pas forcément agir dessus non plus.
B) Y a pas un profil tout fait parce que on trouve de tout dans la nature mais y a assez souvent des violences, harcèlement, enfin quelque chose qui s'est passé dans leur histoire, alors j'pose pas la question de suite mais à un moment ça va venir, avec des troubles parfois psychiatriques, c'est plus fréquent quand même, avec un terrain anxio-dépressif et des violences.
3. Moi j'ai « SMI » mais oui à la fac, y avait deux demi-journées d'enseignement sur comment essayer de les prendre en charge.
- **Vous utilisez ce terme fréquemment ?**
- Souvent oui parce que je préfère mettre cette étiquette sur le symptôme que présente le patient qui est plus ouverte, qui laisse le message où ça me permet de réévaluer les choses en fonction du matériel qu'il va m'apporter au fur et à mesure des consultations, de me dire que ben pour l'instant c'est à ce stade là mais que ça sera peut-être autre chose par la suite, que plutôt catégoriser tout de suite en « céphalée de tension, fibromyalgie, intestin irritable » et où après on en sort plus, à chaque fois qu'il présente le symptôme on dit « c'est ça... » et puis rentrez chez vous monsieur. Ça permet de pas se coincer dans une case et du coup ça recentre aussi l'action côté patient, parce que ce symptôme que moi médecin j'arrive pas à expliquer, c'est lui avec ses symptômes qui doit me l'expliquer d'une certaine façon, ça se fera pas à la première consultation mais il pourra se dire « on est en train de réfléchir à ce qu'il se passe pour moi, donc si il y a d'autres choses qui se passent il faut que je lui dise », ça permet d'enrichir pour les consultations futures ce qui est en train de se passer.
- **C'est déjà arrivé que les patients reviennent et vous dites « j'ai réfléchi docteur, est ce que ça pourrait pas être... ? »**
- Oui c'est déjà arrivé où je présente comme ça, je précise que c'est quelque chose qui s'est passé dans leur environnement qui probablement est à la source du symptôme et où on va chercher, on va se donner du temps et ils disent « ça m'a fait un peu réfléchir, j'ai discuté avec... » et avec la question du début des violences et le début des symptômes, ça coince.
4. A) Oui clairement !
B) Multiples consultations dans l'historique, multiplicité des examens sans résultats pathologiques dedans et une demande de continuer à faire des examens pour comprendre, l'examen clinique qui était normal. J'le dis ça parce que c'est des patients qu'il faut examiner, j'pense que je fais souvent des examens cliniques plus carrés, plus généraux que ce que je ferais avec d'autres patients, justement pour les rassurer et puis pour ne pas passer à côté d'autres choses. Puis la présentation dans le contact, de mémoire y avait ce terrain anxiogène, et puis après ça fait un peu cliché de dire ça mais les troubles digestifs chez la femme avec un terrain anxiogène bon c'est quand même un peu...le patient typique, bon c'est pas que c'est celui-là mais c'est quand même souvent cette présentation-là.
5. N/A
6. A) J'laisse plus de temps souvent pour exprimer leur plainte, au début j'essaye de moins prendre la main sur la consultation et de les couper dans ce qu'ils me racontent, un examen clinique

complet, carré, la récupération de leurs examens et si possible exprimer quand même qu'on ne va pas pousser le bouchon encore plus loin en terme de réalisation d'examens, la reconnaissance de leurs symptômes, préciser que c'est bien là, que ça leur gêne dans la vie de tous les jours. Je leur explique souvent, ma conclusion, que je suis fesse à ça et que c'est pas parce que j'arrive pas à mettre de nom dessus qu'on va pas l'aider, qu'on va pas faire quelque chose mais que pour l'instant on est là-dessus grosso modo. Parfois, pas toujours, j'lance une perche, si eux, est ce qu'ils arrivent à expliquer le symptôme. Après ça va dépendre du temps, du retard que j'ai.

B) J'pense pas, parce que sinon les homéopathes/naturopathes ne feraient pas tant d'effet sinon, mais autrement que ça, j'pense qu'il se passe tellement de choses en consultation autre que le biomédicale pure et scientifique strict, ça va parfois être juste dans la posture, dans le non verbal que ça va passer, parfois ça va être rien que le fait qu'on va prendre 10-15 mn de plus pour cette consultation-là. Donc j'pense que le fait qu'on veuille rester dans le biomédical pur, c'est pas tellement pour le patient mais c'est pour le médecin parce que c'est ce qu'on connaît, parce que c'est ce qui est cartésien mais euh il faut être conscient que c'est pas forcément la réponse que le patient attend. C'est très dur de ne pas savoir et puis de le dire aux patients, donc voilà de dire « je sais pas ce qui se passe mais on va chercher », on sent que d'un point de vue « médecin » on perd de la compétence alors que d'un point de vue « patient », je pense pas qu'on perde de la compétence en le faisant.

- ***Vous faites des examens complémentaires systématiques devant tous SBI ?***

- Non, généralement je récupère les examens car ils en ont déjà beaucoup fait, je pars du principe que j'en fais pas parce qu'ils en ont déjà fait, après je vais écouter leur plainte, si je sens que tel examen, tel truc, ça a cristallisé un peu toute leurs angoisses...j'vais peut-être le faire et puis j'me laisse la porte ouverte pour réévaluer les choses et puis parfois me dire « c'est un examen qu'il faut faire », j'pense par exemple à un jeune patient homosexuel, que je vois tous les mois pendant 6 mois, alternance diarrhées-constipations, méga anxieux, j'le classe en SMI, prise en charge symptomatique pas vraiment satisfaisante...et puis dans l'été je le revois, toujours angoissé, et là il a une demande d'examens. On finit par refaire une prise de sang et on découvre qu'il a le VIH. Et ça s'est amendé une fois le diagnostic posé. Il y a donc un

contexte psychique qu'il a retranscrit dans toute la gestion de sa maladie, de manière maniaque presque. Donc en fait j'me dis « un SMI c'est rien...non en fait ça peut être autre chose », c'est pour ça que je trouve ça important de « laisser la porte ouverte ». je pense pas que si je l'avais classé « syndrome de l'intestin irritable », j'aurais refait la prise de sang. Je l'avais classé « terrain anxieux » avec situation difficile de couple, famille qui entretenait tout ça.

C) Oui, quasi-systématiquement, pas forcément dès la première consultation, parfois trop vouloir rechercher ce qui se passe autour en environnement, situation stressante, choc émotionnel, angoisse...j'ai peur de leur envoyer le message « j'pense que c'est rien, j'pense que c'est psy... », c'est pas forcément des patients qu'il faut brusquer et c'est des patients qui sûrement on leur a dit « bon c'est psy c'est rien », y a des patients j'le sens mieux donc je vais arriver plus rapidement sur ces questions-là, j'le dirai mais ça se fera peut-être pas tout de suite.

- ***Mais vous dites « c'est dans la tête » ?***

- Non je dis jamais ça, j'dis que j'ai un symptôme que j'explique pas, qui est présent, qui les gêne et que ça peut être une maladie où j'arrive pas encore à faire le tour, que majoritairement c'est d'origine psychogène mais que la seule façon de faire le tri entre les deux, c'est de se donner du temps et de rajouter des éléments au moulin.

D) Non parce que c'est bancal et que je déteste particulièrement récupérer des patients où on leur a fait une explication bancal d'un truc et ils y croient dur comme fer, forcément c'est leur trouble et ils vivent avec depuis des années et on arrive plus rien à en faire parce que dès qu'on va leur expliquer un truc ils vont dire « oh là là », donc non j'essaye de pas faire.

E) Non, c'est trop complexe pour moi, ça sollicite trop d'imagination, de temps.

- ***Du coup vous vous basez juste sur le contexte ?***

- Voilà je me base sur le contexte, j'essaye d'éviter de dire que pour moi c'est ça qui est à l'origine, j'essaye d'amener le patient à le dire lui-même, parfois c'est même frustrant parce qu'il va tout nous donner et puis on pense « vous voulez pas faire le lien là ? ».

- ***Est ce que ça vous est arrivé de dire « est ce que vous pensez pas que cela peut être lié à ça ? »***

- Si, ça je le dis mais c'est frustrant parce que parfois ils disent « vous pensez vous ? », ils nous retournent la question.

7. A) C'était limiter les examens, même si j'ai fini par l'adresser à un spécialiste mais c'était plus vis à vis du contexte familial et parce que je sentais que ça cristallisait son angoisse, ce « Crohn » dans la famille, même si je pense que très honnêtement ça reviendra négatif. Recevoir sa plainte, prendre le temps d'écouter, même si je me rends compte qu'à la fin j'ai trop parlé, j'ai pas laissé...elle aurait à un moment donné l'explication de son symptôme, c'est passé totalement à la trappe de mon côté. J'étais sur mes rails.

B) Partiellement, au début j'ai bien laissé parler, j'ai bien reçu sa plainte, j'ai accompagné ses angoisses et essayer d'y répondre sans tout mettre sur le côté psy mais euh sur la fin moins. Je pense aussi, pour rejoindre ta problématique, que le fait de ne pas avoir une consultation carrée, comme sur des rails, où tu te dis « j'suis face à un SMI, il va se passer grosso modo ça pendant la consultation » et du coup tu t'es mis dans la locomotive et puis ben tu n'y ressorts plus, l'effet pervers de la chose c'est que de ne pas savoir les gérer, d'établir comme un protocole comme des règles de conduite, ça fait que tu te laisses moins la possibilité d'en sortir parce que ça te rassure, parce que tu sais où tu vas donc tu y vas. J pense qu'il faut des lignes de conduite mais assez léger. Tu vois pour la patiente j'étais dans mon truc de SMI, j'ai expliqué, j'ai même coupé la parole, même sur la thérapeutique j'ai balayé ça en mode « faites ce que vous voulez », pensant que c'était pas efficace, du coup j pense que c'était pas adapté mais voilà parce que j'savais déjà ce que je voulais dire et comment j'avais le dire et que du coup j'avais pas envie qu'elle m'interrompe pendant ce moment-là, à la relecture c'est comme ça que je l'ai ressenti.

- Mais vous pensez que le fait d'avoir dit SMI ça a été perçu comment ?

- De mémoire, pour elle c'était pas mal perçu et dans l'ensemble pour les patients c'est pas mal perçu, j'irai que c'est même mieux perçu que les diagnostics tout fait bancaires, que ben justement on leur donne pas de diagnostic mais on leur donne un soutien en leur disant « je vais vous accompagner avec ce symptôme » alors que sinon c'est « vas-y tient j'te lâche un

diagnostic, démerde toi avec ton os à ronger, toute façon on en fera pas plus, c'est d'origine psy », mon ressenti personnel c'est que ça passe bien et que c'est bien reçu.

8. Je me rends compte qu'à la fin j'ai trop parlé, j'ai pas laissé...elle aurait à un moment donné l'explication de son symptôme, c'est passé totalement à la trappe de mon côté. J'étais sur mes rails.

9. A) Plus de temps, c'est dur à dire parce que comme on est pas...encore une fois on va se rapatrier sur des choses biomédicales strictes, on va chercher une explication très scientifique parce que on aime bien quand c'est cartésien mais ça n'existe pas, après c'est plus des formations dans ce qui est de la psychothérapie de soutien, entretien motivationnel, encadrement par la relation, par la parole parce que c'est principalement ça la thérapeutique de ces patients, ça va être d'essayer de les faire avancer et on peut pas les envoyer chez le psy.
- Vous ça vous arrive de les envoyer chez le psychologue ou psychiatre ?

- Alors le psychiatre non sauf si j'y vois une dépression marquée, déjà parce que c'est le meilleur moyen de ne pas les revoir. Le psychologue ça peut oui mais difficile car pas de prise en charge sécu, notamment si je sens qu'il y a derrière un vécu riche et traumatique, qui doit sortir et que moi j'aurais pas le temps ni même l'expérience ou la formation suffisante pour gérer ça bien, donc là oui je vais passer la main, ça marche pas toujours mais dans l'ensemble oui.

B) Ne donner pas de physiopathologie bizarre, savoir dire qu'on ne sait pas et puis rester dans l'écoute, faire du lien. Finalement ces patients là c'est pas que je les traite comme des patients addicto mais ça va être d'essayer de les garder, ils vont faire pleins d'exams, ils vont faire du nomadisme médical aussi parce qu'on répond pas à leurs attentes et du coup essayer d'être accès plus sur la relation que sur le médical pur.

10. Elle va bien, elle a vu le gastro qui ne lui a rien trouvé et il semble que ça va mieux.

ii. Questions spécifiques

1. **Pourquoi évaluer le risque de Crohn alors que aucun symptômes, pourquoi envoyer chez le**

spécialiste ?

Alors j'suis entièrement d'accord, y a rien pour

penser à un Crohn, c'est à dire que je sentais que ses troubles venaient de cette angoisse qu'elle ait un Crohn parce que dans sa famille deux personnes en avaient un, donc pour moi c'était ça le lien donc j'ai essayé un peu de creuser ça mais comme je disais, c'est un peu ce qui cristallisait son angoisse et du coup ben j'voulais approfondir les choses pour lui montrer que je percevais bien son angoisse et aussi pour essayer de l'apaiser.

2. *Pourquoi n'avez-vous pas repris la patiente sur «moi je pense que...» ?*

C'est une erreur de ma part, en relisant ça j'me suis dit « tu es bête... », dans les choses qu'on voudrait corriger, j'aurais pu rebondir dessus, il aurait fallu ! J'étais trop sur mes rails et puis sur la fin de la consultation, j'ai des consultations de 15 mn et du coup le facteur temps a joué.

3. *Pourquoi faites-vous le lien avec le travail alors que la patiente dit que ce n'est pas ça ?*

J'ai fait le lien avec le travail dans le sens où pour moi c'est pas le travail l'origine du problème, c'est juste pour en évaluer le retentissement, pour moi la source du symptôme était plus dans l'histoire de la pathologie de Crohn dans la famille qui était en train de se passer et ça avait un retentissement sur son travail. Après dans les évaluations au début que je fais, je cherche à comprendre ce qu'il se passe dans leur famille, dans leur travail et donc euh j'avais souvent avoir des questions sur ces cadres la sans forcément aller plus loin.

4. *Avez-vous pensé à aller chercher une autre hypothèse «stress» que le travail ?*

Pour moi c'était pas le travail ici. Après elle avait aussi une plainte gynéco, alors est-ce que les symptômes gynéco étaient aussi un SMI, est-ce qu'il y avait...euh...au niveau familial les relations avec le conjoint, j'pouvais pas tout faire mais c'est pareil on peut se dire qu'il y avait autre chose mais c'est pareil, avec la répétition des symptômes...

5. *Quelle a été votre vécu de la consultation ?*

Pas trop mal, moins bien à la relecture. Ça reste des consultations compliquées où on est pas forcément très à l'aise, c'était pas là plus compliquée la plus désagréable de mes consultations SMI, donc globalement oui.

- *Et la patiente était satisfaite ?*

- Partiellement je dirais, je reste sur cette fin de consulte que je trouve expéditive, et je pense qu'il aurait pas fallu et je pense que à mon avis ça a envoyé un mauvais message et du coup ben pour la satisfaction de la patiente, elle a dû se sentir un peu expédiée, car je l'écoute plus, ses questions je les renvoie rapidement.

- *Qu'est-ce que vous auriez fait de mieux ? Autrement ?*

- Le début aurait été assez similaire, je l'aurais laissée parler sur cette reprise qu'elle a faite, ce serait ça, et puis ce que j'évoquais aussi au niveau gynéco mais il aurait fallu 30 mn mais pas sur un premier contact. Donc la revoir et approfondir les symptômes gynéco.

6. *Est-ce que le fait que la patiente parle «stress» vous a fait faire le lien SBI ?*

Le terrain anxieux, répétition des symptômes et des examens normaux, où on se dit que ça se joue sur un autre niveau que le biomédical pur.

3. Praticien CAR 01

i. Questions générales

1. - Qu'est-ce que tu appelles "symptômes fonctionnels"?

- **c'est des symptômes pour lesquels il n'y a pas d'explication biomédicale, on ne sait pas trop, on va botter en touche ou sortir une explication avec ce que le patient va nous apporter, on va être dans l'interprétation.**

- un truc qu'on comprend pas quoi ?

