Attribution de facteurs psychosociaux à des symptômes physiques. Étude des interactions médecin-patient à partir de consultations filmées de médecine générale

Sophie Duverne

▶ **To cite this version:**

Sophie Duverne. Attribution de facteurs psychosociaux à des symptômes physiques. Étude des interactions médecin-patient à partir de consultations filmées de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02279194

HAL Id: dumas-02279194

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02279194

Submitted on 5 Sep 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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

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

USPC
Université Sorbonne Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018 N° 256

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Attribution de facteurs psychosociaux à des symptômes physiques.
Étude des interactions médecin-patient à partir
de consultations filmées de médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
le 18 octobre 2018

Par

Sophie DUVERNE

Née le 13 décembre 1988 à Le Creusot (71)

Codirigée par Mme Le Docteur Annie Catu-Pinault, MG
et M. Le Docteur Ludovic Le Moing, MG

Jury :

M. Le Professeur Alain Lorenzo, PU ..... Président

M. Le Professeur Philippe Cornet, PU

M. Le Docteur François Bloede, MG

CC BY NC ND

USPC Université Sorbonne Paris Cité

REMERCIEMENTS

Au Professeur Alain Lorenzo, médecin généraliste et professeur universitaire de médecine générale.
Merci Professeur Lorenzo d'avoir accepté de présider ce jury.
Merci pour vos enseignements pendant mon internat à Paris V, j'en garde un souvenir de rigueur de fond et de clarté de forme qui me parlent. A ces deux futures années côte à côté à l'Université Paris Sorbonne.

Au Professeur Philippe Cornet, médecin généraliste, professeur émérite de médecine générale, docteur en sociologie. Merci Philippe d'avoir accepté d'être membre de mon jury.
Merci pour votre éclairage à un moment crucial de ce travail.
Merci pour votre grand appétit intellectuel et votre volonté farouche de transmission. Les deux exercent une très certaine influence sur mes choix afin de progresser.
Merci de m'avoir accueillie au GISSMED et de m'avoir projetée puis encouragée là où je ne me voyais pas.
Merci de m'avoir dit un jour, innocemment « et ton petit travail de recherche, où en est-on ? », et à deux reprises qu'une thèse n'est pas une fin en soi mais bien une marche vers autre chose que l'on choisit. Bientôt, cette autre chose, participera à « devenir ce que je suis ».

Au Docteur François Bloede, médecin généraliste et maitre de conférences en médecine générale.
Merci docteur Bloede, d'avoir accepté de faire partie de ce jury.
Merci pour vos enseignements à Paris V dans lesquels je percevais de grands humanisme et ouverture d'esprit.
Merci de m'avoir cloué le bec ce jour où vous m'avez demandé de vous raconter une erreur médicale que j'avais commise. Depuis j'en ai à raconter et je tente d'en avoir moins !

Au Docteur Annie Catu-Pinault, médecin généraliste.
Merci Annie de m'avoir proposé ce sujet passionnant, d'avoir accepté qu'il change, de m'avoir accompagnée pendant trois ans sur les montagnes russes !
Merci pour tes compétences d'analyse et analystes, ta faculté à voir et entendre ce qui ne se laisse qu'apercevoir, tes grandes disponibilité, patience et bienveillance envers moi.
Merci de m'avoir fait découvrir Balint et le livre de Louis Velluet *Le médecin, un psy qui s'ignore. Médecine de famille et psychanalyse* dès mon internat.
Merci pour les groupes Balint à Paris V que tu animes avec passion, qui m'ont ouvert un monde professiopersonnel !
Merci pour ton travail rigoureux à l'Atelier de Médecine Générale, qui mériterait une diffusion plus large.
Merci pour ces six mois de SASPAS merveilleux au 32bis à tes côtés, ces heures crépusculaires de débrief ; je t'en suis très, très, t… reconnaissante.
Merci pour ta grande conscience professionnelle, ta force de travail, ton bon sens pragmatique et décomplexé, ton engagement que j'admire, ton enthousiasme communicatif, ton sourire multicolore.

Au Docteur Ludovic Le Moing, médecin généraliste.
Merci Ludovic d'avoir créé cette base de vidéos passionnante pour penser la relation médecin-patient et tant d'autres travaux possibles.
Merci d'avoir accepté de (co)diriger ce travail, de m'avoir accompagnée pendant tout ce temps qui s'est étiré, au gré de mes visions ou de leurs paralysies.
Merci pour ton enthousiasme, tes encouragements sincères et renouvelés.

Merci pour l'ensemble de tes relectures attentives, tes corrections si pertinentes, ta suppléance à mes manques à structurer rapidement ma pensée et à ma difficulté à choisir !
Merci infiniment pour ta présence et grande disponibilité des dernières semaines, elles m'ont tant aidée.

A Maud Verdier – maître de conférences en anthropologie et en linguistique – et à Michel de Fornel – sociolinguiste, directeur d'études à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
Merci à tous les deux ; vous m'avez fait l'honneur de m'accorder des moments de travail, permettant de confirmer mon intérêt pour l'analyse conversationnelle et l'envie de persévérer sur ce nouveau chemin.
Merci pour votre ouvrage *Aux prises avec la douleur. Analyse conversationnelle des consultations d'analgésie*, il m'a passionnée et beaucoup touchée.

Au Docteur Leslie Nawrowski, médecin généraliste.
Merci Leslie, pour ton travail de doctorat *Les représentations dans le discours médecin-patient de consultations filmées de médecine générale en matière de prévention et de dépistage : impact sur la relation de soin, la transmission et l'adhésion au message*, qui m'a inspiré. J'admire ta rigueur et ta ténacité.
Merci pour tes conseils durant l'été 2017 et ta confiance.