- oui

- je pense que à la fois ils sont un peu chiant mais j'pense aussi que ça peut être l'arbre qui cache

un peu la forêt, il faut arriver à bien leur faire préciser, à les entendre parce que ils savent formuler comme ça mais c'est peut-être parce que ils ne savent pas formuler différemment donc essayer de reformuler, de préciser, de voir dans quel contexte ils sortent, vérifier que c'est pas relater à un truc grave, ici il y a un peu le symptôme méditerranéen tu sais, donc si vraiment on trouve rien, s'orienter vers une cause psychologique

2. A) il faut les écouter quand même, même si pour nous ça ne ressemble à rien.
B) il faut pas avoir de jugement, tout le monde peut les avoir, certaines catégories socio-professionnelles qui en ont plus que d'autres, on les reconnaît quand même.
3. C'est juste que pour moi ça ne portait pas le même nom, je ne connaissais pas ce terme mais c'est bien comme terme, c'est adapté ! Après on en voit régulièrement !
- **du coup, vous les appelez comment ?**
- ben je n'avais pas de nom précis en fait
4. A et B) Oui parce que de mémoire elle avait pleins de symptômes, elle était inquiète d'un seul coup pour sa santé alors qu'elle consultait jamais, et il y avait plusieurs symptômes qui ressortaient mais ça pouvait être des symptômes liés à l'angoisse, au stress. Et donc finalement j'ai orienté la consultation là-dessus, je lui ai quand même donné des analyses à faire parce que c'est ce que je fais toujours et j'lui avais planifié un rdv avec elle pour être sûre qu'elle revienne et essayer de mettre en place un suivi
5. N/A
6. A) en gros j'essaie de voir le contexte, de faire le point sur le plan médical et puis le contexte, la vie, le stress pour voir si il n'y a pas un syndrome dépressif sous-jacent. Ensuite, de toute façon je prescris toujours des examens de préventions, je les examine et si je trouve rien, je les reconvoque toujours, j'essaie de les faire parler déjà, j'essaie de leur faire prendre conscience que c'est des manifestations dû au stress, à l'anxiété.
- **et ils entendent ça généralement ?**
- oui
B) ça dépend du patient ! Je vais leur faire prendre conscience qu'ils sont déprimés, stressés, et si rien, je leur dis « c'est parce que vous allez pas bien », j'vais pas leur inventé un truc. Faut des fois détendre le corps pour détendre l'esprit, donc moi je prescris beaucoup d'ostéo/kiné par massage. Mais je vais pas inventer un truc. Donc la réponse c'est non
C) oui
D) pas spécialement, après je peux leur dire que l'angoisse ça peut provoquer ce sentiment de boule dans la gorge.
E) si par exemple y a un reflux de base, il peut être accentué par le stress mais y a des deux donc oui je lui fais prendre conscience des deux.
7. A) lui faire prendre conscience qu'elle savait qu'elle n'allait pas bien sur le plan psycho, je voulais qu'elle le verbalise et qu'elle arrive à prendre du temps pour elle et à s'occuper d'elle.
B) J'me souviens plus trop de la patiente et de la consultation, j'pense que j'ai réussi à lui faire entendre pas mal de chose.
8. ben une fois qu'elle a lâché, il fallait peut-être parler un peu plus avec elle. Mais j'avais pas le temps déjà 20 mn. Mais le piège en fait dans ces consultations, je donne une prise de sang mais des fois, ils font la prise de sang, ils voient qu'il y a rien et ils reviennent pas. J'me dis aussi que si je ne les revois pas, c'est qu'ils vont mieux.
9. A) Que les psychologues soient remboursés, c'est surtout ça.
- **mais parfois on voit bien qu'il y a un mal être, on le devine mais ils nous le livrent pas directement, donc ces patients là on va pas les envoyer forcément chez le psychologue.**
- non mais parce qu'ils veulent pas. J'me rappelle d'une patiente qui avait des maux de tête, qui travaillait à la police municipale avec son copain qui était un connard et sa mère malade. J'ai mis trois ans à lui faire prendre conscience qu'il fallait qu'elle quitte son copain et quand elle l'a quitté, elle n'avait plus mal, plus aucun symptôme, plus de migraine.
- **du coup vous avez réussi à faire le lien ?**
- oui mais dès fois ça prend du temps, après si on leur dit, régulièrement, en posant des questions, ils s'en rendent compte eux-mêmes mais dès fois j'aide un peu.
- **c'est quoi comme questions que vous posez ?**
- ben par exemple pour cette policière, elle me racontait des trucs, j'lui disais « et vous vous le vivez comment ? Est-ce que vous pensez que vous méritez ça ? »
- **est-ce que vous lui avez dit « est-ce que vous pensez que vos symptômes que vous avez ce serait pas lié à votre contexte... ? »**
- non ça je ne lui ai pas dit par contre, j'aurai pu effectivement, mais je lui ai pas fait faire ce lien
B) Ecouter les gens ! Je prends 20 mn pour chaque patient. Y a des patients, j'y arrive pas, ils ont déjà 40 mn de prévu sur le planning, donc la revalorisation de ce type de consultation ce serait pas mal, y a pleins de gens qui n'ont pas les moyens d'aller chez le psychologue
10. Je l'ai revue, son bilan étant normal, elle n'avait rien d'organique et ça allait mieux moralement.

ii. Questions spécifiques

1. A) *Quel est l'intérêt pour vous de poser ces questions empathiques ?*

→ *Est-ce que vous avez été formée pour ces questions ?*

B) est-ce la patiente (celle-là) qui vous a incité à communiquer comme ça? Si oui pourquoi ?

A) Ben oui j'ai été formée à la fac sur les séminaires communication...après c'est moi qui faisait les séminaires et j'ai fait ma thèse dessus, sur la communication.

J pense pas qu'on fasse un métier basé que sur le corps, mais aussi sur la communication, sur l'esprit que tout est lié, il faut les prendre dans leur globalité même si c'est pas ce que l'on apprend à la base. On nous apprend pas ça à la fac.

B) Non je fais ça avec tout le monde, parce que toute façon quand on comprend pas c'est qu'il faut chercher ailleurs

2. *Êtes-vous toujours (à chaque consultation) intéressée par l'histoire et le contexte de vie de vos patients ?*

Ça dépend, si pour grippe, suivi, renouvellement pas forcément, je vais pas forcément m'intéresser au vécu mais de temps en temps je demande « comment ça va le moral » « vous dormez bien » ? mais c'est pas 100% des consultations.

Autre exemple, une patiente que je viens chercher dans la salle d'attente, toute souriante, un peu trop, j'ai trouvé ça bizarre et effectivement au bout de 10 mn elle était en train de chialer, elle était en burn out et je l'ai forcé à s'arrêter deux semaines. Je lui ai fait comprendre qu'elle était devant un mur.

3. *Etes-vous satisfaite de cette consultation? Si oui pourquoi ?*

Oui j pense que j'étais assez satisfaite parce que j'ai réussi à dégrossir le tout, à lui faire comprendre le souci qu'elle avait, et puis j me suis dit cette consulte elle sera bien pour les thèses sur la communication.

4. *Proposer de revoir les patients a-t-il un effet thérapeutique pour vous ?*

Oui.

5. *Qu'est devenue la patiente ? Suivi régulier ? Rapprochement des consultations, aviez-vous des objectifs ?*

Quand ils vont pas bien je propose un rdv dans la semaine qui suit sinon après c'est dans les quinze jours. Sinon rassurer sur l'organicité et après voir au niveau moral est-ce qu'ils sont au fond du trou, est ce que ça va mieux ? Parce qu'il y a pas mal de gens en fait, quand on leur fait comprendre ce qui ne va pas bien dans leur vie, souvent ils reviennent pas consulter. On m'a déjà dit plusieurs fois des femmes qui me disent « j'ai mal au ventre, je suis constipée » et j'ai juste parlé avec elle et les 4 je ne les ai pas revu et je les ai revu bien longtemps après et elles avaient plus de problèmes.

- et par rapport à ces femmes vous aviez trouvé quelque chose dans leur vie ?

- euh oui j'sais plus, elles étaient stressées, dès fois ils osent pas dire à leur famille que ça va pas et ils se retrouvent là, à la base ils viennent pas pour ça, et du coup de tout lâcher, de pleurer, ben ils lâchent vraiment et ça va mieux Sinon, j'ai revu la patiente avec ses résultats, elle n'avait rien sur le plan biomédical, on n'a pas reparlé du contexte mais ça allait mieux.

4. Praticien CA 19

i. Questions générales

1. - En général ?

- **Oui.**

- Alors les symptômes fonctionnels ; ils sont très, très fréquents dans notre métier, et alors moi, j'ai eu une formation particulière à Strasbourg parce qu'on avait un département de

psychiatrie qui était très, très développé, un peu un modèle en France, j'ai toujours été attirée par ça, j'avais fait un stage externe chez professeur « Israël », et on avait des cours, séminaires de psychologie/psychiatrie une fois par semaine, on avait deux modules optionnels, et moi j'ai fait

un module optionnel de psychosomatique donc c'est quelque chose qui m'attirait, j'ai même à un moment hésité à faire de la psychiatrie et ce professeur « Israël » avait un...il disait que...les symptômes fonctionnels faut pas que ce soit un diagnostic d'élimination, il faut que ce soit un diagnostic positif, c'est à dire que si vous commencez à faire des tonnes d'exams complémentaires, vous allez fixer le patient dans ses symptômes parce que il va se dire c'est organique, c'est qu'on a pas trouvé, c'est qu'on a pas fait le bon, mais c'est que c'est somatique, parce que quand les médecins se lancent dans des exams complémentaires de plus en plus sophistiqué, de plus en plus nombreux, ça va fixer le patient que son symptôme est somatique donc euh y a quand même des fois dans le discours du patient qui vous font dire « bon là ça me paraît pas être du somatique », alors il faut bien entendu faire un examen médical parce qu'il faut pas passer à côté de quelque chose d'organique et il faut contrôler parce que ça rassure le patient et le médecin aussi.

2. A) j pense que très souvent ça peut révéler un petit mal être, alors c'est très vaste, ça peut être quelque chose de tout à fait personnel dans l'histoire du patient, ou quelque chose de conjoncturel, une mauvaise passe personnelle ou professionnelle mais c'est une souffrance, il faut reconnaître que le symptôme existe, que c'est un vrai symptôme, une vraie souffrance pour le patient, moi je pense que notre rôle de médecin, une fois qu'on a éliminé un problème organique, il faut aider le patient à essayer d'entendre que c'est le corps qui parle et qui dit autre chose qu'une souffrance organique. B) bien sûr on en a qui en ont plus que d'autres, il y a les hypochondriaques, les hystériques, les névroses histrioniques, après bien sûr quand on a des pathologies psychiatriques ils expriment bien sûr des souffrances physiques mais sinon je suis persuadée que ça peut arriver à tout le monde à un moment donné de sa vie, en fonction des circonstances environnementales et puis après on peut tous avoir des petits problèmes pas tout à fait régler dans nos vies.
3. Sous ce nom là non, je connaissais « fonctionnel », « psychosomatique ».
4. A) Oui
B) il vient en me disant qu'il a une douleur thoracique qu'il associe d'emblée à sa consommation de tabac, il dit qu'il avait fumé, qu'il avait arrêté et qu'elle reprend à chaque fois

qu'il refume et elle disparaît quand il s'arrête. Donc ça déjà dans ce discours je me dis il y a quelque chose d'irrationnel, et là ça éveille ma vigilance parce que c'est un sacré boulot d'aider le patient à prendre conscience des choses qui sont fonctionnelles et non organiques parce qu'il vient chez le médecin, il attend un diagnostic, un traitement, et puis la disparition du symptôme dans les deux jours donc c'est pas facile du tout d'aider à cette prise de conscience.

5. N/A
6. A) d'abord une écoute très importante, les aider à exprimer peut-être plus, à mettre des mots sur ce qu'ils ressentent, et là je me sers des techniques d'entretien de reformulations, les silences voilà. Et puis bien faire préciser, essayer de trouver des facteurs déclenchants, des circonstances déclenchantes, après quoi un examen clinique bien mené expliqué au patient étape après étape et poser les questions qui orienteraient vers une cause organique, et puis à la fin de cette consultation, ben soit c'est totalement rassurant, soit au vu de l'examen ou parce que je sens que le patient est en très forte demande, je fais un examen complémentaire basique, voilà qui coute pas grand-chose et puis c'est aussi une façon de revoir le patient, sois une biologie dans ce cas ou une radio du thorax parce que lui il était clairement persuadé qu'il fallait aller voir un pneumologue et il pensait à un décollement de la plèvre, il avait une idée bien précise, en l'occurrence, je crois que j'ai rien prescrit en tout cas pas d'exams complémentaires, j'aurais peut-être dû bon, mais voilà et puis après si je suis persuadée qu'il n'y a rien, mon rôle de médecin c'est de rassurer et puis d'essayer de lui faire prendre conscience d'une origine autre que somatique.
B) alors de toute façon, ils ont toujours besoin d'une explication rationnelle, scientifique pour que ce soit thérapeutique, mais là on n'est pas dans du « rationnel » scientifique, donc une explication oui mais une explication expliquant qu'on peut avoir des symptômes sans troubles organiques.
- est ce que quand il n'y a pas de rationnel, vous essayez quand même d'en trouver ou pas ?
- alors pour moi, je trouve que le psychosomatique c'est quelque chose de très important et de dire qu'il y a un lien entre le corps et l'esprit c'est rationnel, c'est ce qui m'embête un peu avec la formation médicale actuelle c'est que si c'est pas le corps, c'est pas rationnel, euh non que le corps est quelque

chose à dire sur la vie du patient, c'est rationnel, ça existe vraiment, c'est pas une vision de l'esprit, alors maintenant ça y est on a trouvé des neurotransmetteurs qui seraient sécrétés quand le patient n'est pas bien dans son environnement, donc on a prouvé scientifiquement mais est ce que tout ça c'est juste, ben oui ça prouve que ce que l'on pensait était juste, on a trouvé l'explication.

- **et vous vous donnez cette explication-là ?**
- alors ça peut m'arriver mais ce n'est pas à mon habitude.

C) Oui

D) Pas trop, ça peut m'arriver quand je sens que le patient a besoin de plus d'explications scientifiques quoi

E) j' parle beaucoup plus du contexte

7. A) c'était déjà d'éliminer un problème somatique et ensuite de l'amener à prendre conscience qu'il y avait autre chose qui se jouait là, pas seulement le tabac mais aussi en lui expliquant que c'était peut-être plus lié au stress, à un rythme de vie compliqué. B) donc j'avais vous parler de ce patient du coup, c'est un patient de 25 ans que je connais depuis sa naissance, ce qui explique le tutoiement, qu'on voit très, très peu, pour des banalités, une fois par an. Y a des patients avec qui on a des relations beaucoup plus chaleureuses que d'autres et des patients on sent qu'ils vous donnent toute leur confiance, et ce patient là en particulier et sa famille en général c'était pas le cas, il gardait une certaine distance, il remettait volontiers la parole du médecin en cause...donc là je pensais clairement qu'à la fin de cette consultation j'avais assuré mais visiblement pas puisque j'lai revu 2 mois après et il avait eu plusieurs épisodes de douleurs thoraciques, il avait été aux urgences cardio et là bien sûr il avait eu toute la batterie d'exams, ensuite il a vu un cardiologue de ville qui pensait à un RGO qui lui a prescrit Omeprazole et Gaviscon, il avait craché du sang, donc quand il est venu me voir c'était pour ça. L'examen était normal, je l'ai adressé pour une gastroscopie et euh j'lai revu neuf mois plus tard pour un certificat de sport, il va beaucoup mieux, il n'avait aucune étiologie retrouvé à ses troubles précédents, il incrimine lui-même une mauvaise gestion du stress, donc un an après. Et c'est pour ça que je dis que j'ai pas prescrit d'exams et ça se justifiait médicalement par contre pour le patient, pour le rassurer, sachant que c'est pas un patient qui nous donne sa confiance facilement, peut-être que j'aurai dû le faire. Donc je ne pense pas tout à fait avoir atteint l'objectif, j'ai aidé à cette prise

de conscience mais il aura fallu du temps.

8. Raté non mais j'aurais peut-être pu gérer la consultation différemment.

9. A) Le temps !! plus lui parler, lui expliquer le fonctionnement du psychique, qu'on n'est pas qu'un organe, on est un tout dans un environnement et qu'on gère pas toujours très bien le stress, l'environnement...

Là quand je relis, ça fait très bizarre de se relire, c'était « ah je parle comme ça moi, ah bof ! » mais quand je relis tout ça je me dis qu'à un moment j'ai dû mettre fin à cette consultation et pour moi elle était pas terminée, y avait encore pleins de truc à dire, mais comme souvent dans ce type de consultation, y a des personnes à qui je demande de revenir et à ce moment-là je prévois deux rdv parce que il faut du temps.

B) alors là j'ai finis ma carrière et aux jeunes générations ce que j'aurais envie de transmettre, c'est arrêter de vous limiter au biomédical, c'est plus de 50% de nos patients qui ont besoin juste d'une écoute, de temps, d'une explication sur ce que c'est que le psychosomatique. Moi je me suis sentie toute ma vie professionnelle durant, riche de cette pratique que j'ai initié pendant mes études, d'avoir côtoyer ce psychiatre, d'avoir participer à des groupes Balint, j'ai fait beaucoup de formations continues liées à la question des pathologies psychosomatiques, j'ai l'impression que c'est quelque chose qui se perd dans les études aujourd'hui et ça c'est dramatique et on est en train de passer à côté de quelque chose pour l'intérêt de la sécu, des dépenses de santé, on est en train de faire...moi j'ai vu mon remplaçant faire des exams de fou, il faudrait reconnaître l'acte où il y a zéro technique et où il y a juste du relationnel. J'me suis toujours sentie riche de cette expérience, j'l'avais voulu, j'ai participé à des groupes Balint, c'est hyper enrichissant. Moi je pense que ça vient au départ du mode de sélection et de passation des exams, on vous fait cocher des croix. Moi mon module de psychosomatique l'examen, y avait des nuances, et vous vous pouvez pas faire de nuance. Se poser des questions, ne pas avoir de certitudes, c'est ça qu'il faut ! On va faire des malades de plus en plus exigeant avec des demandes d'exams de plus en plus. Ça n'aide pas le patient à aller mieux.

10. CF Réponse 7. B)

ii. Questions spécifiques

1. *Qu'est ce qui fait que vous ne donnez qu'une explication rationnelle du symptôme du patient, c'est à dire une explication anatomique à sa douleur ?*

C'est là que j'aurai aimé avoir plus de temps, j pense que d'abord le patient il veut quand même être rassuré sur le fait que ce n'est pas organique. Et je me souviens y a un prof qui disait « votre corps va bien, vos organes n'ont rien » donc c'est autre chose et autre chose qu'on va chercher ensemble mais déjà éliminer les causes organiques et expliquer qu'on les a éliminé. Ça c'est du rationnel ! Mais ça je ne le fais pas avec tous les patients mais je sens qu'il a besoin d'explication rationnelle, vu son travail, et comme je sens qu'il a du mal à m'accorder sa confiance, là je me suis dit il faut que je lui explique tout pour lui prouver que organiquement y a pas de soucis et ensuite passer au côté psychosomatique. Et là j'me suis dit que cette consultation n'était pas finie.

2. *Pourquoi n'allez-vous pas creuser plus loin sur le sens qu'à cette douleur pour le patient et sur le stress au travail ? Pourquoi n'adhérez-vous pas au lien douleur/stress au travail fait par le patient et n'enchaînez-vous là-dessus qu'à la fin de la consultation ?*

Oui, c'est vrai et ça, ça ne m'a pas plu, quand je l'ai relu, je me suis dit « j'aurais pas dû » mais euh en relisant c'est que justement j'ai eu l'impression qu'il avait pris conscience du lien entre douleur et stress et puisqu'il l'avait fait lui-même, j'trouvais que c'était bien justement, si je l'avais aidé à faire ça, c'était parfait justement. J'avais pas besoin d'en rajouter une couche. Par contre ce que vous relevez, quand vous dites que je ne rebondis pas sur ce que dit le patient quand il fait le lien douleur/stress, j'ai envie de dire que ça me ressemble pas trop mais j'ai pas trop bien compris pourquoi j'ai fait comme ça, alors y avait peut-être aussi l'effet de la vidéo ou le fait que j'avais du retard. Deux ans après c'est pas facile !

Le fait qu'il l'évoque lui-même (le stress), en effet j'aurais peut-être pu rebondir plus là-dessus mais pour moi il avait compris.

Là je pense que moi aussi, j'ai été quelque part, stressée par la vidéo et je voulais montrer que j'étais un bon médecin. Ma crainte c'était

justement de montrer aux autres que « ces vieux médecins, il passe directement au psychosomatique sans avoir éliminé une cause somatique », j'ai voulu être bonne élève pour les jeunes pour prouver que je savais aussi éliminer une cause somatique.

3. *Etes-vous satisfaite de cette consultation ?*

Alors pas tout à fait, en partie oui parce que je pense que voilà j'ai amené lui-même à gérer ça, je me suis peut-être trop appesanti sur le côté somatique et par manque de temps, j'ai peut-être pas suffisamment effectivement validé qu'il...j'étais contente parce qu'il avait lui-même pris conscience que c'était lié au stress, peut-être que j'aurais dû plus valider cela effectivement.

4. *Etiez-vous à l'aise avec cette consultation? Si non, pourquoi ?*

Oui, c'est peut-être pas la consultation où j'étais la plus à l'aise parce que je sentais clairement de la part de ce patient un côté remise en question, qui doutait.