Au Docteur Olivier Nardon, médecin généraliste.
Merci Olivier pour ta passion communicative et tes compétences autour des patients souffrant de symptômes médicalement inexpliqués.
Merci pour ton travail de thèse *Symptômes médicalement inexpliqués : un projet thérapeutique personnalisé ?* et pour tes articles très instructifs et plein de sens pratique, permettant de diffuser aux médecins généralistes tes connaissances autour des patients souffrant de SMI.
Merci de m'avoir donnée envie de lire au sujet de la *Communication non violente* ce jour où tu as écrit qu'il était ton livre de chevet.
Merci pour ta grande gentillesse au printemps dernier.

A Michel Durel, psychanalyste.
Merci Michel pour votre enthousiasme et votre disponibilité des derniers instants alors que je tournais en boucle sur cette question qui n'en finira décidément pas pour moi : mais au juste, c'est quoi la psychosomatique ?!

Un grand merci à mes relecteurs et metteuse en page, petites mains et grands esprits : la bourguignonne : Anne-So, les bretonnes : Mam et ma joyeuse tante Cath, le vendéen : Dad, l'alsacienne : Marie et les parisiens : Toup', Anaëlle et Mica.

Merci aussi à ceux qui ont pallié mes moments « professeur Tournesol » : Mam, Linda, Kamel, Janet, ou ceux qui ont dû les subir : je compte sur eux pour me faire réfléchir à la liste à commencer…

Aux quatre médecins ayant accepté d'être filmés pour ce travail de recherche.
A tous les patients qui ont accepté d'être filmés pour ce travail de recherche.

Au Docteur Joseph Corcos, médecin généraliste, pour ces deux années pendant lesquelles vous m'avez transmis votre cabinet rue Crozatier jusqu'à sa fermeture. Je suis devenue le médecin que je suis aujourd'hui grâce à la rencontre de vos patients et à la grande confiance que vous m'avez accordée. La Duverne vous remercie pour tout Jo.

Aux Docteurs Maryline Blanc et Marie-Laure Veyrat, médecins généralistes, qui m'ont ouvert la porte de leur cabinet de Saint Vallier, à côté du Bois du Verne alors que nous ne nous connaissions pas et avec, celles de leurs patients si touchants qui me font retrouver l'accent de mon enfance en fin de journée. La diversité du travail que vous menez dans ce cabinet est remarquable et suscite en moi le désir de devenir aussi polyvalente que vous l'êtes ; vous êtes pour moi des médecins généralistes modèles !

Au Docteur Paul Clément, médecin généraliste, pour m'avoir tant rassurée sans en avoir l'air et donné confiance durant les premiers mois de SASPAS.

Au Docteur Didier Girard, premier à m'avoir accueillie dans un cabinet de médecine générale. Merci Didier pour ton accueil et la transmission de tes compétences larges en médecine, en particulier touchant la personne âgée.

Au Docteur Cécile Legendre, médecin gériatre, pour ton amour de la médecine, ton exigence, ton intelligence humaine. Ces mois de gériatrie à tes côtés m'ont formée en tant que médecin et en tant que personne.

Au Docteur Eugénie Adorian, médecin généraliste et artiste.
Merci Eugénie de m'accueillir au passage Lisa de façon si chaleureuse, d'accepter le changement, de me confier tes patients, de partager avec moi ce travail que tu mènes depuis des années et son fruit.
Merci de m'avoir dit un jour dans ton bureau si plaisant que rien n'est définitif dans la vie.

Au Docteur Isabelle De Beco, médecin généraliste.
Merci Isabelle de ton accueil bienveillant au passage Lisa. La rigueur de tes prescriptions et le dévouement à tes patients me font regretter de ne pas t'avoir rencontrée plus tôt dans mon cursus.

Au Docteur Nadia Gaouaou, médecin généraliste, pour tes motivations nobles à exercer notre métier, les valeurs admirables que tu y mets. Merci pour tes encouragements, ton amitié.
Merci pour ta sagesse et ton don extraordinaire de regarder et voir toujours le bon dans toute chose.

A Christelle Mazevet qui a fait bien plus que son travail avec moi.

A François Athané, docteur en philosophie, ou plutôt « philosophe de formation ».
François, tu es le premier à m'avoir fait découvrir l'analyse conversationnelle, je t'en suis reconnaissante.
Merci pour tes propositions d'aide à ce travail sans cesse renouvelées, pour ton soutien, tes encouragements, les tentatives de modulation de ton regard en fonction de l'enjeu que j'y mettais.
Merci pour ta grande rigueur et honnêteté intellectuelles, pour ton engagement ; ils forcent mon admiration.
Merci pour ta volonté et tes compétences à transmettre.
Merci pour la qualité de ton séminaire Santé Médecine Décision à la Sorbonne, son ouverture à nous, médecins. Il me nourrit, me fait réfléchir, me donne envie de connaitre et d'apprendre.
Merci pour ta profonde sensibilité, ta sobriété tout aussi rigoureuse, ta fidèle amitié.

A ma grand-mère, dont je rêve parfois la gaieté et la douceur.

A mon oncle Frédéric, pour sa force de reconstruction, de réinvention, de réarrangement du corps et de la vie.

A mes cousines Elodie et Anne-Marie ; à ma cousine Guylaine.

A mon filleul Baptiste.

A Alice ma Toup' et ton Charlie, à Marie ma joyeuse mélancolophe et ta Luciole, à Mathilde mon aventurière. Vous êtes les sœurs que j'ai choisies.