5. *Est-ce que vous pensez vraiment que le fait «d'avoir un thorax creusé» peut donner des douleurs intercostales ?*

Non, ça j'y crois pas, je ne comprends pas pourquoi j'ai dit cela. Mais je pense que je me suis prise à mon propre piège en l'examinant, d'accord, je lui commentais ce que je voyais et...j'sais plus il avait un thorax en carène euh... j'lui ai dit... mais « t'es con, maintenant il risque justement de fixer sa douleur sur ce que je lui ai dit là » et là je me suis dit « faut que j'arrive à en sortir » et en fait je me suis empêtrée.

- **donc finalement parfois ça vous arrive de trouver des explications qui sont pas forcément très scientifiques pour justement prouver...**

- ouais là, ça me plaisait pas du tout en fait en relisant la transcription, j'voulais peut être l'amener à une douleur intercostale. Mais après, j'me suis dit « il va somatiser là-dessus ».

- **vous aviez besoin d'une explication anatomique, si vous donniez comme explication juste « le stress » ça n'aurait pas suffi ?**

- j pense oui, avec ce patient là en particulier, j'me suis dit que si je lui disais seulement que c'est le stress, ça n'allait pas lui suffire.

iii. Bonus

C'est patient dépendant ce genre de consultation, et ce n'est pas facile du tout.

J'me souviens d'une dame qui allait horriblement mal, elle est venue me voir pour la première fois avec un symptôme psychosomatique mais une souffrance psychique vraiment très importante.

A la fin de la consultation, j'ai dit « écouter, je crois que vous allez vraiment pas bien et j'aimerais que vous alliez voir quelqu'un, faire une psychothérapie ». Elle m'a dit « je vous remercie parce que si je suis venue vous voir, c'est parce que mon médecin traitant, j'ai dit « est-ce que vous croyait pas qu'il faut que j'aille voir un psy, il m'a répondu « vous êtes pas folle ».

Ce que je veux dire aussi, c'est qu'on réagit énormément par rapport à la personnalité du patient en face de nous, et par rapport à la relation médecin-patient qu'on a créée ou pas.

- **Oui, et ce patient là il n'avait pas besoin d'aller voir un psychiatre, il y a différent degrés de psychosomatique.**

- Complètement !!

5. Praticien PC 14

i. Questions générales

1. Qu'ils ne sont pas graves, qu'ils impactent la vie de beaucoup de patients, en fonction des personnalités sans pour autant en parler aux médecins.
C'est compliqué à prendre en charge.
2. A) Ce sont des patient angoissés pour la plus part, sans facteurs de risques majeur, de cause retrouvée à leur symptômes.
En France, on va plus avoir recours à du charbon par exemple pour les TFI, alors que dans d'autres pays, ils vont utiliser de la sophrologie, du yoga...pour apaiser les patients.
B) Oui, un profil psychologique anxieux essentiellement.
3. Non je ne connaissais pas le terme « fonctionnel » ou « psychosomatique » dont les causes de ces troubles sont difficiles à cerner.
4. A) Je ne l'ai pas revu depuis un an, je ne pouvais pas dire si le bilan était normal à la première consultation.
- **mais si le bilan avait été normal ?**
- ben de mémoire, j'ai conclu à une virose respiratoire, elle avait un peu de fièvre. Après y avait cette fatigue aussi mais...plus ou moins...
B) N/A
5. ben euh...en fait pour vous raconter, elle a téléphoné à ma secrétaire car elle voulait un courrier pour aller consulter un spécialiste de la reproduction car elle n'arrivait pas à tomber enceinte, j'ai dit qu'il fallait prendre rdv pour que je la vois parce que je ne l'avais pas vu depuis 1 an et malheureusement elle avait déjà pris le rdv qui était le lendemain, du coup j'ai dû lui faire mais j'ai fait un courrier très succins, donc je dirais qu'elle est plutôt dans la catégorie des patients « décalé/en dehors des normes ». J'ai vu son copain une fois qui faisait des travaux d'intérêts généraux, il s'est retrouvé au tribunal, je ne sais pas exactement pourquoi...bref...
6. A) Expliquer les choses, faut que les gens comprennent.
Par exemple le terme de « Fibromyalgie » qui est un terme défini, ils aiment bien ça, ça aide les patients mais moi je leur explique aux patients ce que ça veut dire parce que souvent quand je leur demande ils ne savent pas, je leur dis que c'est une maladie qui donne des douleurs et pour laquelle il y a une grande part de stress en cause.
B) Pas forcément. Il faut pour moi expliquer que ce n'est pas grave, poser un diagnostic avec un nom dessus. Moi je dis que c'est lié au stress.
C) Bien sûr, je les oriente dessus. Souvent les patients ne viennent pas en consultation en disant « je suis stressé », ce serait trop facile, donc quand je sens qu'il peut y avoir quelque chose de fonctionnel, je leur demande « comment vous vous sentez en ce moment ? » mais même ça, parfois les patients ne ressentent

pas de stress consciemment, ils vont nous dire « non tout va bien ».

D) je leur dis que je ne les connais pas, je suis pas capable de les expliquer. Je les laisse avec leur savoir de comptoir comme par exemple « l'intestin est le deuxième cerveau » et je me sers de ça.

E) Non, je leur dis « qu'il doit sûrement y avoir quelque chose mais je ne sais pas l'expliquer »

7. A) Répondre à ses questions...mais euh...je me souviens plus...deux ans après, je vais pas tellement sur les symptômes inexpliqués, je décide de lui faire un bilan bio dans le cadre de sa fatigue inexpliquée et je diagnostique une virose respiratoire. Donc répondre à ses questions, mais surtout ma priorité c'est de répondre à « est ce qu'il y a quelque chose de grave », bon quand elle me dit qu'elle est épuisée, je me dis y a très probablement pas grand-chose mais sait-on jamais.
B) Oui, j'ai répondu à ses questions, le bilan était normal, donc rien de grave et elle est revenue pour un certificat de sport.
- **Avez-vous reparlé de la fatigue ?**
- Non.
8. Oui, je pense que dans chaque consultation je peux mieux faire mais je pense ne rien avoir raté d'important, selon mon regard.

ii. Questions spécifiques

1. *Vous semblez surtout éliminer une cause somatique, est ce que ça vous paraît suffisant/adapté pour cette patiente ? Pourquoi ne pas explorer le contexte de vie par rapport à cette fatigue ? Inutile ? Pas habitué ? Son travail ? sa vie perso ?*

Tout simplement parce que je pense qu'éliminer une cause somatique ça peut pas être fait sur un entretien ou un examen clinique donc en fait, j'explore le reste, je peux éventuellement l'évoquer dans cette consultation mais je vais surtout me concentrer sur le somatique et dans ce cas c'est avec la prise de sang que je vais pouvoir éliminer quelque chose. Donc pour moi c'est d'abord les choses simples ou importantes avant de penser à un trouble fonctionnel.

2. *Pourquoi faire un bilan ? Pour la fatigue ou la*

9. A) Pour moi, tant que j'avais pas les résultats du bilan que j'ai prescrit, je ne pouvais pas dire SBI, sinon qu'elle me parle d'un problème spontanément mais peut être que en effet j'aurais pu lui demander « est ce qu'il y a quelque chose qui ne va pas ». c'est ce que j'ai raté il me semble.

B) être à l'écoute, ce sont des patients qui demandent beaucoup de temps mais essayer aussi de faire en sorte de dominer la consultation, ne pas se laisser marcher dessus sinon ça dure 45 mn. On a clairement une contrainte de temps et ces patients ont besoin de temps, d'être écouté, de parler. Moi ça m'arrive de regarder mon agenda, voir qui j'ai après, et en fonction si j'en ai qui sont comme ça aussi, du même type, ben je vais stopper la consultation car je vais prendre trop de retard et si c'est plus cool après, je me permets de prolonger un peu. Après si le patient semble dépressif et qu'il y a un réel besoin, je prends le temps mais si c'est des TFI, je prends moins de temps.

10. Je l'ai revu, elle avait fait son bilan qui était normal. On n'a pas reparlé de la fatigue. Elle est venue pour une gastro, une virose, un certificat de box donc ça devait aller mieux et des douleurs pelviennes pour lesquelles je l'ai adressée à une gynéco. Et visiblement elle a des soucis pour tomber enceinte mais elle n'est pas venue me voir pour ça.

virose ou les deux ? Que recherchez-vous ?

Pour rechercher des anomalies diverses et variées qui peuvent expliquer une asthénie.

3. *Si le bilan revient «normal», quelle sera votre démarche de prise en charge ?*

Alors si jamais effectivement je suis absolument convaincu qu'il n'y a pas de cause somatique, qu'elle perd pas de poids, que y a pas d'anomalies, amaigrissement associée et pas de point d'appel, je vais effectivement lui poser la question de son état psychologique du moment, le contexte de vie, là je vais m'orienter la dessus.

4. *La patiente a plusieurs plaintes, que pensez-vous de la façon dont elles se présentent (insistance, oubli...)*

J'en pense que ça fait partie de ce que j'ai pu vous dire hier sur sa personnalité, c'est à dire

que c'est peut-être une patiente qui sort du cadre de ce qu'on pourrait appeler la normalité, elle va plutôt parler d'autre chose qui a priori selon elle, est plutôt secondaire pour parler d'une douleur au pied qui finalement n'était pas grand-chose donc ça, ça signifie que si elle parle de son pied à la fin en disant que c'était le plus important, ça veut dire qu'elle n'est peut-être pas si fatigué que ça. Donc effectivement elle était plus dans la plainte ou peut être qu'elle cherchait...euh...je sais plus si je lui avais fait un arrêt de travail ou pas

- donc le problème du pied c'était pas le plus important finalement, est-ce que c'était pas un prétexte pour parler d'autre chose ?

- euh je serais pas dire je sais pas, pourquoi est-ce qu'elle m'en parle au dernier moment, les gens quand ils viennent voir le médecin, souvent ils veulent rentabiliser la consultation, ils disent « tout ce que je considère comme anormal, je vais en parler parce que il va trouver des solutions et peut être que ça rendra ma vie meilleure. Et au final, comme je n'arrive pas à régler tous les problèmes parce que je ne suis pas magicien, si je peux éventuellement les aider sur le problème principal, normalement ils ressortent plutôt satisfait mais...voilà... c'est vrai que parler de sa cheville à la fin en disant que c'était le plus important c'est un peu paradoxal.

5. *Pourquoi demander le lieu de travail?*

Peut-être parce que je crois que c'était la première fois que je la voyais, je demande toujours la profession mais pour savoir à quoi elle pouvait être exposée.

- mais pourquoi lui demander le lieu de son travail ?

- c'est juste pour satisfaire ma curiosité, parce

que Bordeaux c'est une ville pas forcément très grande.

6. *Pensez-vous qu'elle venait chercher un arrêt de travail?*

Si elle ne me le demande dans la consultation, elle ne m'en parle pas du tout, je pense que non.

7. *Ne pensez-vous pas que le problème du pied était un prétexte et que son problème est ailleurs ? (avec sa plainte de fatigue)*

Déjà répondu – réponse 4

8. *D'habitude, vous préoccupez-vous plus du contexte de vie quand les gens se plaignent de fatigue ?*

Dans la plus part des cas, je pense à un problème somatique, enfin à chaque fois, après ça dépend de ce qu'ils vont me dire. Ça dépend de l'histoire de la maladie. Mais je pense toujours à un problème somatique avant.

9. *Etes-vous satisfait de cette consultation? Pensez-vous que la patiente était satisfaite ?*

Très bonne question, est ce que la patiente était satisfaite...je dirai que comme elle n'est pas revenue pour me parler de ça, en tout cas le problème selon elle n'a pas persisté, après est-ce qu'elle est sortie en disant « c'est pas du tout ce que j'attendais » ? Puis moi, à partir du moment où il n'y a pas de conflit avec le patient et où je crois avoir recherché les causes les plus importantes ou l'urgence, Oui je suis satisfait, après si dans un deuxième temps, elle revient ça va pas et que le bilan est normal, j'vais m'orienter vers le côté psychologique, la satisfaction elle est difficile à mesurer mais j'la fais parler en tout cas évidemment.

6. Praticien PG 10

i. Questions générales

1. - Qu'est-ce que vous appelez « symptômes fonctionnels » ?

- des plaintes pour lesquelles on ne pose pas de diagnostic précis, établi, on ne met pas de nom de maladie derrière.

- genre colopathie fonctionnelle ?

- par exemple...

- en sémiologie, vous avez, moi j'ai appris par exemple les signes fonctionnels cardiaque, comme par exemple l'essoufflement c'est un

signe fonctionnel.

- Oui quelque chose pour laquelle il n'y a pas d'explications, de pas organique pur.

- ben ça touche à une fonction, voilà ce que j'en pense, que du bien, qu'ils existent, faut s'en occuper !

2. A) Des gens comme tout le monde, tout le monde a des signes fonctionnels, tous mes patients ont des signes fonctionnels

B) Non, je ne crois pas

3. Oui, alors disons que, moi je suis de par ma formation sensible à tout ce qui touche à la part psychique des gens et j'ai constaté qu'il y avait énormément de symptômes qui pouvaient provenir de souffrance de nature psychique et donc les gens expriment souvent leur malaise de manière physique lorsqu'il ne trouve pas le moyen de l'exprimer d'un autre moyen, par exemple de mots, d'expliquer ce qui se passe en eux, ils vont parfois éprouver des signes qui sont en lien avec leur état perturbé, souffrant et voilà. Avant on parlait de la psychosomatique, maintenant on parle de symptômes médicalement inexplicables, avant on parlait de tous ces tableaux fonctionnels qui étaient liés au fait d'être bien ou mal dans sa peau, d'en avoir pleins le dos et tout ça ce sont des terminologies qui recouvrent à mon sens le même phénomène.

- **et le terme SBI vous l'avez entendu où ?**

- en français, en anglais, dans des articles, congrès. C'est pas une nouveauté pour moi et je pense que ça fait très longtemps que je m'en occupe

4. A) Non, pas vraiment

B) N/A

5. Ben déjà on peut se poser la question de ranger les gens dans des catégories, qu'est-ce que vous en pensez ?

Je sais pas d'où vous vient cette question-là mais disons moi je pense que les questions qui sont soulevées par le patient, c'est plus de la communication, la capacité à s'exprimer, à se comprendre, que d'une catégorie particulière de patient sous des étiquettes qui se réfèreraient à des domaines de pensées, est-ce qu'on est dans la psychologie, sociologie, anthropologie ? Quel concept vous êtes en train de convoquer pour qu'on puisse ranger ?

- **Est ce que ce patient vous a fait penser au SBI ? Dans ses plaintes ?**

- Non pas du tout, pas spécialement.

6. A) on est dans une démarche médicale relativement traditionnelle avec une situation classique avec une personne qui va rencontrer un professionnel avec une demande. Après la demande, elle va être comprise ou pas, je suppose que si elle est pas comprise par le médecin elle va devenir un SMI mais inexplicable par le médecin, mais à partir du moment où le médecin l'explique elle ne devient plus inexplicable, donc ce qui n'est pas inexplicable

pour certains peut être tout à fait expliqué pour d'autres. Maintenant, je dis pas que ce patient-là ne pourrait pas éventuellement causer des difficultés à d'autres médecins ou à d'autres confrères, donc ça c'est du point de vue médical, mais bon euh le patient lui il vient chercher l'explication justement, il vient chez nous, nous on essaie de lui donner l'explication qui nous paraît la plus plausible et puis c'est ça notre explication, c'est l'explication par le médecin de quelque chose, et le médecin va pouvoir disposer dans ses ressources explicatives, on va dire d'une expérience plus ou moins vaste, de pouvoir employer sa connaissance de ce qu'il se passe pour les gens, on va dire sa capacité à reconnaître, distinguer, percevoir chez son patient les signes qu'il reconnaît ou pas, si il ne reconnaît pas le symptôme, il y a des choses qui ne collent pas, on va dire des écarts entre le diagnostic qu'il va évoquer et puis la situation présentée par le patient parce qu'on peut pas tout le temps se contenter de fermer nos diagnostics et de se contenter de la première hypothèse venue, mais disons que le problème semble assez ;..enfin moi j'avais vous dire, j'ai lu le bouquin de Balint, et c'est exactement cette situation-là, c'est à dire que le SMI, c'est ce que décrit Balint, c'est euh le cahier des charges pour lequel il a été mandaté. Vous connaissez peut être Balint mais vous ne connaissez pas mon histoire avec Balint. J'anime depuis quelques temps des groupes Balint, j'ai été président de la société Balint en France, donc les gens qui ont des difficultés de cette nature, c'est quelque chose qui me parle, j'ai de l'expérience, j'ai parlé et entendu parlé de ces situations-là par d'autres et maintenant j'accompagne des jeunes et confrères qui ont ce type de difficulté parfois. La souffrance psychique chez nos patients elle est de plus en plus reconnue même si à mon avis elle inquiète les médecins, car ils sont pas armés, comme si la médecine c'était la guerre d'ailleurs, et donc ils sont perdus. Alors non seulement j'ai fait du Balint mais je dirais aussi que j'ai fait un travail personnel spécifique sur la façon de percevoir des signes de l'inconfort chez les patients et ça c'est ce qui me permet de reconnaître un certain nombre de chose, voilà c'est tout.

Mon plan d'action c'est simplement recueillir des informations chez mon patient, au moyen de toute ma capacité perceptive et donc de pouvoir percevoir en premier un état anxieux, dépression, et donc la démarche thérapeutique qui consiste à reconnaître la souffrance de l'autre et après la difficulté est de mettre en œuvre une action pertinente avec la nécessité

d'amener le patient à prendre conscience de ce qu'il se passe pour lui selon notre point de vu. Après le patient, comme toujours, il peut avoir ses résistances, notre intervention elle peut être peu efficace parce que le patient ne veut pas, ne comprend pas, parce qu'on arrive pas nous même à nous faire comprendre et donc ça peut passer par d'autres moyens qui vont être par exemple la façon d'employer des activités médicales, dire par exemple « ce serait bien que je vous revois pour qu'on en rediscute » ou bien la façon de réaliser ou pas un examen selon le niveau d'anxiété perçu chez notre patient, si ça peut lui faire bénéficier d'un sentiment de prise en charge, d'être soutenu. Et toutes ces choses font partie de l'interaction et ce sont des choses à sentir en permanence en réalité, c'est pas des choses où on va pouvoir dire « avec lui ça va être ça » et puis voilà, c'est quelque chose qui vient comme ça selon nos possibilités et surtout selon l'aisance qu'on a à fournir ces solutions et surtout la façon de produire ce soin-là de manière fluide dans un but qui n'est pas que de la technique médicale. Par exemple, prendre la tension, on voit bien la part affective que ça peut avoir, et donc quand on peut plus se faire comprendre par des mots, on va utiliser des techniques avec des valeurs affectives derrière. Mais pour ce patient, à mon sens c'était plus le niveau de difficulté de communication avec lui qui nous empêchait de rentrer sur le terrain des mots.