A Anne-Sophie, notre enfance restée dans ce bois brogélien, toutes ces marches de la vie que nous avons franchies côte à côté de près ou de loin. Ton empathie, ton courage, ta joie de vivre. Merci, tant, de m'avoir aidée pour le manuscrit. On rigole maintenant? BBBBBB ! Signé SAS.

A Cécile, à Günter, à Victoire et à Rebecca. En primaire puis au collège puis au lycée, je vous embêtais déjà avec ce désir de devenir médecin, merci d'être toujours à mes côtés pour le voir se réaliser.

A Linda, à Cécilia, à Annabelle, pour notre soutien d'internes puis de jeunes médecins, pour vos amitiés précieuses.

A Vincent, CurlyPoulet (??!) pour tes valeurs, ton énergie, ton soutien permanent et… nos franches engueulades !

A Anaëlle, pour notre fraîche et prometteuse amitié, notre soutien de thésardes, de jeunes médecins, de futures installées, de futures enseignantes en médecine générale ; vivement Lisa à tes côtés !

A Kamel, l'affectueux Ennemi Amazigh.

A Charlotte, je remercie ton premier lumbago, grâce à lui je vous ai rencontrée Capitaine !

A Marina, pour ta gentillesse envers moi, ton hospitalité toujours.
A Sylvette et Pierre pour ces mêmes qualités que les Caillon partagent.

A Michaël, pour ces années d'épanouissement à tes côtés. Pour la réinvention de notre histoire.

A mes parents, pour votre amour, votre soutien de toutes sortes depuis presque 30 ans.
Pour votre manière d'être sur tous les fronts comme si les choses étaient simples et naturelles, votre force de travail et votre force tout court, commune.

A Dad, pour ton amour inconditionnel, pour tes exaltations à la vie.

A Mam, pour ta bonté juste et pudique, pour ta générosité et ta curiosité des autres. Pour cette attention que tu portes à tes patients, la manière dont tu en parles. Pour ta présence porteuse quels que soient les événements.

A tous les patients dont la santé et le soin me seront confiés ; je ferai tout mon possible afin d'être à la hauteur de cette confiance et de cet objectif si passionnant, nourrissant, exigeant et fragile.

LISTE DES ABREVIATIONS

AVC : Accident vasculaire cérébral

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

F : Femme

H : Homme

HTA : Hypertension artérielle

m : Médecin

OMS : Organisation mondiale de la santé

p : Patient

SADAM : Syndrome de dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire

SMI : Symptôme médicalement inexpliqué

TSH : Thyroid stimulating hormone

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 2

LISTE DES ABREVIATIONS 6

INTRODUCTION 13

Question de recherche 13

CONCEPTS

1. Définition des termes et des concepts 14
   1.1. Différentes façons de désigner les symptômes 15
      1.1.1. Symptôme fonctionnel et symptôme médicalement inexpliqué 15
      1.1.2. Un champ commun de situations mais de nombreux termes pour le définir 15
      1.1.3. Symptômes physiques, notre choix 16
   1.2. Attributions psychosociales 16
   1.3. Interactions médecin-patient 17
   1.4. Approche centrée sur le patient 18
2. Modèles étiologiques de la somatisation 19
   2.1. Biologie et physiopathologie 19
   2.2. Vécu et traumatismes infantiles 21
   2.3. Traits de personnalité 22
   2.4. Facteurs cognitivo-comportementaux 23
   2.5. Point de vue psychanalytique 23
   2.6. Facteurs culturels et sociaux 24
   2.7. Réponse médicale et système de soins 24

MATERIEL ET METHODE

1. Le choix de la méthode qualitative 26
2. Matériel 26
   2.1. Le choix des vidéos de consultation de médecine générale 26
   2.2. Description de la base de vidéos de consultations de médecine générale 27
      2.2.1. Caractéristiques des médecins 27
      2.2.2. Caractéristiques des patients 28
      2.2.3. Contenu des consultations 28
      2.2.4. Principales modalités de constitution de la base de données 28

3. Sélection des vidéos 29
4. Méthode d'analyse 30
4.1. Transcription des vidéos 30
4.2. Evolution de la méthode d'analyse en parallèle de l'évolution de l'objet de recherche 30
4.2.1. Evolution de l'objet de recherche 31
4.2.2. Evolution de la méthode d'analyse 32
- Théorisation ancrée 32
- Analyse conversationnelle 33

RESULTATS

1. Sélection des vidéos 36
2. Description des vidéos sélectionnées 37
3. Contexte des consultations 39
3.1. Lorsque le médecin recherche en premier une attribution psychosociale aux symptomes 39
3.1.1. Le médecin cherche à comprendre et expliquer les symptômes 40
- Types de symptômes 40
- Caractéristiques de symptômes 41
- Recours fréquent aux examens complémentaires et/ou aux consultations de médecins spécialistes 41
- Des thérapeutiques ont déjà été tentées 42
- Les demandes et attentes des patients sont parfois paradoxales 43
- L'expression verbale utilisée pour décrire les symptômes a des caractéristiques particulières 43
- Les langages para-verbal et non verbal ont des particularités 45
- L'attitude globale des patients peut être particulière 46
- Cas particulier 49
3.1.2. Le médecin cherche à appliquer les recommandations de bonnes pratiques médicales 51
3.2. Lorsque le patient aborde en premier le contexte psychosocial dans lequel il évolue 53
3.2.1. Le patient cherche à être écouté et soutenu 53
- Le patient se confie sans difficulté au médecin 53
- Le patient se confie difficilement 54
3.2.2. Le patient cherche à expliquer et comprendre ses symptômes 55
3.2.3. Le patient transmet une information certaine au médecin 56
4. Initiation de l'abord du champ psychosocial dans lequel évolue le patient 57
4.1. Premiers éléments de discours permettant d'aborder le champ psychosocial dans lequel évolue le patient 57