B) Ben ça dépend lesquels, j'avais pas vous répondre par oui ou non parce que ça me paraît impossible. Toute façon, bon la part scientifique c'est un peu une « supercherie » la plus part du temps, étant donné qu'en général on est dans un terrain d'incertitude et que donc on a plus des impressions cliniques que des preuves scientifiques d'une situation donnée, donc c'est très rare de pouvoir fonder des preuves de certitudes, sauf chez ce patient où on pouvait donner une explication prouvée mais qui semble-t-il n'a pas eu d'effets rassurant, donc la réponse scientifique elle dépend de l'intérêt pour la science et de la compréhension de ce que ça veut dire.

C) Oui tout à fait, ça me paraît même fondamental de voir comment on peut situer notre patient dans un milieu particulier propre, en particulier sa profession qui à l'heure actuelle est plus un danger pour la santé, et puis tout ce qu'il peut se passer pour lui.

D) Bien sûr ! Ils sont bien connus, pour moi c'est clair, ce sont des réactions entre la neurotransmission, les émotions qui vont se traduire par des réponses physiologiques et

physiques, pour moi c'est clair.

- **d'accord donc vous expliquez ces mécanismes-là ?**

- complètement, ce sont des signes physiques qui sont reliés à un substrat organique qui est le corps et qui accompagne totalement un état particulier, pour moi c'est clair, très probablement.

- **les patients entendent ça ?**

- non ça sert à rien, par contre, ils sont capables de retrouver dans leur propre connaissance de leur corps, de pouvoir se rappeler qu'ils éprouvent ce type de symptôme dans certaines circonstances et de pouvoir le revivre de l'intérieur mais dans d'autres conditions. Leur expliquer les mécanismes physiopath à mon avis ça ne sert à rien de leur expliquer ça. Leur dire que c'est naturel, quand on a peur, d'avoir des sueurs ou le cœur qui s'accélère et d'essayer de les replacer dans des situations qu'ils peuvent comprendre et de se rappeler des moments où ils ont déjà ressenti ce genre de symptôme.

E) Oui alors ça, ça m'arrive avec des gens qui sont capables de comprendre et je leur dis « le stress c'est une réaction physiologique de l'espèce humaine fondée sur les dangers, qui était dans le passé physique » sauf que maintenant actuellement, le contact, la fuite, la défense elle a pas lieu d'être, ça sert à rien d'avoir la sensation de rougeur, chaleur au niveau du visage ou de tremblement, ça sert à rien du tout mais euh...on est en permanence à trouver des solutions pour se sortir de ces situations là au moyen de réactions physiologiques et aujourd'hui on est obligé de trouver d'autres solutions qui passent plus par de la réflexivité, imaginer des solutions mais qui ne sont plus des phénomènes physiques musculaires.

7. A) l'objectif pour lui c'était...lui il venait avec une sensation de gêne thoracique, après dans sa description ça paraissait tellement peu probable que ce soit une affaire cardiaque ou autre puisqu'il se mettait à courir et tout disparaissait, il m'expliquait qu'il faisait des montées descentes d'escaliers, c'était impressionnant ce qu'il était capable de faire physiquement, c'était plutôt rassurant sur la nature non pathologique organique, par contre le symptôme en lui-même il était très probablement lié à autre chose.

- **et du coup votre objectif avec ce patient c'était quoi ?**

- ben disons c'était éventuellement explorer ce qu'il se passait, comprendre d'où ça pouvait venir et là j'me suis heurté à la barrière de la

langue, la culture, c'est très compliqué, il vient de Russie, il est d'origine Tchétchène. B) moyennement disons parce que les arguments médicaux que je lui avançais ne paraissaient pas suffisant pour atteindre leur but et donc à un moment donné il a prononcé le mot « scanner, scanner » et dans leur pays il faut faire un scanner et que si le scanner est normal là on peut être vraiment rassuré. Finalement lui si je lui avais prescrit un scanner il aurait été content peut être mais disons c'était sa demande initiale mais ça me paraissait pas très pertinent, du coup je ne l'ai pas fait.

8. Disons non, ce que j'aurai raté ce serait la possibilité d'améliorer la communication, c'est à dire euh par exemple faire revenir ce patient avec un interprète, c'est possible et peut être que ça peut régler un certain nombre de chose mais dans ma structure c'est compliqué à mettre en place.

- donc du coup par rapport à la plainte qu'il avait, vous n'étiez pas en difficulté ? La communication vous a limité dans votre prise en charge ?

- ben c'est à dire que la capacité à obtenir des informations avec suffisamment de profondeur et une finesse clinique qui n'est pas autorisée dans le cas précis parce que ça nécessite d'explorer un certain nombre de choses sur ce qu'il est en train de vivre, sur ce qu'il a vécu avant, sur ce qu'il vit dans les différents secteurs de sa vie et tout ça, ça ne peut pas se faire sans la communication.

9. A) Pour moi le problème de la langue c'est le seul problème que j'ai avec ce patient-là B) Ben j pense qu'ils ont des symptômes qu'ils n'arrivent pas justement à replacer dans un système de compréhension et je pense que les médecins qui ont des problèmes avec les SBI sont des médecins qui n'envisagent pas suffisamment l'éventualité de la souffrance psychique de leur patient, c'est à dire que soit on a à faire à des patients qui sont eux même verrouillés sur le plan de l'expression émotionnel, du fait de parler d'eux-mêmes et de ce qu'ils ressentent et ça c'est à mon avis la situation la plus complexe parce que bien que l'on puisse parler leur langue, on a à faire à un

système de raisonnement du patient lui-même qui vient bloquer la fluidité de l'explication et donc eux veulent absolument une explication organique, ils refusent la part psychique en eux parce que vraisemblablement il y a probablement trop de choses délicates et violentes à remuer là-dedans et donc ils ne préfèrent pas y aller, ils fonctionnent aussi sur des représentations complètement erronées de ce que c'est que la santé mentale, pour eux psychisme = fou, donc à nous de leur faire comprendre que avoir peur c'est pas être fou, être triste c'est pas être fous...voilà mais disons que je trouve que c'est dommage...enfin c'est pas au médecin d'expliquer cela, à mon avis c'est plus un problème social, si on acceptait de côtoyer un peu plus les fous on ferait la différence mais ça c'est un autre problème. J pense qu'il y a des obstacles au niveau de la reconnaissance même du concept de santé mentale, c'est à dire qu'il y a des gens qui font un blocage psychologique sur le mot « mentale », ils en veulent pas, pour eux c'est « je vais très bien » mais par contre les symptômes que j'ai « c'est forcément mon corps qui marchent pas ». Après en face de ces gens-là, on peut avoir finalement des psychanalystes comme Balint, lui il peut essayer d'explorer si les gens acceptent de parler de ce qu'ils vivent, indépendamment de leur symptôme, les psychanalystes eux, les SBI ça leur pose aucun problème, pour eux c'est un symptôme et après ils vont travailler sur autre chose, qui sera beaucoup plus de l'ordre de l'émotionnel, tout aussi organique d'ailleurs mais ça va se traduire dans un langage médical, après le blocage peut venir aussi de la part des médecins que ça n'intéresse pas parce que ça fait peur, ça peut paraître compliquer de diagnostiquer une douleur inexpliquée, y a qu'à voir les centres de la douleur qui sont remplis de gens avec des souffrances d'ordre psychique à qui on propose des traitements de plus en plus complexes, mais euh....

10. Oui, je l'ai revu après, sa douleur ça va et ça vient, après je crois qu'il avait eu un autre symptôme mais c'était toujours du même ordre.

- le patient était-il satisfait ?

- je sais pas, ça fait longtemps que je ne l'ai pas revu mais il va bien

ii. Questions spécifiques

1. Pourquoi le patient se sent si inquiet pour «son

cœur», pourquoi n'avez-vous pas posé la

question ? Est-ce que vous pensez qu'il y aurait un intérêt à la poser ? Ou antécédents familiaux ?

Ouais bien sûr ! Alors là ça fait questionner le processus de sa plainte plus que de fournir une réponse, sur ce sens-là je trouve que c'est très intéressant. C'est s'intéresser au raisonnement du patient mais euh en même temps, c'est compliqué d'explorer ça j'vous le dis parce que la façon, l'aisance avec laquelle ce monsieur dont le boulot consiste à transporter des rails sur des voix ferrés, il dispose pas d'un réservoir de vocabulaire suffisant à mon sens, peut-être que je me faisais aussi des idées par rapport à ses capacités et que ça valait le coup de le faire mais euh donc c'est un jugement que j'ai fait, le jugement que...peut être que j'ai tenté de le faire avant dans des consultations précédentes et mes tentatives tombant dans trop d'incompréhension ça perdait son sens...si on s'écarte du patient là, c'est quelque chose que j'aime bien faire, j'vais vous raconter une autre anecdote, c'était une patiente qui avait une insuffisance veineuse, c'est une personne assez jeune, et donc je lui dis que c'est comme avoir des petites varices et à ce moment-là elle a une réaction extrêmement forte d'inquiétude, voire de dépression profonde, elle s'est mise à pleurer, en fait parce qu'elle avait une représentation terrible des varices par rapport à sa grand-mère. Et du coup le mot représentait considérablement pour elle et pas du tout pour moi. Et alors j'ai jugé la nécessité de voir ce que ça voulait dire pour elle avoir des varices, avoir une insuffisance veineuse, d'aborder les représentations, les caractères prototypique pour la patiente mais c'est valable pour tous en réalité.

Donc là j'lai pas fait parce que ça me paraissait au-delà de mes capacités. Ça me paraissait impossible à faire.

2. Pourquoi dès le début de la consultation poser la question du travail et faire l'association alors que la douleur ressemble plutôt fortement à une cause cardio-vasculaire jusqu'à preuve du contraire ?

Alors ça c'est des hypothèses...quand on a un patient comme ça qui vient, qui mime beaucoup, alors il était assez gestuel, il serrait son thorax, et puis après je me souviens qu'on avait reparlé de son travail et il était très fière, avec son père qui avait une entreprise et donc il travaillait pour son père et là en France il est dans une autre compagnie qui s'occupe de ça. C'est l'entreprise qui fabrique les voies ferrées

dans le pays. Et pour lui c'était une continuité c'est à dire qu'est-ce que ça représentait pour lui de faire ce travail pour une entreprise en France alors que son père était lui-même le patron dans son pays. Tout ça c'est des choses que moi je peux me figurer, je peux les anticiper, je peux les considérer à tort ou à raison comme étant responsable ou un des facteurs dont on pourrait tenir compte mais euh on peut construire ou voir à tort ou à raison, on sait pas, tant que le patient ne vient pas nous exprimer ces choses-là, on peut toujours imaginer qu'elles existent, sans savoir exactement quel poids on peut lui accorder pour prendre des décisions, pour s'orienter vers là ou là.

3. Connaissez-vous l'histoire de vie du patient?

Alors justement après, dans les autres consultations, il avait une femme dans le sud de la France

- alors vous saviez si il était marié, des enfants ?

- plus ou moins, ça montre que je connais pas très bien et les relations de couple pour les tchéchènes, on peut difficilement comprendre leurs significations...

4. Pourquoi émettez-vous l'hypothèse «anxiété» en premier? Est-ce que c'est par rapport à la consultation identique 3 ans avant ?

Ben non, c'est que j'me dis, déjà le patient il se met à aller mieux dès qu'il va courir 30mn, donc pour moi c'est quelqu'un qui va utiliser son corps pour essayer d'oublier quelque chose de se mettre en situation extrême d'effort physique, et du coup pour moi c'est quelqu'un qui cherche à fuir des pensées

- et par rapport à une hypothèse de douleur dorsale, pourquoi n'avez-vous pas examiné son dos ?

- oui, oui alors le dos c'est venu après, mais bon vous pouvez examiner le dos mais vu comme il s'agite et se déplace, et après faut voir comment il s'en sert de son dos, dans la consultation et le comportement.

Donc pour moi, vu comme il court, il n'a ni un problème locomoteur, ni cardiaque, ni respiratoire

5. Le patient vous dit qu'il n'est pas énervé, qu'en pensez-vous? Pourquoi n'avez-vous pas creusé sur son contexte de vie ?

Ben j'lui dis « ok pas de problème, qu'est-ce que ça veut dire être énervé ? » toute façon on va vraiment être sur le terrain de l'incompréhension en permanence, c'est à dire

que je ne sais pas quel mot employé pour me faire comprendre de lui et quand j'en propose un il va pas l'accepter parce que peut être que pour lui ça veut dire autre chose.

- **et pourquoi vous avez pas essayé de comprendre ce que ça veut dire pour lui ?**

- j pense que c'est probablement la barrière de la langue...qu'est-ce qu'il va me dire...

6. *Est-ce que le fait qu'il parle mal le Français a influencé votre discours/prise en charge ?*

Ben disons que c'était déjà pour voir quelles étaient ses sources affectives proches, est-ce qu'il en avait ou pas et visiblement il n'en avait pas et du coup est ce que ça va m'aider ou l'aider lui à parler de ça, j'en étais pas convaincu en fait parce que c'est quelque chose que j'avais moi-même suggéré, lui-même ne voyait pas de lien pour lui c'était probablement pas quelque chose qui était fiable à d'autres éléments ou d'autres conditions.

- **d'accord, donc vous lui avez tendu une perche ?**

- voilà et il ne l'a pas saisi, alors effectivement ça me fait penser à d'autres gens où on va leur demander ce qu'il se passe au travail et là ils disent vraiment ce qui est important pour eux mais là chez lui j'ai pas l'impression que ça rencontrait une envie de raisonner là-dessus, de rebondir là-dessus, du coup ça tombe à plat, y a beaucoup de choses qui tombent à plat avec ce patient-là.

7. *Pourquoi poser la question «vous êtes seul», qu'est-ce que cela implique pour vous ? Pourquoi ne pas aller plus loin (rebondir dessus) ?*

Alors disons que c'était l'histoire de l'équilibre parce que ça peut éventuellement lui parler, c'était plutôt une fonction générale de soutien maternel de la part du médecin, c'est à dire que le médecin...je pense que prononcer cette phrase-là permet de rapporter les personnes à leur nature terrestre qui fait qu'on a besoin d'un minimum d'équilibre pour pouvoir survivre et ce patient n'est pas du genre équilibré mais plutôt extrême à la fois dans son boulot et dans la façon de répondre à ses symptômes. C'est plus de l'ordre d'une pensée fugace que d'une stratégie, y a aucune stratégie mais ça me semblait utile à placer en face de son comportement.

- **est ce que vous pensez qu'il a entendu ce conseil ?**

- alors j'aurais que c'est compliqué, c'est un patient que je n'ai pas revu depuis un petit moment et qu'il n'était pas très proche du

cabinet et disons les seuls moments où il venait consulter le médecin c'était quand il avait des symptômes et je pense qu'il a une façon de considérer le système de soin comme j'ai un symptôme, il faut que je consulte pour me réparer et euh finalement en apportant la notion d'équilibre de vie, j'essayais peut être de porter une dimension différente, c'est plutôt maintenir votre équilibre que faire des aller-retour entre la pathologie, la souffrance et la performance. Le médecin était aussi vecteur d'autre chose que d'une réponse à un symptôme et qu'il était aussi le messenger d'une dimension qui serait plus celle de la santé que de la maladie, donc quelque chose qui va être plus dans le sens de protéger votre santé. J'ai pas le sentiment que ça est beaucoup d'impact sur ce patient-là. Par contre, il avait beaucoup de fierté à me parler de son travail, et c'est vrai qu'en MG, la consultation c'est pas un produit fini, y a beaucoup de travail qui se passe après la consultation et visiblement il avait une grande satisfaction à me parler de son travail, c'était peut-être une façon de rompre sa solitude et de voir que quelqu'un pouvait s'intéresser à lui dans ce domaine-là.

8. *Pourquoi donner le conseil «d'équilibrer sa vie» ? Vous vouliez dire quoi ? Se marier ? Avoir des enfants ? Pensez-vous ce conseil pertinent ?*

Ben disons l'angoisse ça paraît tellement faire partie de la réalité humaine de chaque individu et aujourd'hui les gens ne sont plus capables de reconnaître ces signes, pourtant présents chez tout le monde.

Mais surtout, tout ce qu'on peut pas aborder avec lui à cause de la langue, lui la façon dont il se considère, les relations qu'il a avec ses collègues, ses patrons, ses copains, euh ce qu'il se passe le soir...et toute ces choses-là on ne peut pas les percevoir très facilement avec lui. Et ça c'est un véritable handicap je trouve pour les médecins généralistes d'avoir d'autres cultures, d'autres langues parce que y a vraiment d'abord une mauvaise prise en compte des phénomènes psychiques chez eux. Le problème c'est que ces gens-là ils n'arrivent tellement pas à se faire comprendre donc le médecin il n'est pas du tout performant à cause de ça. Tout ce que vous dites là sur le processus du questionnement c'est à la base du recueil de nos infos mais là on le fait pas. Le verbatim que vous m'avez envoyé, il est d'une pauvreté absolu, y a rien, c'est des mots donc pas facile du tout.

Après on perçoit des choses sur le non verbal

mais on arrive pas du tout à les transmettre, je me souviens que c'était quelqu'un qui s'agitait beaucoup, il était très démonstratif, il essayait de communiquer avec son corps, avec ses gestes, je sentais globalement et grossièrement ce qu'il éprouvait mais les mécanismes profonds ils n'étaient pas à ma portée.

9. *Au moment de la consultation, croyez-vous vraiment à l'hypothèse «angoisse» ? Pourquoi ? Sur quels arguments ?*

Bien sûr oui mais dans ce cas précis, j'ai vraiment senti qu'il y avait un blocage, que je ne pourrai pas aller plus loin avec lui.

iii. Bonus

En fait, notre entretien, c'est une sorte de supervision inversée, supervision directe avec deux ans d'écart, donc il y a un décalage.

Pour pouvoir vous dire pourquoi j'y ai pensé ou pas : ce n'est que de la reconstruction.

A chaque fois qu'on revoit un patient, il y a quelque chose qui se réactive et qui fait référence à avant et qui continue à fonctionner

Quand je ne revois pas le patient, je refoile.

Si on voulait apporter de la précision, il aurait fallu que je vous voie juste après cette consultation

J'ai que les arbres de la logique à vous apporter, on est dans un échange très perceptif et sensoriel, j'trouve que ce qui est intéressant, c'est que je continue à réfléchir de mon côté, c'est à dire que la frustration que je ressens aujourd'hui de ne pas vous avoir rencontré le lendemain de ma consultation, il y a tout ce nuage perceptif de la rencontre entre deux personnes qui s'est évaporé, et donc c'est ce qui manque le plus à la fois dans ma consultation et aussi dans mon argumentation, c'est vieux ça peut se réactiver mais c'est quelque chose qui n'est pas de l'ordre de la logique, du raisonnement, mais plus dans une perception... j'aurai eu sûrement plus de choses à vous dire deux ans plus tôt. C'est pas pareil que si c'est des gens qu'on suit pour les mêmes symptômes.

Le danger de ces personnes-là... on va être tellement habitué à voir ce patient qu'on va plus voir le reste, on va être focalisé sur ce qu'on met dans le dossier, sur l'étiquette, on arrive plus à sortir de là et on arrive plus à envisager d'autres solutions.

Je vais vous donner un exemple de SBI, une patiente chez qui j'ai découvert un cancer de l'endomètre, chirurgie mais ça n'a rien changé à sa douleur, toujours le même type de douleur, elle avait vécu des choses assez terribles dans sa vie et donc on évoquait ce type de chose, car le symptôme faisait partie du décor, juste un moyen pour qu'on s'occupe de soi, j'pense que c'est ça le plus thérapeutique. Je sais pas si ça allait mieux mais j'avais l'impression que ça fonctionnait, plutôt sentiment d'une aide permanente, persistante sans qu'il y est d'objectif de guérison, la guérison du SBI, c'est une question qui se pose, pourquoi faire ? Probablement que non, c'est comme la dépression, heureusement que les gens se dépriment, ça se discute vraiment éthiquement, mais d'une façon générale le symptôme il sert à quelque chose, soit c'est un signal que quelque chose ne va pas organiquement, soit une fonction du symptôme, qui permet d'assouvir un besoin, le tout c'est de découvrir quel besoin et dans quelle mesure ce symptôme permet de le satisfaire de la meilleure des façons, voir si y a pas un autre moyen de le satisfaire de manière plus pertinente

Pour moi c'est des symptômes qui vont apporter du confort mais sous une forme de pathos mais qui rentre dans l'environnement et dans le monde qui les entoure de cette manière, le comprendre dans une histoire particulière et il faut que le patient communique bien avec nous, si lui il se sent à l'aise avec nous, qu'il nous a identifié comme étant compétent pour percevoir ce type de précision intime, soit ils nous prennent comme des garagistes (répare l'organe), ça c'est autre chose, y a pas d'organes à réparer, s'il trouve votre oreille, si vous avez envie de le faire, les gens vont comprendre que ça vous intéresse, si il découvre une personne en vous capable de les écouter, de les comprendre et de résister à ce qu'il se passe en eux et rester disponible pour les accompagner vous allez devenir une thérapeute, voire une psychothérapeute.

C'est à dire quels sont les besoins du patient vis à vis de ce symptôme et comment il espère les satisfaire au moyen de ce symptôme, essayez de mettre de la lumière là-dessus, l'aider à lui faire mettre de la lumière, mais parfois les patients résistent et si ça doit rester ça reste. A partir du moment où c'est clair, on a identifié pourquoi le symptôme est là, les gens peuvent lâcher leur symptôme, eux même arrivent à s'en rendre compte.

Pour que le thérapeute ou le cadre puissent résister à cela, il faut qu'il soit formé au moyen d'une formation très particulière qui consiste à explorer sois même ce qu'il se passe à l'intérieur, savoir ce qui va provoquer telle ou telle réaction ou absence de réaction parce que quand on est face à ce type de patient qui va apporter avec lui

ce type de circonstance là, on va avoir la même corde qui va raisonner et donc y a un danger aussi pour le thérapeute, c'est la base des échanges entre les humains, le transfert et contre transfert. Il faut travailler la question du transfert et pour la travailler il faut savoir comment notre miroir se comporte et savoir comment mettre de côté cette partie-là. Ça c'est notre travail, c'est un travail individuel. Sur les temples grecs c'est écrit connaît toi, toi-même.

7. Praticien MVD 05

i. Questions générales

1. C'est quelque chose de très fréquent en médecine générale, on a beaucoup de consultation pour point d'arriver des symptômes fonctionnels parce que c'est plutôt un diagnostic d'élimination quand même, donc dans la démarche on élimine quelque chose de plus grave et à la fin quand on a rien conclu à un symptôme fonctionnel, ce serait plutôt quelque chose qui gêne une fonction naturelle, comme par exemple des TFI inexpliqués, ben ça c'est fonctionnel quand on a pas de maladie à mettre dessus, on étiquette en fait, on dit c'est fonctionnel alors qu'il y a peut-être des choses qu'on n'a peut-être pas encore élaboré, d'un point de vue scientifique pour dire voilà cette perturbation du micro biote intestinale... pour les TFI, je parle du micro biote intestinale, de cette complexité, mais c'est difficile parfois de dire ce qui est responsable de ça vraiment. Voilà je pense qu'il faut rester large de toute façon.
- **oui, les patients entendent cela ?**
- oui certains entendent, y en a qui comprennent, comme par exemple « le charme discret de l'intestin », je sais pas si je l'ai là ?
- **ah ok je ne connais pas ce livre**
- les gens disent « ah ben je vais le lire et ça les aide à comprendre leurs symptômes ».
2. A) j'en pense pas grand-chose, j'ai pas de jugement particulier, c'est des consultations on sent qu'elles vont être longues, il faut trouver le motif caché, ça prend plusieurs consultations, c'est pas facile de sortir de l'auberge
B) Ah oui les patients anxieux, voire anxio-dépressif, c'est des manifestations de dépression, des gens qui n'ont pas fait de thérapie par la parole, donc ça se manifeste comme ça.
- **ils parlent beaucoup c'est ça ?**
- non ils parlent pas, justement c'est leur corps qui parlent, quand j'arrive à leur faire dire ça c'est déjà gagné, dans la consultation si j'arrive à leur dire c'est leur corps qui parle à leur place, c'est que j'ai déjà avancé, mais c'est rare qu'au bout de 15 mn j'arrive à leur faire dire ça. Faut déjà sois quelqu'un qui a déjà fait un petit peu un travail sur lui-même, il a déjà la notion que c'est « dans sa tête », qu'il y a une interaction entre son esprit et son corps et que ça donne des symptômes fonctionnels, soit pas du tout et là ça devient plus compliqué parce qu'ils veulent à tout pris une maladie et là il faut trouver une maladie à tout prix, et on part dans les examens.
3. euh une fois, j'ai dû lire un article là-dessus.
- **en consultation vous l'utilisez pas ? Vous leur dites quoi au patient ?**
- euh si ça m'arrive de le dire, euh typiquement « vous avez un syndrome du côlon irritable », mais on peut utiliser le terme fonctionnel même si c'est vague et que les patients comprennent pas plus que les médecins ce que ça veut dire. Et « biomédicalement inexpliqué », j'utilise pas ce terme, mais je dis que la médecine a ses limites, qu'on a beau être en 2017, ben on sait pas tout, on sait juste dire qu'on est pas dans une maladie curable, organique.
4. A) alors euh...pas vraiment parce que au départ si je me souviens bien, il faisait fatigué, il avait l'air dépressif, si je me souviens bien, et puis finalement il avait quand même il me semble presque un petit peu de fièvre.
- **oui, 37,7 !**
- ouais c'est ça, et du coup j'me suis dit qu'on était aussi en période hivernale et qu'il y a des virus aussi qui circule ! C'est une bonne explication parfois ! Quand c'est des choses qui durent pas depuis des mois, mais quelques semaines, bon des virus ça arrive parfois donc euh, la fatigue comme symptôme premier, donc bon voilà l'hypothèse virale peut s'expliquer. Donc je le rangerais pas forcément dedans. Par contre si c'est quelqu'un que je vais revoir, qui va revenir trois quatre fois dans l'année avec à chaque fois la même chose, oui là on va commencer peut-être à...mais pas du premier coup !

- mais quand même vous l'avez trouvé un peu dépressif ?

- de face il me semblait avoir des cernes, il avait l'air un peu nerveux...

B) N/A

5. euh, peut-être surmené avec un virus
- d'accord, donc il y a quand même un contexte de surmenage ?

- oui je pense, mais c'est jamais tout blanc ou tout noir, c'est multifactoriel le plus souvent

6. A) ben euh c'est arriver à leur faire prendre conscience de l'inutilité de la multiplication des examens, et dans le plan d'action, c'est éliminer d'abord les choses graves, rassurer le patient et...j'ai pas vraiment de plan d'action particulier. Après si je vois que la personne revient, et que c'est pathologique, que la personne vient me consulter fréquemment pour la même chose, là je passerais à des consultations de psychothérapie. Et si j'arrive pas à leur faire prendre conscience que c'est « fonctionnel », je leur dirais d'aller faire de l'hypnose ou...

- mais comment vous leur faites prendre conscience que c'est « fonctionnel » ? vous avez des questions particulières ?

- pas spécialement !

- mais quand même vous essayez ?

- hum !

B) alors pas tous, y en a certains qui en ont besoin d'une mais en fait même s'ils l'ont...par exemple certains vont être déçu s'ils ont un résultat de biologie/radiologie qui va être normal, ils vont être déçu. Et quand on voit cette déception, on se dit qu'il y a quelque chose de bizarre, c'est pas normal, c'est pas en adéquation avec le fait d'avoir un examen normal, qui n'est pas soulagé par le résultat, c'est probablement quelque chose de fonctionnel.

C) oui, quand je pense à quelque chose de fonctionnel, je pose souvent la question des violences, et j'ai souvent une réponse positive.

- et du coup vous faites le lien auprès du patient ou... ?

- ah non j'lui laisse faire le lien, j'pose juste la question et après j'dis « très bien » et je passe à autre chose, j'fais pas tout de suite le lien. J'dis juste que c'est intéressant et voilà ! J'pense qu'il n'y a pas besoin de s'éterniser quand on soulève un truc comme ça, j'pense déjà qu'à la base si ils l'ont pas sorti d'eux même c'est qu'ils n'en avaient pas très envie donc...juste le fait de poser la question ça suffit !

D) si j'essaye, avec les données de la science qui sont un peu flou.

- mais vous inventez des trucs ?

- faut éviter d'être un « charlatan », mais c'est pas mon style, j'peux dire qu'il y a des ébauches d'études scientifiques qui ont relevés des choses intéressantes, par exemple le lien entre dépression et déséquilibre de la flore intestinale, j'ai un ami psychiatre qui travaille beaucoup là-dessus, j'pense que c'est un champ intéressant même si il n'y a pas une démonstration parfaite, des papiers de valeurs scientifiques...mais voilà c'est déjà un début, j'essaie de rester scientifique, de pas inventer.
E) Ben oui, typiquement, par exemple chez quelqu'un qui travaille la nuit, c'est scientifique, c'est démontré qu' il y a beaucoup plus de maladie psychique chez les gens qui travaillent la nuit, quelqu'un qui vit avec des enfants qui est fatigué, ben oui c'est normal, mais les gens ne s'en rendent pas forcément compte que leur vie est vraiment difficile quoi, ils ne s'en rendent pas compte et ils pensent qu'ils ont une maladie et quand on creuse un peu, on s'aperçoit qu'il y a un ensemble de choses qui fait que... divorcé... vie seule...

7. A) pas d'objectif particulier, le rassurer, l'examen clinique était normal, l'otoscopie aussi. Soulager sa douleur.

B) j'en sais rien parce que après il est pas revenu, quand les patients reviennent pas on sait jamais si c'est parce qu'ils sont insatisfaits ou qu'ils vont mieux.

8. Non je ne pense pas, c'est toujours une question qui reste en suspens en médecine générale. Comment rassurer le patient anxieux alors que nous même on sait très bien qu'on est pas sûr à 100%, y a tjrs une part de bluff.

9. A) faire la part des choses entre qu'est-ce qui était lié à son environnement / surmenage / déménagement... et ce qui était probablement d'origine organique, bon une céphalée depuis 3-4 jours qui n'était pas non plus de forte intensité, j'crois bien lui avoir fait tester la raideur de nuque, j'avais quand même éliminé une méningite, bon j'suis allé jusque-là quoi. Je sais pas ce qui pourrait vraiment m'aider, en fait j'me suis pas senti vraiment perdu avec ce patient-là. Y a des patients avec qui on se sent un peu perdu, désemparé, mais celui-là ça a été.

B) voir l'environnement de vie, ce qu'ils font dans leur vie, conflit avec famille, patron, question des violences, « avez-vous été par le passé soumis à des violences ? »

- vous avez déjà constaté des symptômes fonctionnels qui pouvaient être liés à des

violences ?

- ah oui, oui ! Quand même ! Des maux de ventre inexplicables...

- et après du coup les patients reviennent et ils vont mieux ? Est-ce que vous avez un peu de recul là-dessus ?

- pas particulièrement, difficile à dire. Ça permet au moins de cadrer les choses et d'avoir une hypothèse même si elle n'est pas biomédicale pure, après ne faut pas tomber dans le 100% psychologique, je leur dis aussi au gens, exemple des ulcères, où on a trouvé une bactérie. J'dis

juste qu'il y a une interaction entre le cerveau et le reste du corps, c'est pas séparé, le cerveau est relié au reste du corps et ce qui se produit dans le cerveau, c'est toutes les émotions, qui peut avoir un impact avec le fonctionnement du reste du corps. Quand j'ai le temps d'expliquer, quand je sens que la personne peut comprendre, je pars un petit peu là-dessus

10. Il va bien ! Il était revenu me voir pour son certificat et on a pas reparlé de son mal de tête.

ii. Questions spécifiques

1. *Est-ce que vous pensiez vraiment que l'hypothèse virale était utile ? A quoi ?*

Comme je vous l'ai dit, on élimine les causes graves, il faut pas se laisser embarquer par les patients qui veulent être rassurés aussi, qui vont vous donner des hypothèses rassurantes, que eux vont penser rassurantes, comme « ah c'est le stress j'ai mal à la tête » alors que ça peut être une méningite ou autre chose.

2. *Est-ce que vous pensez que l'hypothèse fatigue/stress puisse être suffisante pour expliquer ce type de symptôme pour vous ? Pour les patients ? Si oui, pourquoi n'avez-vous pas émis que cette hypothèse au patient ?*

- Non, ben il y avait le contexte de l'époque, on était en hiver, la douleur à l'oreille ça peut être une projection de la douleur de gorge, l'otoscopie était normale...j'me souviens plus...

- tout était normal

- Voilà, il faut un examen physique, même succinct, ne serait-ce que médico-légalement parlant.

3. *Pourquoi quand le patient vous répond «stress», vous ne faites pas résonnance à ce qu'il dit ? Est-ce que vous pensez que ça suffit ?*

Oui, je pars pas tout de suite dessus, j'le garde de côté pour revenir à la fin même si j'crois pas être revenu dessus ?

- là non

- mais vraiment la quasi fièvre m'a orienté vers le virus, j'me suis dit « bon.. », mon thermomètre n'invente pas les choses,

4. *Pourquoi ne commentez-vous pas l'examen au fur et à mesure ? Ou ne rebondissez-vous pas sur le terme « j'y pense tout le temps » ou ne commentez-vous pas «j'suis p'tête très*

fatigué aussi» ?

Parce que pour moi c'est la normalité, j'vois quelqu'un qui me dit ça, ça rentre pas dans le truc pathologique de quelqu'un qui... ? Si il revient 6 fois dans l'année, peut-être que je vais revenir dessus, oui.

D'habitude je commente l'examen, ça m'arrive d'oublier parfois, là j'ai pas dit mais y avait pas de raison particulière.

5. *Pourquoi n'avez-vous pas plus creusé son contexte de vie, pourquoi ces travaux sont-ils aussi stressant pour lui ? (achat maison, déménagement, stress associé, personnalité ordonnée, autres inquiétudes associées?), est-ce que vous n'aviez pas le temps ou cela vous semblez inutile ?*

J'pense que j'avais pas le temps, j'ai des consultations de 15 mn grand max, si ça peut les patients apprécient et ma famille aussi. Donc voilà, c'est aussi pour ça que j'me suis pas étalé, c'est optimisé, dans ma tête ça n'a pas allumé des lumières, une personnalité « ordonnée », c'est pas un trait de caractère pathologique.

6. *Le patient exprime sa douleur, dit «qu'elle est forte» et vous dites «qu'il n'y a pas de symptômes» et qu'elle n'est pas extrêmement intense, qu'est-ce que vous pensez de ce contraste ?*

Euh...rien...juste qu'en l'examinant elle n'était pas forte la douleur, et j'ai dit qu'il n'y avait pas de symptômes neurologiques, c'est ça que je voulais dire en fait, je voulais lui montrer que je n'étais pas inquiet.

7. *Pourquoi après avoir donné votre conclusion, vous revenez sur les symptômes neuro, êtes-*

vous inquiet ?

Il y a forcément des choses qu'on oublie, moi j'suis pas très structuré dans ce que je fais, donc voilà effectivement j'suis revenu sur certaines petites choses, pour aller plus vers la certitude d'avoir éliminé le syndrome méningé mais pas d'inquiétude. La photophobie dans la migraine par exemple, pour l'éliminer quoi.

8. En voyant la vidéo, vous semblez poser les questions pour faire rentrer le patient dans

une catégorie, laquelle ?

Non aucune catégorie, j'élimine les choses graves qui me viennent avec ce que le patient me raconte et c'est tout. Si j'ai quelque chose j'en reste là et sinon je pars sur quelque chose de plus psychique en fonction de comment je le sens.

9. Le patient est-il revenu ?

Le patient est revenu 15 jours après pour son certificat et on n'a pas reparlé du mal de tête.

8. Praticien VP 03/04

i. Questions générales

1. - en général ?

- oui

- ben ça dépend comment on les prend en charge, ça dépend si on est en ville comme on peut l'être sur la vidéo que vous m'avez montré ou si on est derrière un téléphone de régulation au SAMU où on a rien d'objectif à se mettre sous la dent et on est obligé de balancer les gens sur un centre hospitalier

2. A) j pense qu'il y en a pleins, que c'est vachement compliqué...euh...que ça mérite euh...alors ça dépend ce que vous entendez par « fonctionnel », est-ce qu'on a quand même des choses à se mettre sous la dent ou est-ce que c'est « fonctionnel, avec examen somatique normal » ?

- c'est « fonctionnel avec examen somatique normal »

- alors c'est très compliqué, c'est toujours les mêmes, c'est la douleur abdominale, la douleur thoracique et la douleur en général. J pense que c'est assez mal pris en charge, j'ai l'impression, alors après c'est mon expérience personnelle, mais j'ai l'impression que on cherche toujours une cause objective mais que quand on la trouve pas c'est pas très grave, un peu de Doliprane et puis voilà. Alors que la prise en charge de la douleur elle est beaucoup plus... multidisciplinaire mais que malheureusement ni aux urgences ni en ville, on a le temps de s'y consacrer vraiment.

B) Oh oui, j'ai l'impression parce que moi j'ai pas fait de « ville » longtemps, j'en ai fait 6 ans mais euh alors avant mon internat j'voulais être psychiatre, j'ai fait trois stages en psychiatrie, j'ai abandonné l'idée mais j'ai l'impression que quand on questionne les gens sur autre chose

que leur santé physique on met souvent le doigt sur des problèmes non avoués ou des choses comme ça qui sont souvent somatisées.