4.1.1.Lorsque le médecin recherche une attribution psychosociale aux symptômes du patient....57
- Questionner le moment du début des symptômes....57
- Rechercher un « stress »....58
- Questionner le « moral » et question ouverte sur le ressenti actuel....59
- Utiliser des questions à choix multiples....59

4.1.2.Lorsque le patient propose au médecin une attribution psychosociale à ses symptômes....60
- Interrogation humoristique....60
- Exposition de l'hypothèse d'un médecin précédemment consulté....60
- Proposition précautionneuse d'un « stress » récent....61
- Les questions sur la vie sociale permettent des réponses sur la vie psychique....61
- Sous forme d'anecdote, d'histoire, ou d'affirmation....62

4.2. Premières réactions aux recherches ou propositions d'attributions psychosociales aux symptômes....62

4.2.1.Premières réactions des patients lorsque les médecins recherchent une attribution psychosociale à leurs symptômes....62
- Réponses non préférées aux questions à choix multiples....62
- Ambivalence à entrer dans le champ psychosocial....63
- Rejet de la recherche d'attribution psychosociale....63

4.2.2.Premières réactions des médecins lorsque les patients proposent une attribution psychosociale à leurs symptômes....65
- Confirmation du lien et actions en résultant....65
- Le médecin n'entend pas ou ignore l'attribution psychosociale proposée....68
- Le médecin résiste à l'attribution psychosociale proposée....68
- Rejet indirect par la proposition d'une autre attribution....70

5. Evolution des attributions psychosociales aux symptômes et des interactions médecin-patient au cours de la consultation....70

5.1. Lorsque les patients sont ambivalents ou résistent à l'idée de la participation d'éléments psychosociaux dans l'expression de leurs symptômes....70

5.1.1.Ambivalence des patients....70

5.1.2.Résistance des patients....71
- Représentation péjorative des causes psychiques....71
- Faire diversion, changer de sujet....72
- Proposer de multiples attributions extérieures à soi....73
- Prendre la parole : autre moyen d'éviction....74

- Agressivité 75

5.1.3.Réponses des médecins face à la résistance ou à l'ambivalence des patients et évolution de la consultation.....76

- Abandon du développement de l'attribution psychosociale.....76
- Ecoute attentive et verbalisation de l'absence d'explication aux symptômes .77
- Les compétences relationnelles du médecin font céder l'ambivalence à entrer dans le champ psychosocial.....80
- Les efforts de communication du médecin ne permettent pas de lever les résistances du patient.....81

5.2. Evolution des interactions lorsque les patients cherchent à obtenir l'avis des médecins quant à la participation de facteurs psychosociaux à leurs symptômes.....87

5.2.1.Renouvellement des attributions psychosociales à leurs symptômes 87

- L'attribution psychosociale initiale est développée suite à une pression artérielle limite 87
- Faire évoluer sa proposition d'une probabilité à une affirmation 88
- Interrogation directe de l'avis du médecin.....88
- Renouvellement des réponses non préférées 88

5.2.2.Réponses des médecins 89

- Répondre à la demande du patient.....89
- La prise de conscience du sérieux des symptômes fait céder la résistance 90
- Le médecin n'entend toujours pas, ou ignore 90
- Le médecin fait le choix de ne pas y répondre.....91

5.3. Le patient adhère progressivement aux attributions psychosociales qu'émet le médecin .92

6. Finalité des consultations 98

6.1. Lorsque les patients résistent à l'attribution psychosociale 98

6.1.1.Réponse médicamenteuse, patiente satisfaite 98

6.1.2.Le médecin dit ne pas savoir et prescrit des examens complémentaires.....99

6.1.3.Conflit d'attribution, résistance de la patiente, ironie du médecin.....100

6.2. Lorsque les patients sont ambivalents à aborder le champ psychosocial 100

6.3. Lorsque le médecin résiste à l'attribution psychosociale 101

6.4. Lorsque la résistance du médecin a cédé face à la gravité des troubles 102

6.5. Lorsque le patient cherche confirmation auprès du médecin.....103

7. Thématiques des facteurs psychosociaux attribués aux symptômes par les patients 105

7.1. L'innommé, le montré.....105

7.2. Le « psychologique », entité globale.....105

7.3. Le « stress » 105

7.4. Les « préoccupations, les « soucis ».....106

7.5. « L'angoisse », « l'anxiété » 106

7.6. L'émotivité, « les nerfs », l'énervement 106
7.7. Concernant des proches 107
7.7.1. Décès d'un proche 107
7.7.2. Difficultés vécues par un proche 107
7.7.3. Maladie d'un proche 107
7.8. Vécu intrafamilial 107
7.9. Concernant le travail 108
7.9.1. Le travail, comme période de vie 108
7.9.2. Le licenciement, vécu comme une « séparation » 108
7.9.3. Travailler sans plaisir, par dépit 108
7.9.4. Difficultés relationnelles avec des supérieurs hiérarchiques 108
7.9.5. Incertitude quant à une perspective d'évolution 108
7.10 La prédiction d'une mauvaise nouvelle 109
7.11 Le manque de confiance en soi 109
7.12 Traumatismes psychiques vécus à l'adolescence 109

DISCUSSION

1. Contexte 110
1.1. Situations médicales 110
1.1.1. Types de symptômes 110
1.1.2. La confrontation au système de soin, à ses acteurs, à ses moyens 111
1.2. Expression des symptômes et des demandes 112
1.2.1. Langage du patient 112
1.2.2. Importance de la communication non verbale 113
1.2.3. Paradoxes, incohérences, demande cachée 113
1.3. Rôle du tiers 115
2. Différentes sensibilités médicales vis-à-vis des facteurs psychosociaux 115
2.1. Difficulté à aborder les facteurs psychosociaux 115
2.2. L'écoute active 117
2.3. Abord systématique des facteurs psychosociaux 118
3. Explication psychosociale aux symptômes 119
3.1. Pour répondre à la demande de sens aux symptômes 119
3.2. Plusieurs niveaux et types d'explication 119
3.2.1. Causes linéaires versus pluricausalité 119
3.2.2. Dire qu'on ne sait pas versus trouver une explication 120
3.2.3. Prise en charge immédiate ou sur le long terme 120
4. Déterminants de la résistance des patients aux attributions psychosociales aux symptômes 121

4.1. Facteurs personnels et sociétaux 121
4.2. Facteurs interactionnels....122
5. Aborder les facteurs psychosociaux des patients : façons opérantes ou non 123
6. Différences d'agendas et d'objectifs au cours de la consultation 125
6.1. Difficultés dues à l'organisation structurelle de la consultation 125
6.1.1.Pense-bête du médecin 125
6.1.2.Nouvelle demande en fin de consultation....126
6.1.3.Nouvelle demande au cours d'une démarche diagnostique 126
6.2. Compromis entre objectifs du médecin et relation de soin 127
7. L'examen physique : moment clé de l'abord des facteurs psychosociaux 127
7.1.1.Il légitime les souffrances....127
7.1.2.Il facilite la parole 128
7.1.3.La symbolique de la pression artérielle 129
8. Implications pratiques pour le médecin généraliste : synthèse....130
9. Forces et limites de l'étude 131
9.1. Forces....131
9.2. Limites 132
10. Perspectives de recherche et pour la pédagogie 133

CONCLUSION....135

BIBLIOGRAPHIE 137

ANNEXES

Annexe 1 : Analyse conversationnelle : prérequis....140
Annexe 2 : Exemple de transcription....142
Annexe 3 : Exemple d'analyse conversationnelle, première version....145
Annexe 4 : Exemple d'analyse longitudinale, version rédigée 162

INTRODUCTION

« Tout événement important de l'existence humaine demande une explication : on doit en comprendre la nature et lui trouver des causes. La maladie n'échappe pas à cette exigence. » (1) Ces affirmations des sociologues C.Herzlich et P.Adam illustrent une des raisons du recours au médecin généraliste : devant ce qu'une personne perçoit comme anomalie du corps suffisamment intense ou inhabituelle pour ne pas être négligée, elle consulte un professionnel jugé susceptible de l'aider à l'interpréter puis à la soulager. Elle a elle-même, souvent des hypothèses afin d'expliquer ces sensations, selon ses propres représentations et son savoir profane. (2) Lorsque la rencontre se passe comme attendue, le patient pourra confronter les attributions causales qu'il fait à ses symptômes au savoir professionnel, et tous deux faire émerger des causes et du sens aux symptômes. Pour communiquer au médecin ses douleurs, ses gênes, ou plaintes, il les lui transmet par la parole d'une part, et par ses attitudes d'autre part, le comportement non verbal permettant 70% de la transmission d'un message. (3)

Le médecin lui, s'il souhaite satisfaire son patient doit avoir des compétences relationnelles et communicationnelles particulières (4), les qualités d'empathie, d'écoute et de respect étant même citées avant les compétences cliniques médicales par les patients, lorsqu'on les interroge sur leur conception du « bon médecin ». (5) La WONCA, elle aussi, considère que la communication est avec la démarche clinique et la gestion de son lieu d'exercice, un champ d'activité fondamental dans lequel le médecin généraliste doit développer l'ensemble de ses compétences. (6)

Si l'on considère la définition que l'OMS propose de la santé : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consist[ant] pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (7), le médecin généraliste, en première ligne des demandes en santé, doit prendre soin non seulement du corps du patient, mais aussi de son psychisme et encore de ses problématiques sociales. Cette définition reflète la pratique clinique quotidienne du médecin généraliste. En France, la DREES indiquait en 2007 que les troubles mentaux étaient la première cause de morbidité et de recours aux médecins généralistes pour les populations adultes de 25 à 64 ans. (8) En outre, environ un tiers des consultations de médecine générale correspond à des symptômes que la médecine et ses moyens techniques ne permettent pas d'expliquer. Lorsque les médecins persistent à aborder ces situations de façon biomédicale, ils participent à la chronicisation des troubles, à une méfiance des patients envers le corps médical, et à des dépenses en santé. (9)

Dans ce contexte, nous nous sommes demandé comment médecin généraliste et patient interagissaient-ils lorsque l'un ou l'autre attribuait les symptômes physiques du patient à des facteurs psychosociaux et quels étaient les déterminants interactionnels permettant la compréhension du symptôme et l'alliance thérapeutique ?

Afin de répondre à ces questions, dans un premier temps, nous définirons les concepts que nous venons d'évoquer, puis nous exposerons les modèles explicatifs connus des somatisations. Dans un second temps, nous présenterons notre étude ayant analysé des données de terrain grâce à des vidéos de consultations de médecine générale.