- et du coup y a un profil ?

- y a un profil anxieux, hypochondriaque mais ça c'est pas de la psychiatrie, c'est la société qui veut ça, c'est la surinformation qui rend les gens malades aussi.

3. Non, absolument pas

- vous connaissiez quoi ?

- ben « troubles fonctionnels » par extension de troubles fonctionnels intestinales qui est celui qu'on utilise le plus et puis après avec toutes ses déclinaisons quoi

4. A) euh...non pas forcément... après la consult elle dure 3 minutes, il manque un million de truc - euh elle dure 20 mn

- oui mais 20 mn pour deux patients avec zéro examens complémentaires, ça fait pas grand-chose, la mère je sais pas ce qu'elle a mais je m'aperçois que c'est un peu risqué de la laisser partir sans un ECG, le gamin on est pas très inquiet mais ...oui j'ai la radio sous les yeux et je constate qu'il n'y a rien

- oui exactement

- avec une auscultation normale, un examen normal et pas de fièvre constaté

- oui

- ouais peut être le gamin mais la maman j'la survole tellement que c'est impossible de la classer

- donc pour vous il manquerait un ECG ?

- ouais ! Mais c'est toujours le même problème quand on a deux personnes dans la consultation, parce que la mère j'la prends sans le fils j'lui parle pas de la même manière, donc euh...parce

qu'après on peut être folle, angoissé, névrosé et on peut avoir une douleur intercostale qui est dû juste au surmenage, au fait qu'on a forcé et que voilà. Mais j'avais pas assez loin dans la consult, ça dure trois minutes, c'est reproduit à la palpation, elle est jeune, elle a pas de facteurs de risques, donc roule ma poule !

B) N/A

5. - y a quoi comme catégorie ?

- **y a pas de catégorie particulière, est ce que vous la classeriez dans consultation non aboutie par exemple ?**

- ouais plutôt oui ! Surtout quand on voit comment les douleurs thoraciques en hospitalier et pré-hospitalier y a un fossé entre les deux ! Où ils font ECG, radio thorax, NFS, CRP pour la péricardite bon !

- **vous auriez aimé le faire si vous aviez eu la possibilité ?**

- peut-être pas jusque-là mais quand même un peu plus d'arguments avant de dire cela...

6. A) alors ça c'est un de mes problèmes de ville, c'est que je devais être la remplaçante qui orientait les gens vers les psychiatres. Ça dépend de ce que j'ai en face comme écoute et comme interprétation. C'est à dire que si je vois que c'est quelqu'un...bon après la douleur ça se traite, les antalgiques ok très bien, mais euh...la douleur chronique notamment si je tombe sur quelqu'un de névrosé, angoissé et qui se prend pas en charge sur le plan de la santé mentale, ça ira jamais. Donc j'essaie d'enfoncer un peu les portes et d'expliquer aux gens que si leur esprit marche pas leur corps marchera jamais donc j'ai envoyé pleins de gens chez le psychiatre, j'sais pas s'ils y sont allés, quelques-uns oui je sais parce que j'ai eu des retours mais euh oui j'ai assez tendance à assez facilement envoyer chez le psy.

- **d'accord, donc pour vous, tout symptôme qui ne s'explique pas c'est que y a un truc qui marche pas avec le...**

- après y a un cheminement des gens, c'est à dire que la première consultation chez moi pour douleur abdo alors que c'est la quinzième consultation pour ça, si leur demande c'est de voir le gastro, j'avais les envoyer chez le gastro en leur disant « vous revenez me voir parce que il vous trouvera rien ». Donc je leur donne ça parce que maintenant ils ont besoin d'être rassuré par des spécialistes, ce qui est complètement idiot, mais une fois qu'ils ont une coloscopie normale et qu'ils ont pris un bon risque anesthésique, ils sont soulagés et puis là on peut commencer à leur dire, qu'il existe

beaucoup de gens qui sont angoissés, que c'est connu par la science, qui ont des troubles fonctionnels, sans que ce soit documenté somatiquement parlant et on commence à les amener là où il faut mais ça peut pas toujours se faire en une consult quoi.

Et puis bon, le problème c'est que ces gens vont faire du nomadisme médical pour avoir des antispasmodiques différents mais ça va pas régler leur névrose d'angoisse. Le problème c'est qu'on est dans un pays où c'est tellement tabou la santé mentale que c'est le généraliste qui se retrouve en première ligne. B) Ben oui, ça je le vois dans mon boulot hospitalier, c'est à dire que typiquement on élimine 4 diagnostics graves donc il nous reste plusieurs diagnostics mais sans aucune gravité. C) oui, forcément, c'est la première question qu'on pose aux gens, « est-ce que ça va en ce moment ? est-ce que vous travaillez beaucoup ?, est-ce que vous dormez ? est-ce qu'il y a des enfants en bas âges ? », tout ce qui fait qu'on peut être amoindri, sensible aux infections...

D) pas forcément, c'est compliqué votre question, c'est vachement vague. Si pour moi à l'évidence y a rien, je vais pas tourner autour du pot, c'est à dire que je fais aussi du « comportementaliste », j'prends le problème à l'envers, j'leur dis « vous prenez des antalgiques, vous revenez me voir dans trois jours, si le problème est réglé c'est que c'est pas grave.

E) non, je fais pas ça

7. A) ben j'sais pas vraiment parce que quand j'ai lu le truc, j'me suis dit « putain si c'est moi le toubib y a du progrès à faire », en fait euh j'crois que j'étais centré sur le même à savoir si j'avais bien tout éliminé et puis la mère comme je disais tout à l'heure j'lai un peu survolé mais ça se voit, j'l'examine en trois secondes et puis elle, elle me tend la perche « c'est musculaire » donc bon j'me dis ça peut être ça on s'arrête là quoi.

8. Rater la consult oui parce que j'me suis pas occupée d'elle correctement mais rater un diagnostic...peut-être qu'après 20 mn de consult, un passage aux urgences et un ECG et une radio normale on aurait pu conclure à une douleur musculaire et au moins on aurait fait les choses correctement mais oui j'lai survolé le truc.

9. A) le temps, les voir un par un en discutant du contexte actuel, de comment s'installe les symptômes, comment ils sont vécus mais qui dit

temps dit rémunération différente.

B) je ne sais pas, c'est tellement difficile et les consult en sont blindées de « fonctionnel », les consult de MG, hospitalière, pré-hospitalière. J'ai l'impression que c'est la même proportion partout. Moi j'ai des appels au SAMU à 2 heures du matin pour « difficulté d'endormissement », ça c'est pas avec appel de trois minutes qu'on règle le problème. En fait faudrait...après vous allez dire que je psychiatrise tout, c'est quand même un de mes tors, mais la moitié j'les envoie chez le psy, j crois que ça nous fait tous du bien de passer un peu chez le psy, pas forcément pour une thérapie chimique mais j'trouve que ça fait toujours un peu de bien euh...faudrait que ceux qui soit repart entre la médecine et les

patients c'est à dire le médecin G soit plus formés sur l'interrogatoire, la prise en charge du symptôme, sur ne pas s'obséder au diagnostic mais plus à la prise en charge du symptôme c'est toujours pareil, les gens ils viennent ils veulent un diagnostic et nous on leur donne un diagnostic, donc quand il reparte avec du Débridat et on leur dit « j'sais pas ce que vous avez », ils sont pas satisfaits et nous non plus. Faudrait qu'on soit meilleur en médecine de ville et puis toujours pareil qu'on est plus de temps. Faut être formé surtout parce que le temps si on l'a mais qu'on en fait rien ça sert à rien.

10. Elle n'a pas reconsulté visiblement.

ii. Questions spécifiques

1. *Pourquoi cherchez-vous à tout prix à éliminer une organicité alors que tout a déjà été fait et qu'aucun symptôme n'est nouveau depuis le passage aux urgences ?*

Ben parce que je comprends pas pourquoi il revient en fait, on lui dit qu'il a une bronchite il tousse pas il a pas de fièvre il a pas d'otite, ni angine et un peu mal à la poitrine et je me dis qu'il a déjà eu des antalgiques donc je sais pas trop quoi lui faire au gamin. Alors être sûr qu'il n'y est pas un foyer qui soit arrivé entre temps comme ça peut arriver. Mais euh j'ai pas trop de piste

2. *On a l'impression que vous n'avez pas « accroché » avec cette consultation, est ce que celle-ci vous a agacé ?*

Ben en tout cas d'après la façon de m'exprimer, j'avais pas l'air super emballé, quand je relis le compte rendu j'me dis « oulala, le délit de sale gueule »...on prend pas du tout en charge de la même façon les gens. Je m'en rappelle absolument pas mais en relisant on sent bien que je ne suis pas dedans.

3. *Vous semblez montrer qu'il n'y a vraiment rien d'inquiétant à l'anamnèse de la consultation, pourquoi ne pas demander à la patiente ce qui l'inquiète vraiment ?*

Oui c'est vrai que j'ai pas demandé pourquoi elle revenait précisément ce jour-là et pas un autre, est ce qu'il y avait une aggravation de la douleur, est ce que ...euh... ouais j'lui ai pas demandé !

4. *Pensez-vous que le vrai motif de consultation pour cette patiente était le problème de la douleur thoracique de son fils ainsi que pour la mère également ?*

Ben y en pas concernant le fils c'est bien le problème !!

- **justement pensiez-vous que ça puisse être un symptôme fonctionnel ?**

- peut-être...je sais pas...peut-être parce que du coup comme sa mère se plaint aussi de douleur thoracique depuis 3 jours, ils s'entretiennent tous les deux dans leur douleur thoracique...je ne sais pas...ouais peut-être...

5. *Aviez-vous une ou des hypothèses diagnostiques à la fin de la consultation ? Si oui, Pourquoi n'avez-vous pas donné d'hypothèse diagnostique à la mère ? Pensez-vous que ça puisse être un symptôme fonctionnel ?*

Ah ben je sais pas, elle avait une douleur thoracique latéralisée, elle avait peut-être une irradiation dans le bras un truc comme ça, peut-être qu'elle avait une attelle ?

- **non elle n'avait pas d'attelle, elle avait une douleur à priori musculaire selon vous et la patiente et vous aviez posé la question de « droitière ou gauchère » et là elle vous a répondu, et après vous avez eu un problème de carte vitale, donc est-ce que vous vouliez dire d'arrêter d'écrire ou autre ?**

- ben j'me rappelle pas du tout. Le gamin il est grand ?

- **10-11 ans**

- ouais donc elle l'avait pas sur les genoux, j'ai dû voir une des deux mains coincées soit par une

attelle, un plâtre ou la douleur...je sais plus de quel côté elle a mal parce que souvent c'est des douleurs irradiantes, axillaires

- **ben elle dit qu'elle a une douleur thoracique, elle précise pas un côté en particulier et vous ne commentez pas non plus, je ne vois pas l'examen non plus.**

- je sais pas alors, je m'en rappelle pas, je devais avoir une arrière-pensée mais je sais pas laquelle.

6. Vous intéressez-vous au contexte de vie des patients ou votre façon de faire est plutôt d'aller à l'essentiel et de ne pas passer à côté d'une urgence ? Pourquoi ne vous y êtes-vous pas intéressée ici ?

- alors ça c'est vrai c'est mon problème d'être urgentiste depuis toujours, c'est les symptômes comme ça qui font alarme rouge : douleur thoracique, céphalée...c'est éliminer le truc grave et puis éventuellement on discute 5 mn « est-ce que ça va, vous dormez bien, le boulot, le mari... » mais avant j'fais l'examen neuro pour être sûr qu'il n'y est pas un déficit quoi ! C'est le risque d'être urgentiste.

- **et du coup vous pensez que ça aurait pu être intéressant de s'y intéresser au contexte ?**

- oh oui j'pense bien sûr ! Mais encore une fois en prenant la mère seule. Ce que je n'ai pas fait...ben oui, je sais.

7. Etiez-vous satisfaite de cette consultation ?

Ah pas du tout, je suis pas du tout satisfaite, ça se voit que je suis soulée, si ça se trouve y en avait trente dans la salle d'attente, j'arrive pas à mettre le doigt sur ce qu'il se passe, j'vois qu'il y a rien, qu'ils ont déjà consulté, que c'est encore ce nomadisme médical, ça m'énerve, je sais pas quoi dire à la mère pour la rassurer et je la survole donc c'est absolument pas satisfaisant. D'ailleurs c'est pour ça que j'ai arrêté la ville...parce que j'vois bien qu'il y a tout ce travail en profondeur à faire mais je me sentais pas l'énergie et le temps de le faire, du coup j'suis dans activité pré-hospitalière et hospitalière d'urgentiste donc je reste dans mes fonctions

que je sais bien faire, j'élimine le grave et après pour le reste tu vas voir ton médecin traitant. Et puis on commence à s'impliquer dans la vie des gens, on voit grandir les mômes, c'est pas par hasard qu'on fait des urgences, c'est que les gens on les revoit pas, c'est de l'adrénaline sur le coup et que derrière limite on veut pas savoir ce qu'ils sont devenus des fois que ce soit triste. J'ai eu une histoire où j'ai diagnostiqué une hémopathie maligne et j'trouvais ça trop triste alors que avoir 4 morts sur un accident de la route ça m'est égale. Moi je suis dans l'instant, le suivi j'ai vachement de mal.

- **du coup, ce genre de consultation et de symptôme ça vous met mal à l'aise ?**

- ben j'étais agacé... euh ils avaient rien... enfin... euh... eux ils avaient ! C'est ça le problème, c'est que eux ils avaient une douleur et moi j'la prend un peu en charge mais pas tant que ça, j'lui dis de prendre du Doliprane et puis on verra demain et je prends pas le temps de discuter avec le même, est-ce qu'il s'inquiète sur quelque chose, est-ce que dans la famille y a eu quelqu'un qui a eu un problème cardiaque j'en sais rien...enfin toutes ces questions qu'il faudrait poser pour comprendre pourquoi ce même à 10 ans, il en est à sa deux ou troisième consultation pour douleur thoracique qui manifestement n'a pas de substrat. A 10 ans, c'est pas fréquent, donc fallait le chopper lui au contraire, c'est pour ça que...quand j'ai lu le truc j'étais pas du tout contente, j'me suis dit « j'vais pas l'appeler elle est trop nulle cette consult... ».

- **est-ce que les patients qui ont des symptômes qu'on n'explique pas, ça vous énerve en générale ou... ?**

- Ben ça dépend, j'ai pas de...en fait quand j'suis face à des gens fermés qui sont persuadés d'avoir toutes les maladies du monde, j'ai vachement de mal. Quand j'suis face à des gens qui s'ouvrent un peu et qu'on arrive à leur faire comprendre que peut être que la tête elle décide pour eux, c'est plus simple donc ils m'énervent pas forcément. C'est au cas par cas, il y a un feeling aussi. Y a pas de règles !

9. Praticien FB 27

i. Questions générales

1. Ben c'est assez difficile à déterminer, enfin des fois les patients ont quand même du mal à expliquer réellement leurs symptômes et il y a

pas toujours un support organique à ce qu'ils décrivent donc c'est vrai que c'est des fois difficile de faire le tri dans tout ce qu'ils nous

disent, ça peut aller dans tous les sens sans forcément... arriver à cibler vraiment l'origine de la douleur, est-ce que c'est un endroit particulier qui pour nous correspondrait à un organe, ou est-ce que ça ne l'est pas et du coup à quoi ça correspond, est-ce que c'est du somatique, est-ce que c'est plus quelque chose qui est du psychosomatique qu'ils ressentent mais que c'est pas réel, donc dès fois c'est pas toujours évident. Après y a des fois aussi le niveau social et culturel du patient qui influe, c'est qu'ils ont une représentation qui est pas forcément une représentation classique parce que suivant leurs origines c'est pas la même et faut aussi pouvoir interpréter ça et le remettre dans le contexte du patient en fonction de ses origines

2. A) déjà répondu à la question précédente.
B) Oui, il existe un profil de patient, il existe aussi surtout une origine culturelle de certains patients, c'est à dire que moi je...alors ici la population est assez mixte (pakistanaï, sri-lankais, nord africains, africains...) et c'est vrai que pour le coup y a aussi un côté culturel, c'est à dire que il y a une expression verbale des symptômes qui est des fois très amplifiée en fonction des origines et qui du coup peut aussi complètement parasiter la réflexion et du coup il ne peut y avoir que ça, et à la fin de la consultation, on arrive pas à trouver le pourquoi ils sont venus presque, savoir est-ce qu'il y avait vraiment une douleur ou pas, est-ce que c'est simplement l'expression « j'ai mal ici et là, j'me sens pas bien dans ma peau et je sais pas comment vous le dire donc j'ai... ». Par exemple, le vertige, derrière le vertige y a beaucoup de chose, est-ce que c'est une traduction de chez eux mais pas comme nous on l'entend. C'est vrai qu'ils ont des maux qui reviennent mais c'est pas forcément par rapport à quelque chose de clinique, c'est souvent plus par rapport à la représentation de...ils utilisent beaucoup de vocabulaire qui sont « fonctionnels » mais parce qu'ils n'ont pas d'autres mots pour l'exprimer autrement
3. Non, jamais !
4. A) euh...non, non moi j'l'aurais pas mis dedans en fait, après c'est difficile parce que quand j'ai relu la consultation, j'me rend compte que c'est parti un peu dans tous les sens, alors c'est vrai que quand les patients arrivent, j'essaye de leur faire dire tout ce qu'ils ont à me dire et de mettre tous les points qu'ils ont à aborder, parce que souvent ils ont 4/5 trucs et à la fin j'finis toujours par oublier quelque chose ou ils

finissent toujours par oublier quelque chose que voilà, et puis savoir si j leur demande ce qu'ils ont oublié rentre dans tout le reste, par exemple « j'ai mal au pied », ils vous l'ont pas dit au début et puis finalement ça rend bien avec ce que vous vous étiez imaginé, après je pense pas vraiment, j pense que surtout la consultation était parasitée par pleins d'éléments qui n'avait rien à y faire en fait mais c'est de ma faute, parce que on a abordé des questions qui...il aurait fallu cadrer beaucoup plus l'entretien pour éviter justement que la dame dérive et du coup qu'on dérive aussi avec elle et puis après se perdre dans la consultation quoi. J'vois qui c'est en plus.
B) N/A

5. Clairement dans une consultation mal menée par le docteur mais sinon à la base il y avait réellement un symptôme clinique et après peut-être que j'ai pas posé le diagnostic claire mais cette patiente-là n'est pas une patiente qui va se plaindre sans fondements donc là j'suis pas sûre d'avoir trouvé sur cette consultation là, mais je pense pas qu'elle soit fonctionnelle, mais le côté « biomédicalement inexplicé » j pense pas qu'il soit là, j pense plus que j'ai pas trouvé l'explication ou j'ai pas posé les bonnes questions pour avoir les réponses qui permettraient d'avoir l'explication mais je suis pas sûre que cette patiente là je la mettrais dans cette catégorie-là.
6. A) déjà j'essaye de faire le tri, ce qui n'est pas toujours facile, faut essayer de cibler où se situe corporellement leur douleur, de reformuler pour bien que ce soit précis, pour être sûr qu'on parle vraiment de la même chose parce que dès fois c'est un problème de communication, d'expression et puis après c'est essayer de pas surmédicaliser quelque chose qui doit pas être médicalisé, c'est à dire que des fois les patients vont avoir un symptôme qui va pas forcément être grave, donc avoir un côté éducatif et rassurant, essayer d'aller au plus simple, de ne pas dramatiser, surtout avec internet, ils ont tous tout. Ils ont des demandes d'examens. Moi j'essaye déjà qu'ils me disent tout ce qu'ils ont à me dire autant que possible, limite je fais une liste jusqu'à ce qu'il ait plus rien à me dire et puis j'essaye de faire l'examen clinique en fonction de...j'imagine ce que ça pourrait être. Je fais pas forcément à chaque fois des examens complémentaires mais parfois je le fais aussi pour rassurer le patient, c'est aussi thérapeutique pour moi, parfois faire les choses et prouver que ce n'est pas ça, ça permet au patient d'oublier son symptôme et de passer à

autre chose, de se dire que ce n'est pas grave. Dès fois, y a pas besoin d'examen, juste leur dire « c'est rien ça va passer, ça va prendre quelques temps » et ça suffit. Même si biomédicalement j'peux pas leur dire « vous avez ci » parce que j'en ai pas la preuve mais j'ai éliminé tout ce qui pouvait être grave, donc après le reste ça peut rentrer dans l'ordre tout seul.