CONCEPTS

1. Définition des termes et des concepts

1.1. Différentes façons de désigner les symptômes

Différents concepts ou définitions existent pour nommer les symptômes auxquels des facteurs psychosociaux sont attribués en majeure partie.

1.1.1. Symptôme fonctionnel et symptôme médicalement inexpliqué

Un symptôme est dit « **fonctionnel** » lorsqu'il n'est expliqué ni par une lésion tissulaire (par exemple une nécrose myocardique) ni par des mécanismes physiopathologiques bien établis (par exemple une inflammation chronique et une obstruction paroxystique des voies respiratoires dans l'asthme). Ce terme est défini par opposition à des symptômes d'origine « organique ». (9)
Le terme « **symptôme médicalement inexpliqué** » est un concept anglo-saxon de médecine générale. Le terme désigne sensiblement les mêmes symptômes mais est défini non en opposition à un symptôme organique mais en fonction des capacités du monde médical. C'est un symptôme que la médecine, malgré le développement de moyens (anamnèse, examen physique, examens complémentaires, parfois consultations de médecins spécialistes) ne parvient pas à expliquer. (10)

1.1.2. Un champ commun de situations mais de nombreux termes pour le définir

De nombreux termes sont utilisés pour définir un champ de situations auquel les médecins sont confrontés dans leur pratique. Nous citons mot à mot, la description qu'en fait Jean Claude Weber, médecin interniste. (11) Ces situations « sont caractérisées par la prééminence de symptômes somatiques (physiques) associée à une détresse ou à un handicap significatif qui ne peuvent s'expliquer complètement par une pathologie non psychiatrique, et qui impliquent une participation psychologique à l'étiopathogénie du trouble. La suspicion de mécanismes psychologiques repose sur l'absence de lésion organique, la focalisation excessive sur les sensations corporelles, l'attribution d'une signification menaçante aux symptômes et la crainte disproportionnée de développer ou d'avoir une maladie physique grave. Quand des anomalies lésionnelles sont néanmoins objectivées, il faut qu'elles soient trop peu sévères pour rendre compte de la symptomatologie ou de son retentissement. »
Selon la spécialité médicale et sa nosographie, ces situations durables sont différemment nommées.
La cinquième version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-V) utilise le terme de « **trouble à symptomatologie somatique** », correspondant aux « **troubles somatoformes** »

de la quatrième version (12) ou aux « **somatisations** » de la dixième Classification Internationale des Maladies, ou encore selon cette dernière, au « **trouble somatoforme indifférencié** » lorsque les symptômes durent moins de 2 ans. (13)

La littérature de médecine générale parle aussi dans ces situations de **symptômes médicalement inexpliqués**, précisant parfois « **chroniques** ». Dans un article d'une revue s'adressant essentiellement aux médecins généralistes, le psychiatre Cédric Lemogne explique que ce terme est « désuet » et « caduque », les mécanismes physiopathologiques à l'œuvre étant à présent mieux connus.[1] (14)

Une étude française de 2004 ayant interrogé des médecins généralistes à propos de ce que les auteurs nomment « **symptômes bio-médicalement inexpliqués** » montre que le terme le plus couramment utilisé pour définir ces situations est celui de « **trouble psychosomatique** » (34% des médecins généralistes l'utilisent, puis viennent les termes « troubles fonctionnels » 30% et « troubles de somatisation » 10%, puis d'autres termes moins fréquents). (15) Un trouble psychosomatique désigne pourtant, stricto sensu, non des symptômes subjectifs mais des symptômes objectivables dont la dimension psychologique est prévalente sur leur survenue et leur évolution ; par exemple le psoriasis ou les ulcères gastro-duodénaux de stress.

1.1.3. Symptômes physiques, notre choix

Dans notre étude, nous n'avons pas envisagé les symptômes selon ces concepts théoriques, mais **selon la manière qu'a le patient de les présenter au médecin**. Soit il présente au médecin un symptôme logé dans le corps – un symptôme somatique : des douleurs variées, une rhinite, une éruption, des troubles du transit… soit une plainte qui ne s'y loge pas : une tristesse, une anxiété dite sans équivoque, une addiction à l'alcool présentée comme un « problème avec l'alcool »… Nous avons retenu le terme de « symptômes physiques » pour désigner cette première catégorie. Nous avons également inclus dans cette notion des symptômes pouvant être expliqués par des pathologies à la fois physiques et psychiques ; par exemple les troubles du sommeil (syndrome d'apnées obstructives du sommeil ou syndrome dépressif) car ils sont le plus souvent présentés par le patient au médecin sans présager de leur cause.

1.2. Attributions psychosociales

Le concept d'**attributions** est essentiel dans le domaine de la psychologie sociale[2]. Il désigne les raisons que les individus donnent pour expliquer l'occurrence d'évènements – parmi eux : un symptôme, une maladie – ou des comportements de personnes. (16) Les attributions causales aux

[1] Il retient le terme selon le DSM-IV de « troubles somatoformes ».

[2] La psychologie sociale est le domaine d'étude s'intéressant à l'individu d'un triple point de vue : sa connaissance (pensées, sentiments, représentations…) et ses comportements, les influences réciproques entre soi et autrui, et les interactions sociales. (16)

symptômes sont sous-tendues par les émotions du médecin et du patient, par les représentations qu'ils ont du monde, de la maladie et de l'autre, mais aussi par leur personnalité, leurs expériences passées et par le milieu socioculturel dans lequel chacun évolue. Elles influencent le vécu des symptômes par les patients mais aussi les stratégies de recherche de soins, les façons de communiquer avec les médecins et l'observance des traitements. (9) Par exemple, une toux attribuée à « un coup d'froid » pourra être ignorée ou automédiquée tandis qu'attribuée à un possible cancer bronchopulmonaire, elle pourra entraîner une attention particulière au corps à la recherche d'indices permettant de corroborer l'hypothèse, ainsi que des consultations chez le médecin et possiblement la demande d'examens complémentaires afin de l'éliminer.