B) Non, « rationnelle » et scientifique non, après ils ont besoin d'une explication sûre ! Mais faut avoir une explication qui est adaptée à chacun, alors y a des gens qui ont besoin d'avoir le côté un peu scientifique pour euh et qui vont s'être renseigné avant oui mais la plus part des gens ne sont pas en mesure de juger du côté scientifique.

- donc vous pouvez leur dire quelque chose de « pas scientifique » et qui peut avoir un effet sur eux ?

- oui, ça peut être quelque chose qui est de ma propre expérience personnelle que ce soit avec un autre patient ou moi dans ma vie de tous les jours quoi ! A partir du moment où ils se rendent compte que...ben c'est l'effet thérapeutique du médecin traitant en même temps, c'est notre rôle, c'est de leur dire « vous êtes pas les seuls », mais d'avoir quelque chose de très scientifique c'est pas toujours très intéressant parce que ça peut aussi à l'inverse les angoisser plus parce qu'ils se posent plus de questions, ça peut être à double tranchant.

C) Oui, toujours, j'ai une patientèle qui va des petits enfants au grands-parents, je m'intéresse toujours de savoir aussi comment vont les autres parce que ça fait partie aussi dès fois de ce qu'il peut se passer et ça a aussi un côté rassurant pour eux, de savoir que je peux m'inquiéter pour le reste de la famille et pas forcément parce que ils sont venus pour faire leur certificat de sport et puis voilà

D) Pas forcément, ça dépend des circonstances et du patient, il y a des patients si je leur dis « c'est comme ça » ils vont juste me croire et y a des gens où je sais bien qu'il faudra que je leur explique que si ils ont mal au ventre c'est parce que ça enflamme l'intestin, qu'ils sont constipés et qu'ils ont pas besoin de faire une coloscopie. Ça dépend comment on le perçoit sur la consultation, certains sont demandeurs d'explication et en ont besoin et l'autre va juste prendre pour acquis ce qu'on lui a dit et on passe à autre chose.

E) Non, pas forcément, pour les mêmes raisons d'ailleurs, y a pas forcément de lien, « j'ai pas mal au ventre forcément parce que je suis stressée », alors ça peut être rassurant pour le patient de s'imaginer ça mais ça l'est pas

forcément parce si il se dit « j'arrive pas à changer ma façon d'être » ou « si l'évènement X ou Y qui me perturbe, j'peux pas le changer, j'vais continuer à avoir mal donc c'est pas toujours...ou j'vais continuer à avoir mes symptômes qui n'ont pas lieu d'être, c'est vrai que son état psychologique peut retentir sur son environnement, sur ce qu'il est mais c'est aussi chroniciser un problème si on fait forcément du lien systématique entre le contexte et les symptômes qui sont pas physiopathologiquement expliqués. Donc il faut aussi qu'ils se détachent de ça et puis passer à autre chose et traiter le problème de fond du reste mais ça c'est une autre histoire.

- d'accord, est ce que ça vous arrive de leur dire « vous avez vécu ça, ne pensez-vous pas que ce soit lié à cela ? »

- si, si mais faut pas que ce soit le moyen d'expliquer tout ce qu'on a à expliquer, si on lui dit « ça s'est passé, c'est pas grave, faut gérer ça autrement », c'est pas toujours mettre du lien parce que sinon on peut aussi entretenir des symptômes qui pourraient ne plus être là. C'est pas le symptôme qu'on veut traiter c'est la dame donc on a bien conscience de ce qu'elle peut ressentir, il faut traiter le mécanisme traumatique.

7. A) c'était de réellement savoir ce qui était le plus handicapant pour elle et ça j'pense qu'à la fin de la consultation je sais toujours pas qu'est-ce qui la dérangeait le plus et c'est vrai que je me dis quel était le maître symptôme qui l'avait fait venir, alors j'pense qu'il n'y en avait pas réellement, elle avait pleins de petits trucs et elle a balancé tout ce qu'elle avait à dire sans vraiment avoir quelque chose qui la dérangeait, après je sais pas si elle est revenue plus tard, parce que parfois les patients ils vous lancent les symptômes et puis ils reviennent 10 jours après, les choses se sont plus affinées, y a des choses qui sont parties d'autres qui sont restées et j'pense que je n'ai jamais réussi à savoir pourquoi elle était venue quand je la relis, y a pleins de phrases où tout est en suspend

- et vous savez pourquoi ?

- parce que j'pense qu'on est mal parti dès le départ, et...

- c'est la patiente aussi qui a fait ça ?

- non parce que c'est quelqu'un de très gentil chez qui on a absolument pas de problème mais on est parti sur des questions au départ qui ne la concernait pas, de l'administratif, on a dérivé sur un peu de symptômes mais pas trop et puis...alors après j'sais pas dans quelles dispositions j'étais ce jour-là, est ce que j'avais

autre chose en tête, je pense qu'il n'y avait même pas d'objectif, enfin moi je m'en suis pas mis et j'aurai peut-être dû m'en mettre en fait. Mais là en fait j pense qu'il n'y avait même pas d'objectif, ni pour elle ni pour moi, elle, elle en avait peut-être pas et moi à la fin de la consultation j'en ai pas fixé en fait. B) Ah non ! Pour moi c'est pas une consultation aboutie clairement ! C'est plutôt tout ce qu'il ne faut pas faire dans une consultation.

8. De pas avoir cadré et de pas avoir ciblé quel était le problème principal. J pense aussi que la patiente n'était pas claire non plus ! Elle est venue pour résoudre ses problèmes administratifs et le problème de sa fille plus que pour ses problèmes à elle.
9. A) avoir plus de temps mais c'est difficile ! J pense que...en fait on se voit pas, on s'entend pas, on s'écoute pas et on se rend pas compte de comment on fait les choses, alors c'est vrai que d'avoir un jugement, un regard extérieur, c'est vrai que c'est intéressant parce que quand on commence à faire ça depuis quelques années on devient moins systématique dans notre façon de faire et quand on connaît un peu les gens et avec les années, on arrête d'avoir ce côté carré et j pense que c'est pas bon. Il faudrait aussi qu'on arrive à rester carré mais le problème c'est que les gens le perçoivent comme de la distance et ils ont l'impression que soit le médecin s'en fou, j'ai des patients qui ont déjà dit des médecins « ouais il me parle pas », alors peut-être que c'est parce qu'il reste dans sa réflexion, moi par exemple je parle trop, moi quand j'ai lu la transcription j'me suis dit «

punaie c'est comme ça ma consultation », j'sais pas si le patient il a compris quelque chose, moi j'me comprends pas en tout cas ! Ça c'est intéressant ! Avoir un avis extérieur sur notre façon de pratiquer, si on a des étudiants c'est mieux ! Ça permet de se remettre en cause parce que ça permet de se dire finalement c'est pas si évident que ça, moi je raisonne comme ça mais faut peut-être que je me remette en cause si d'autres pensent à cela et pas moi. B) Ecouter le patient quoi qu'il arrive ! Même si on estime que le symptôme ne sert à rien. Je bosse avec des Smuristes, j'fais de la régulation libérale et eux ils écoutent pas du tout les gens, ils sont très terre à terre, ils sont que sur des symptômes qui sont forcément cliniques et tout l'aspect « autre », ils ont tendance à l'omettre et je pense que c'est pas toujours forcément bien de ne pas en tenir compte parce que ça fait aussi parti de la prise en charge et que si on écoute pas les gens, ça reviendra et soit la fois suivante on risque de passer à côté d'un truc grave, soit c'est un problème récurrent et les gens vont revenir et c'est quelque chose qui va parasiter l'activité et le bien-être du patient et le nôtre, donc on peut pas considérer que ça n'existe pas.

10. Elle a déménagé, j pense qu'elle est revenue une fois, elle est assistante maternelle. C'est pas une dame qui avait beaucoup de problème de santé, et ce problème de dos ça s'était passé tout seul. Elle avait eu aussi un gros conflit avec un de ses employeurs donc j pense aussi que ça faisait partie d'une de ses problématiques, le conflit s'est passé après mais je pense que c'était déjà sous-jacent.

ii. Questions spécifiques

1. *Vous ne semblez pas étonné par la demande de la patiente pour «une prescription de pilule pour sa fille», ça vous arrive souvent d'accepter ces demandes sans voir les patients ?*

Oui, je soigne et connais tout le monde donc j'les ai vu à un moment donné, ce n'est pas comme si ils me demandaient l'ordonnance pour le beau-frère que je ne connais pas. Après pour la demande de contraception, je connais sa fille je sais qu'il vaut mieux qu'elle en ait une que pas ! C'est le rôle du médecin de famille, parfois je

leur dis qu'il faut qu'il vienne en consultation, l'inverse est vrai aussi

2. *Pourquoi poser la question du travail alors que la patiente fait le lien entre la douleur et l'exonération de ses selles?*

Parce qu'elle a mal au dos et qu'elle est assistante maternelle, c'était par rapport... savoir si elle avait mal aussi quand elle travaillait.

3. *Pourquoi avez-vous posé 3 fois la même question de façon différente sur l'histoire du*

symptôme? Incompréhension?

Parce que j'arrivais pas à savoir, je comprenais pas, j'arrivais pas à savoir réellement ce qui lui posait un problème, donc j'essayais de revenir dessus en me disant « elle va me le réexpliquer autrement » sauf qu'en fait elle me le réexpliquait de la même façon donc j'arrivais toujours pas à cibler sa problématique.

4. Pourquoi n'explorez-vous pas l'histoire du symptôme et ses caractéristiques?

J'ai pas réussi à savoir qu'est ce qui lui posait un problème, si c'était la douleur, le fait d'aller au toilette, j'ai vraiment pas cibler son vrai problème donc bon pour poser des questions, faut déjà savoir ce qui pose problème.

5. Que pensez-vous des questions centrées patient comme «à quoi ça vous fait penser?» «Est ce que ça vous inquiète?» ou du contexte psycho-social?

Si ça peut être intéressant ! Si ça m'arrive de leur dire « c'est quoi qui vous inquiète ? », donc forcément nous on va peut-être être inquiet sur un truc mais c'est pas ça qui les embête. En l'occurrence j'l'ai pas fait mais oui ça m'arrive !

6. Croyez-vous à votre explication biomédicale/ mécanisme physiopathologique qui vient de vous, même si elle n'est pas prouvée scientifiquement? A quoi ça vous sert?

J'suis pas sûre d'y croire, j'pense que j'essayais simplement d'essayer de lui expliquer que ce n'était pas si grave que...ouais j'essayais quelque part de la rassurer là-dessus même si ce n'était pas scientifique.

7. Avez-vous ressenti que la patiente cherche une collusion?

Après y a beaucoup de gens qui cherchent à...essayer d'avoir une place particulière. Oui j'l'ai ressenti mais après ça fait partie du jeu, j'pense qu'on a une place particulière dans le schéma familiale, le médecin traitant il a quand même sa place là-dedans mine de rien, alors ils essayent aussi...ils ont l'impression que...pas qu'on fait partie de leur famille mais que...qu'ils peuvent avoir un côté plus copain/copain, j'essaye de limiter parce que des invitations, cadeaux...j'en ai eu, faut essayer de garder une distance. J'essaye qu'il reste toujours une distance, de l'empathie pas de la sympathie.

8. Vous semblez passer d'un problème à l'autre comme si vous éliminez l'urgence/gravité sans essayer de comprendre ce qui se passe? Est-ce

cela votre démarche?

J'étais perdue !! j'me suis perdue dans ma consultation ! C'est non !!

9. Pourquoi ne dites-vous pas que pour vous ça ne ressemble pas à une maladie donnée ?

J'pense que, alors l'absence de réponse n'est pas toujours pour moi une réponse, y a des fois je dis « je sais pas » c'est pas souvent mais en général quand je dis je sais pas je passe à quelqu'un d'autre en me disant... j'ai aussi cette inquiétude de me dire moi je trouve pas, mais c'est pas parce que je trouve pas qu'il n'y a pas quelque chose, donc y a des fois j'vais dire « j'sais pas ce que vous avez... »

- ça vous angoisse de le dire ?

- non pas du tout, mais du coup c'est un peu...y a le sentiment d'échec et c'est vrai que ça c'est déjà plus difficile, de se dire j'ai pas trouvé la solution, où là en l'occurrence j'ai pas trouvé la solution mais je savais même pas s'il y en avait une de solution, et du coup, pour moi le travail il est pas fait en fait.

- donc pour vous il vaut mieux dire quelque chose ?

- j'sais pas s'il vaut mieux dire quelque chose, il faut être en accord avec soi, mais là pour le coup j'étais pas en accord avec moi même ! Et j'me dis que clairement si la consultation était à refaire, j'la mènerais pas de la même façon! Et on arriverait pas à la même conclusion. Mais c'est le déroulement qui fait que à la fin....alors après ça m'arrive aussi de dire « je sais pas », « j'arrive pas à l'intégrer dans un tableau qui corresponde à quelque chose de scientifique » donc soit j'essaye de le passer à un de mes collègues que j'estime le plus à l'aise, en fonction de la topographie des douleurs, j'me dis c'est plus le gastro/cardio/pneumo, soit je dis « j'ai pas d'explication, je comprends pas ce que vous avez, les examens sont normaux et j'ai éliminé la gravité » donc on va prendre le temps, on va voir si ça évolue et puis on va voir si y a d'autres éléments qui se surajoutent et voir où on va mais pour l'instant je sais pas », dès fois ça se termine tout seul. Mais souvent on a fait des examens avant que je dise ça, c'est surtout quand j'ai un doute sur l'absence d'organicité. Parfois je suis sûre qu'il n'y a pas de support organique et que ça s'intègre dans un tableau psychologique. Et quand ils reviennent, je mène l'interrogatoire autrement, je reprends le problème autrement. Après j'ai pas 4 heures, quand on va partir dans une idée diagnostic, souvent on va rester sur son idée, donc on va aussi faire l'interrogatoire en fonction de cette idée-là, qui peut bloquer et fermer des portes,

donc c'est vrai qu'une fois qu'on a été la dedans, que les examens sont normaux, c'est bien on est rassuré c'est pas un cancer du côlon, mais du coup faut aborder toutes les questions qu'on a pas abordées à côté, faut revoir tout et on recommence tout, donc quand je dis « je sais pas » c'est « je sais pas actuellement ce que vous avez » et c'est peut-être le spécialiste qui va l'avoir, soit pour l'instant j'l'ai pas et parfois les symptômes passent, donc je dis « si ça revient on rediscutera, essayez-vous de voir si il y a autre chose », leur lancer des pistes aussi.

10. Pourquoi n'expliquez-vous pas à la patiente que ce qu'elle décrit comme histoire du symptôme peut être normal? (exonération de selles...) pourquoi ne posez-vous pas plus de questions sur le plan intestinal (Ténesme...)?

J pense que je n'y ai pas pensé, et puis franchement, je sais pas dans quelle condition...ce serait intéressant de revoir la vidéo...euh...mais j pense que y a des choses auxquelles j'ai pas du tout pensé. Et puis j me suis peut-être plus focaliser sur un truc que sur un autre c'est à dire que, moi j suis partie simplement dans l'idée qu'elle avait mal au dos, qu'elle était assistante maternelle et que y a des chances que ça soit plus son dos, j suis partie là-dessus et pas du tout sur le reste en fait.

11. Pourquoi ne reformulez-vous pas quand la patiente vous parle «de test hormonale» sur sa demande?

J'y crois pas en fait ! En plus vous l'écrivez ! Et derrière quand elle repose sa question, j'y crois toujours pas, et du coup j lui réponds un truc complètement débile j pense...euh...j'ai pas reformulé parce que j'étais pas du tout...euh...quand on me parle de tests hormonaux la plus part du temps, c'est « est-ce qu'il ne faut pas que je fasse une prise de sang »

12. Si l'ECBU était normal et que la patiente

revenait avec le même symptôme, quelle serait votre prise en charge?

Comme je disais j pense que, à partir du moment où on a éliminé une piste, on aurait revu si déjà elle reparlait de ses problèmes digestifs ou pas, peut-être approfondir l'interrogatoire par-dessus et voir où ça nous mène, moi j'étais partie sur un problème urinaire ou rachidien et pas du tout sur un problème digestif, en général, ce que j'essaye de faire c'est de tout noter ce que les gens m'ont dit, j'tape quasiment tous les symptômes qu'ils m'ont donnés. Et j'essaye de voir ce que j'ai pas explorer la fois suivante.

13. Est-ce que cette patiente se plaint souvent de symptômes atypiques?

Non ! Pas spécialement !

14. Utilisez-vous l'entretien motivationnel ? (Tabac...)

Je sais pas ce que vous appelez « entretien motivationnel » ?

- **c'est à dire par exemple pour le tabac « qu'est ce qui pourrait vous aider à arrêter de fumer ... ? »**

- ça m'arrive mais dans des circonstances bien ciblé : perte poids, tabac, alcool
- **mais là du coup...?**

- j pense qu'on a tellement dérivé, j'avais envie que cette consultation s'arrête parce que clairement j pense que j'étais pas à l'aise avec ce qui s'était passé, je savais plus où j'allais, où j'en étais donc du coup j'ai pas rebondi, parce que j'étais reparti pour un moment. Par exemple j'ai une dame qui a pris rdv juste pour ça d'elle-même. La patiente ne se serait pas contentée de « vous revenez » si je lui avais dit cela et j'avais plus le temps pour en parler avec elle, elle aurait forcément relancé le sujet j pense. C'est aussi au patient de faire la démarche de revenir que pour ça, si il l'aborde à la fin d'une consultation où ils ont abordé pleins de questions, c'est qu'ils sont pas forcément motivés, c'est mon sentiment.