Par « **psychosociales** », nous faisons référence aux **facteurs psychosociaux** du patient. Ils sont à la fois ses émotions et ressentis, et des événements de vie en rapport avec ses vies personnelle, professionnelle, sociale (réseau social, intégration sociale, situation financière…), ayant eu lieu dans le passé ou vécus actuellement.

Ainsi par « attributions psychosociales aux symptômes », nous entendons l'ensemble des émotions et des événements de vie que le patient ou le médecin attribue ou cherche à attribuer à des symptômes.

1.3. Interactions médecin-patient

Les interactions sont définies comme des actions réciproques qu'exercent entre elles des personnes ou des groupes. (17)

L'étude des interactions sociales a connu un essor dans les années 60 aux Etats Unis grâce à un groupe hétérogène de sociologues dont la sensibilité commune de pensée a été nommée l'*Interactionnisme symbolique*.[3] Ils se sont intéressés à la singularité de l'individu, envisagé comme acteur de la société, dont les actions sont entreprises en fonction du sens qu'ils attribuent aux choses et dont ce dernier est modifié en permanence en fonction des interactions avec autrui. (18) Cette notion fait « sens » en médecine générale où médecin et patient adaptent en permanence leur actions et leurs réponses en fonction de l'autre.

Dans le cas d'interactions entre médecin et patient, il s'agit **d'interactions en face à face au sein d'un contexte social particulier** : celui de notre étude est la consultation médicale – de médecine générale. Elle met en jeu deux sujets selon un schéma déterminé : un premier sujet (le patient) vient chez un autre (le médecin) détenant des connaissances qu'*a priori*, il n'a pas, avec des demandes et des souffrances auxquelles ce dernier doit répondre, tout en ayant de son côté d'autres actions (de prévention, de dépistage…) à accomplir.

[3] Parmi eux, citons Erving Goffman, Anselm Strauss, Eliot Freidson, Howard Becker et Edwin Lemert.

Au sein de la consultation de médecine générale, il y a plusieurs types d'interactions. La première est la conversation[4], les autres sont l'examen physique, mais aussi d'autres événements comme par exemple les moments où le médecin prépare du matériel à utiliser ou injecter au patient (un vaccin, une suture…). La conversation a elle-même plusieurs composantes permettant l'échange d'informations. La première voie – le premier canal – est constituée des mots : c'est la **composante verbale**. Les autres sont le **canal paraverbal** : la façon dont sont dits les mots : rythme de parole, intonation de la voix, débit, et le **canal non verbal**, constitué des mimiques, gestes, postures, regards…(19)

1.4. Approche centrée sur le patient

L'approche centrée sur le patient est un concept désignant un type d'approche clinique. C'est aujourd'hui le modèle de relation médecin-patient référent, enseigné en troisième cycle des études de médecine générale. (20) Elle a été inspirée des travaux de **Michaël Balint** psychiatre et psychanalyste hongrois qui avait déjà écrit en 1957 que le **médecin était un « remède »,** à l'issue de sa pratique clinique et de séminaires de supervision de médecin généralistes qu'il menait afin de les aider à penser leur relation de soin avec leurs patients. (21) Elle dérive plus directement de **l'approche centrée sur le client**, définie dans un contexte différent de soin : celui de la psychothérapie, par le psychologue américain **Carl Rogers** d'après sa pratique clinique. Elle repose sur l'hypothèse selon laquelle « l'être humain a en lui d'immenses ressources, qui lui permettent de se comprendre lui-même, comme de modifier sa propre image, ses attitudes et son comportement volontaire, et ces ressources peuvent être exploitées pour peu qu'on leur offre un climat caractérisé par des attitudes psychologiques facilitatrices ». (22) Trois conditions sont nécessaires pour l'obtention de ce climat : la **congruence** du médecin[5] : son authenticité, « moins il [le médecin] s'abrite derrière une façade professionnelle ou personnelle, et plus grandes sont, pour son client [patient], les chances de changement et d'épanouissement » ; un **regard inconditionnellement positif**, ne jugeant pas mais acceptant ce que ressent le patient : confusion, mécontentement, peur, colère… ; la **compréhension empathique** : le médecin « perçoit avec exactitude les sentiments qu'éprouve son client, les significations intimes qu'il construit, et lui fait partager cette intelligence faite d'ouverture et de disponibilité ». Il ajoute que cette approche clinique est fondée sur la **confiance dans cette personne**.

En médecine générale, elle comprend quatre dimensions. Il s'agit d'**explorer l'expérience que la maladie** fait vivre au patient, et non la maladie seulement ; de **comprendre la personne dans sa globalité** biomédicale, psychosociale (émotions, valeurs, croyances, expériences passées) et son contexte (familial, sentimental, professionnel, conditions sociales), de trouver une **compréhension**

[4] On distingue « conversation » du terme plus générique d'« interactions ». Celui si correspond à une situation de communication avec deux ou plusieurs participants. Certaines interactions peuvent ne pas inclure de conversation, par exemple, l'agent qui fait la circulation. (19)

[5] Nous citons Rogers que nous transposons en médecine générale.

commune sur le problème de santé afin d'aboutir à une **décision partagée** avec le patient et de **développer l'alliance thérapeutique par un savoir-faire communicationnel**. (20) Si le médecin a conduit une consultation selon cette approche, il devrait pouvoir répondre à son issue à trois questions :
-Que connaître et comprendre du patient pour mieux le soigner ?
-Quelles attitudes thérapeutiques acquérir pour développer une alliance thérapeutique et optimiser le « remède » médecin ?
-Quels outils utiliser pour optimiser une écoute active et mieux conduire la consultation avec le patient ?