10. Praticien MC 26

i. Questions générales

1. Euh ? Oui ? C'est à dire ? Qu'est-ce que qu'on entend par « symptômes fonctionnels » ?

- **c'est à dire des symptômes qu'on n'explique pas scientifiquement, qui ne sont pas organiques**

- ben c'est sûr que nous ça nous met toujours en

difficulté quand même, après ça dépend aussi d'où en est le patient, si lui il est d'accord pour dire qu'il n'y a pas forcément quelque chose d'organique, qu'il peut y avoir d'autres causes bon ben ça va aller mais si jamais il est focalisé sur une origine organique de ses symptômes, ça

- va tout de suite être plus complexe pour la prise en charge, il va tout de suite avoir des demandes d'examens complémentaires, qu'on va pas avoir envie de faire, on va se retrouver à négocier des choses en expliquant pourquoi on pense que c'est pas grave et lui il va dire « oui mais vous me croyez pas », donc voilà ! Mais c'est sûr que c'est des symptômes qui sont quand même très courant.
2. A) ça dépend, y a des gens qui vont revenir en consultation régulièrement uniquement pour ce genre de plainte donc là ça va être pas évident à gérer, après quand c'est circonstanciel, notamment un stress et que pareil on arrive à identifier la situation, le contexte, et que du coup le patient est d'accord pour se dire « probablement c'est pas grave, probablement il va pas mourir », et on arrive à avancer un peu là-dessus, mais si les patients reviennent tout le temps comme ça avec des plaintes, ben c'est pas évident à gérer.
B) j'sais pas s'il y a un profil, en tout cas oui probablement il y a des patients qui effectivement vont revenir pendant des années avec les mêmes symptômes inexpliqués ou à chaque fois des symptômes différents et qui vont être compliqués à prendre en charge ou en tout cas qui nous mettent en difficulté.
 3. Non, en tous les cas je ne connaissais pas l'appellation, j'avais déjà participé à une thèse sur les « troubles somatoformes », donc je pense que ça rejoint un peu le sujet, mais effectivement je ne connaissais pas l'appellation - **et « symptômes fonctionnels » vous connaissiez ?**
- oui pour moi ça peut être aussi une douleur, une plainte du patient et que l'on va pas pouvoir constater objectivement.
 4. A) je ne sais plus qui c'est...eh ben j'me suis demandée si elle avait passé sa coloscopie ou pas, je me souviens plus de qui c'est...j pense que oui, elle partait dans tous les sens
B) c'est pas du tout claire ce qu'elle dit, elle parle de constipation, de diarrhées, d'hémorroïdes, de céphalées, de douleurs de hanches...donc multiples plaintes, c'est la nausée, elle arrive pas à uriner et puis bon elle a pas perdu de poids, ça a l'air comme ça effectivement fonctionnel. Et puis il y a un contexte avec son mari, que c'est pas facile pour elle.
 5. N/A
 6. A) c'est un peu la même classification que tout à l'heure, quand c'est des patients qui reviennent tout le temps pour ça c'est compliqué, après c'est quelqu'un qui vient une fois pour ça, déjà à l'interrogatoire et cliniquement on va éliminer les signes de gravités, qu'on est pas en train de passer à côté de quelque chose d'organique et puis après quand ça nous semble fonctionnel, qu'on a rien, à priori aucun signe de gravité, là dans ce cas-là, je demande au patient si il y a des soucis particulier en ce moment, et souvent effectivement il y a des soucis. Si le patient accepte le lien c'est bon mais si le patient vient tout le temps et que ce sont des gens qui ont probablement une névrose, là j'vais pas avoir de plan, j'fais consultation par consultation, en essayant d'éviter de discuter parce que souvent ils sont demandeurs d'avis spécialisés, d'examens, c'est un peu au cas par cas.
B) J'dirais non pas forcément, c'est souvent qu'on a pas d'explications, que ce soit les symptômes fonctionnels ou quand ils ont quelque chose d'organique, ça m'arrive de dire que je ne sais pas. Donc plutôt non.
C) Oui, oui ! Dès qu'il y a de l'anxiété ou du stress, là dans ce cas j'interroge plus sur l'environnement familial professionnel du patient, pour voir si il y a pas autre chose qui coince qui explique leur état.
- **vous posez la question des violences aussi ?**
- ben pas assez probablement, j'pense pas assez aussi pour la consommation d'alcool ou d'autres psychotropes et puis après quand je pose la question, souvent ils disent non et puis on s'aperçoit que ce n'est pas forcément vrai.
D) quand on a une idée oui, quand ils sont tendu, qu'ils ont des contractures, ou des TFI, j'leur explique oui.
- **et vous avez l'impression qu'ils entendent bien ?**
- ben ça dépend du patient mais oui il y en a qui entendent
E) Oui, j'essaye quand on peut.
 7. A) Eliminer quelque chose d'organique, après j'pense que j'ai essayé de ne pas trop me perdre mais j'pense que j'ai pas trop réussi. Après le deuxième, quand même essayer de la rassurer aussi parce que je pense qu'elle était inquiète et puis après on essaye de les aider sur les symptômes, comme essayer des prosbiotiques.
B) J'pense pas à 100% en tout cas mais bon...
 8. Que ça part dans tous les sens, donc essayer de plus cadrer la consultation, après bon c'est

jamais des consultations super simples.

9. A) Que le patient et le médecin soient satisfait. Dès fois on se demande comment font les autres, comment ils s'en sortent, ce qu'ils leur disent et s'ils arrivent plus à cadrer ou à poser les choses. Peut-être la confrontation avec d'autres généralistes.
B) Je sais pas trop ! Quand j'ai des externes, je leur dis qu'ils peuvent quand même être

malades et qu'il faut pas passer à côté, et ça c'est pas évident. Essayer de ne pas passer à côté de quelque chose de grave et ne pas nourrir les inquiétudes et les angoisses du patient mais je sais pas comment faire, c'est pas évident.

10. Elle a fait sa colo, et tout était normal, on a pas reparlé de ses problèmes intestinaux.

ii. Questions spécifiques

1. Pourquoi adressez-vous au spécialiste ?

Toujours pareil, ça fait quand même trois semaines qu'elle se plaint de troubles, ça fait un petit peu long, j pense que si elle avait 25 ans j'lui aurais pas dit tout de suite. Il y a quand même des gens qui se plaignent depuis des années et on se dit « on va leur faire une coloscopie » et on leur trouve quand même un Crohn..., donc euh voilà !

2. Pourquoi n'explorez-vous pas le contexte de stress ?

Je sais plus du tout ! Mais je pense qu'il y a une raison en tout cas. Je crois savoir qui était la patiente et si c'est elle, elle avait perdu sa fille et je ne voulais pas remuer le couteau dans la plaie. Mais je suis pas sûre du tout.

3. Quelle est votre ressenti sur cette patiente ? Agacement ? Démunie ? Dépassée ?

J'ai dû me sentir un peu dépassé ça c'est sûr ! Manifestement c'était long. Je sais pas quoi vous dire de plus.

4. On a l'impression que vous hésitez entre organique et SBI, pourquoi ne tranchez-vous pas (je pense à la prescription d'imodium ou à l'avis spé...) peur, manque d'assurance, expérience négative antérieur ?

Après c'est plus par peur de méconnaître quelque chose d'organique vu les symptômes mais je n'y crois pas trop.

Les patients ne sont pas contents si on passe à côté de quelque chose d'organique, ils ont vraiment l'impression de ne pas avoir été écoutés.

5. Quand vous proposez à la patiente de prendre un avis spécialisé, il s'agit d'une incitation, qu'en pensez-vous ?

- vous dites ça parce que c'est une proposition?

- **oui**

- ben je fonctionne pas mal comme ça, quand ça relève plus de mes compétences, que je sais plus faire, ben en général je propose, après je laisse la patiente choisir. J'étais beaucoup plus convaincu que c'était fonctionnel mais bon après c'est aussi une couverture, elle pourra pas dire que je lui ai pas proposé, après si elle refuse, bon ben on suit la patiente voir comment ça évolue.

- **et du coup si la colo est normale, vous feriez quoi ?**

- ben on fait comme on peut, j'lui aurais dit qu'on a pas de solution ni chirurgical, ni médicamenteuse qui vont la guérir et qu'il va falloir qu'elle apprenne à vivre avec ses symptômes, je lui aurais dit d'essayer de faire des évictions alimentaires pour voir. Ca dépend aussi du niveau de compréhension des gens, je peux leur proposer « le charme discret de l'intestin ». Mais si ce sont des gens qui ont un niveau d'études inférieur, soit ils ont confiance en vous donc ils vont croire ce que vous dites ou alors ça donne des consultations plus conflictuelles parce que il y a une demande à laquelle on ne va pas pouvoir répondre.

- **et si il y a contexte évident, est-ce que vous dites « est-ce que vous pensez pas que votre symptôme puisse s'expliquer par ça » ? Est-ce que vous faites des liens ?**

- j'essaye de proposer des liens, oui ! Mais après quand les gens ont fait tous leurs examens, c'est facile après de dire que c'est fonctionnel et de faire des liens.

6. Est-ce angoissant pour vous quand vous avez une consultation sans hypothèse organique derrière le symptôme ?

Angoissant non, parce qu'on a quand même la conviction que c'est fonctionnel et les patients

peuvent toujours revenir mais par contre on est quand même un peu insatisfait, là j'étais pas très satisfaite.

11. Praticien AS 13

i. Questions générales

1. Nous sommes des êtres de désir, avec des pulsions pour vivre, nous vivons en communauté, nous sommes gouvernés par des lois sociales, gouvernementales, imaginaires...et il existe un conflit entre ce que l'on veut et la réalité. Nous sommes dotés d'une conscience protectrice et d'un filtre inconscient, les symptômes fonctionnels viennent de notre conflit entre le psychisme et la réalité.
2. A) tout le monde a des symptômes fonctionnels, encore plus les gens qui sont maltraités, obèse...c'est pour eux une manière de vivre, de s'exprimer.
B) pour moi, ces patients ont soif de reconnaissance, ils sont dans la souffrance et dans la maladie, ils ont besoin de la maladie pour exister et vivre comme du patient qui souffre d'algodystrophie ou fibromyalgie...
3. Oui, pendant ma formation à la psychothérapie du généraliste, j'ai fait un chapitre dessus à la fac.
4. A et B) oui car avec sa douleur thoracique, il y avait sûrement un pourcentage de part psychosomatique sur une base organique. Tous les arguments allaient côté psychosomatique, la prise en charge psychologique fait partie du global. Sa douleur est là, présente parce que inconsciemment, elle culpabilise d'en avoir plus qu'assez de s'occuper de son mari qui est un poids énorme pour elle. Et puis cette patiente est aussi dépressif, angoissé par ce qu'on va faire à son mari, donc il y a un contexte énorme qu'elle verbalise très bien d'ailleurs.
5. N/A
6. A) laisser parler, silence, reformuler, relancer, obtenir un max de choses du patient, il faut que tout sorte même si ce n'est pas prévu, poser des questions ouvertes, s'intéresser, comme une équipe avancer dans les hypothèses ensemble. Si ça ne fonctionne pas, revoir le patient, même si contrainte horaires, difficulté de prise de rdv, fixer un rdv le lendemain ou rapidement.
B) Oui, si pas d'idée précise sur le diagnostic, je dis « je ne sais pas » et je présente la stratégie de prise en charge. Pour moi, la rationalité, c'est 50% de ce que nous demandent nos patients. On est quand même dans le de la métaphysique, rationaliser permet de diminuer l'angoisse, de ne pas paniquer.
C) oui bien-sûr, quasiment à chaque consultation, je vous donne l'exemple d'une patiente qui avait une éruption au moment où à l'époque sa sœur était décédée d'une maladie de peau. Mais attention, tous les patients ne peuvent pas forcément entendre les liens et cela peut être mal pris, contre thérapeutique.
D) oui toujours, dès que je peux, par exemple pour les troubles fonctionnels intestinaux ou constipation, j'explique ce qu'il se passe dans le corps et je donne des conseils en expliquant la physiopath.
E) oui mais pas sur cette vidéo. Je pense ici que la patiente inconsciemment ne voulait pas que son mari rentre car elle en pouvait plus et du coup ça lui a déclenché une douleur thoracique qui a entraîné de la culpabilité de lui avoir fait subir ça.
- Pourquoi ne lui avez-vous pas dit ?
- ça peut être utile de lui dire mais ici ce n'était pas approprié et attention parfois les patients trouvent ça farfelu comme explication, ne sont pas prêts à entendre, mais j'aurais pu lui dire « ça te fait pas mal de pas l'avoir à côté, c'est pas très juste ce que tu vis mais ça doit être dur », je légitime sa réaction comme ça. Faire attention aussi de ne pas se la péter, de vouloir trouver pour trouver et balancer le truc, ça ne sert à rien.
7. A) Soigner, accompagner, éliminer l'urgence, la revoir fréquemment. Déterminer les objectifs communs, accompagnement humble, à la demande du patient. Ne pas trop rassurer la patiente parce que je voulais éliminer l'IDM aussi.
B) oui

8. Non
9. A) diminuer la pression par rapport au temps, que le contre-transfert ne soit pas trop fort. Sourire, montrer au médecin que ce n'est pas lui qui l'a soulagé, ne pas être dans la toute-puissance du médecin. Ce genre de consultation est compliquée à gérer quand le patient ne rentre pas dans la relation.
B) ne jamais être figé sur un diagnostic, croire le patient, « c'est vrai qu'ils l'ont ressentis ». Très peu de gens manipule délibérément. Prendre du temps, poser des questions ouvertes, relancer, revoir le patient, plusieurs consultations. Savoir

dire « je ne sais pas mais je reste », en jouer, être théâtrale, s'intéresser. Même si on fait des erreurs les patients reviennent toujours si on s'intéresse à eux. Dans les SBI, énormément de causes liées aux symptômes ne partent pas parce qu'on ne lui donne pas une place. Ne jamais dire « c'est dans la tête ».

10. Elle va mieux, sa douleur thoracique n'était pas un IDM, elle est toujours angoissée mais va mieux car son mari va mieux. Elle reconnaît l'origine fonctionnelle/psychique de ses symptômes.

ii. Questions spécifiques

1. Pourquoi ne pas avoir prescrit d'antidépresseur ?

Car elle est déjà sous antidépresseur et je voulais éliminer l'urgence qui était ici l'IDM.

2. Quel a été votre ressenti concernant cette consultation ?

Sentiment de satisfaction car j'ai réussi à ce qu'elle aille aux urgences cardio, je ne l'ai pas volontairement trop rassuré pour ça mais j'ai aussi légitimé ses angoisses et je l'ai écouté.

3. Pourquoi faites-vous référence «au manque d'éthique» ?

Pour donner des explications sur ce qui se passaient avant, pour que la patiente comprenne bien l'intérêt des électrochocs sur son mari.

4. Pourquoi adressez-vous aux urgences cardio ?

Pour éliminer l'IDM.

5. Pourquoi acceptez-vous l'hypothèse SBI en dernier recours ?

Pour moi, la priorité était d'éliminer l'IDM ou autres mais je savais qu'elle était angoissée de base et dépressive, mais vu le contexte de fumeuse, je ne pouvais pas me permettre de ne pas éliminer le plus grave. J'accepte ensuite l'hypothèse SBI.

6. Pourquoi ne pas prescrire «Natispray», pour aller au bout de la PEC ?

Ah oui j'y ai pas du tout pensé, c'est une très bonne remarque, mais je l'aurais quand même envoyé aux urgences cardio.

Prise en charge des Symptômes Biomédicalement Inexpliqués en Médecine Générale

Contexte. Les consultations SBI sont fréquentes en médecine générale et génèrent un coût important pour le système de santé. Les médecins généralistes se disent en difficulté face à ces symptômes. Ce travail de recherche vise à étudier la prise en charge des SBI auprès de ces médecins, afin de proposer un modèle de prise en charge adapté. **Matériel et Méthode.** Notre étude qualitative comporte deux volets. Nous avons réalisé la transcription et l'analyse par théorisation ancrée de 13 vidéos de consultations. Nous avons élaboré une synthèse des résultats puis construit un questionnaire que nous avons utilisé pour des entretiens semi-dirigés auprès de 11 de ces médecins généralistes. L'analyse des entretiens a été faite par théorisation ancrée. **Résultats.** La prise en charge des SBI peut s'envisager comme une pièce de théâtre. Le patient apporte le scénario à travers le vécu et le sens caché de son symptôme, le médecin en est le metteur en scène par le cadre qu'il propose. Le médecin doit envisager le SBI comme diagnostic positif. Il doit guider le patient dans la description de son symptôme et l'accompagner dans l'expression de son vécu. Progressivement, le médecin lui fait prendre conscience d'un lien entre son symptôme et son contexte de vie. Le patient doit utiliser ses propres ressources pour comprendre et accepter ce lien. Ce travail commun nécessite souvent un long suivi. **Conclusion.** La prise en charge efficace des SBI doit s'appréhender dans une dualité entre le somatique et le psychique. Médecin et patient évolueront ensemble, à travers une relation spécifique, centrée patient et à l'image d'une prise en charge psychothérapeutique.

Mots-clefs : Symptômes Biomédicalement Inexpliqués ; psychothérapie du médecin généraliste ; étude qualitative ; approche centrée patient ; patient acteur ; médecin metteur en scène ; relation médecin-patient ; dualité somatique-psychique

Background. MUS consultations are common in general practice and generate costs for the health system. General practitioners say they are struggling with these symptoms. This research work aims to study the management of MUS with these practitioners in order to propose an adapted model of management. **Methods.** Our qualitative study has two sections. We realized the transcription and the analysis by grounded theory of 13 videos of consultations. We developed a summary of the results and then built a survey that we used for semi-structured interviews with 11 of these general practitioners. The analysis of these interviews was done by grounded theory. **Results.** The management of MUS can be considered like a theatre play. The patient brings the scenario through the lived experience and the hidden meaning of his symptom, the doctor is the director by the scope he proposes. The doctor should consider MUS as positive diagnosis. He must guide the patient to describe his symptom and bring him to express his experience. Gradually, the doctor makes him aware of a link between his symptom and his life context. The patient must use his own resources to understand and accept this link. This shared work often requires a long follow-up. **Conclusion.** The effective management of MUS must be understood as a duality between the somatic approach and the psychic approach. Doctor and patient will progress together, through a specific relationship, focused on patient and similar to psychotherapeutic care.

Keywords (english): medically unexplained symptoms; psychotherapy of the general practitioner; qualitative study ; patient centered approach; patient actor; doctor director; doctor-patient relationship; somatic-psychic duality

Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06