Elle a des implications pratiques en termes de satisfaction des patients mais aussi de meilleure adhérence et observance des traitements, en particulier au cours de pathologies chroniques. (23)

2. Modèles étiologiques de la somatisation

S'agissant des symptômes fonctionnels chroniques, Cathébras dans son ouvrage *Troubles fonctionnels et somatisation* (9) propose un modèle explicatif en distinguant des **facteurs étiologiques prédisposant, favorisant et pérennisant.** La causalité des symptômes est envisagée selon un modèle circulaire, rendant compte des interactions des différents facteurs étiologiques.[6]

2.1. Biologie et physiopathologie

Bien que des lésions organiques soient absentes – ou non décelées – dans les symptômes fonctionnels, ils ne sont pas détachés de toute physiologie. **Les symptômes ne sont pas « dans la tête » mais sous-tendus par de réels mécanismes physiologiques.**

Les liens biologiques entre stress et manifestations physiques font l'objet de recherches depuis le début du XXe siècle.
Le physiologiste américain Walter Cannon et le pathologiste canadien d'origine hongroise Henri Selye sont les premiers à avoir introduit le concept de « stress » qui revêtait alors un sens beaucoup plus restreint qu'aujourd'hui. (24) Selye le définissait comme « l'ensemble des moyens physiologiques non spécifiques mis en œuvre par un organisme pour se défendre contre une agression".
S'intéressant aux réactions de peur de chats face à des chiens, Cannon décrit le « syndrome d'urgence », associant l'accélération du rythme cardiaque, l'ascension de la tension artérielle, une pilo-érection et un afflux sanguin vers les muscles et le cerveau. Il découvre une des substances impliquées dans ces réactions physiques : l'hormone **adrénaline**, sécrétée par la médullo-surrénale. Plus tard, il décèlera la **sympathine, actuelle noradrénaline**.

[6] L'ensemble des références citées dans cette partie proviennent de l'ouvrage de Cathébras sus-cité hormis lorsque cela est spécifié par une autre référence bibliographique.

Selye quant à lui cherchait à découvrir une hormone sexuelle. En injectant à des rats une substance préparée à partir d'extraits ovariens bovins, ceux-ci meurent et il découvre à l'autopsie des lésions identiques à celles rencontrées lors de son cursus médical chez des patients décédés gravement traumatisés : la surrénale est hypertrophiée, le thymus et les ganglions sont atrophiés, il existe des ulcères gastro-intestinaux. Il découvre ainsi les **glucocorticoïdes**, sécrétés par la corticosurrénale et décrit le « syndrome général d'adaptation[7] », réponse non spécifique de l'organisme, visant à rétablir son homéostasie quelle que soit la source de l'agression.
Les premières « hormones du stress » étaient repérées.

Depuis, ce modèle linéaire s'est révélé plus simpliste que ne l'est la réalité. Les réactions à un stress cognitif impliquent plusieurs systèmes **interagissant les uns avec les autres : le système endocrinien** et ses hormones, **le système nerveux autonome** et ses neurotransmetteurs et **le système immunitaire** et ses cytokines. L'axe neuroendocrinien du stress est l'axe cortico-hypothalamo-hypophyso-surrénalien.

Les symptômes éprouvés lors d'émotions ou de stress tels que les suées, la tachycardie, les sensations vertigineuses, les tremblements, les troubles du transit (secondaires à la diminution de la motilité intestinale) sont proches du syndrome d'urgence décrit par Cannon et s'expliquent par l'activation du système nerveux autonome sympathique, entrainant une libération de catécholamines par la médullo-surrénale.

Le stress exerce des effets péjoratifs sur le système immunitaire.
Les organes lymphoïdes primaires et secondaires dans lesquels se développent les lymphocytes sont innervés par le système nerveux sympathique ; les lymphocytes matures possèdent des récepteurs membranaires pour la plupart des neurotransmetteurs et des récepteurs intracellulaires au cortisol**.** Le niveau d'activité du système nerveux sympathique exerce ainsi son influence sur la maturation du système immunitaire. Les glucocorticoïdes quant à eux, inhibent la croissance des cellules lymphoïdes, modifient la répartition des lymphocytes B et T dans les tissus, favorisent leur apoptose, diminuent leurs sécrétions de cytokines. Ils réduisent également l'activité des lymphocytes NK (natural killer) et la sécrétion des médiateurs de l'inflammation.
Ces mécanismes peuvent expliquer par exemple la réactivation du virus VZV lors d'exposition à un stress psychologique.

Lorsque le cortisol est sécrété à des taux élevés de manière chronique, il favorise le déclenchement d'un diabète par l'intermédiaire de la néoglucogénèse ainsi que de l'hypertension artérielle. Enfin, le

[7] Le syndrome général d'adaptation est constitué de trois étapes : une **phase d'alarme** brève, pendant laquelle existe une mobilisation intense d'énergie, conséquences secondaires à la décharge d'adrénaline (tachycardie, hyperventilation, hypersudation…) ; une **phase de résistance** pouvant durer plusieurs semaines pendant lesquelles l'organisme se défend et mobilise ses réserves énergétiques ; puis si l'agression continue, une **phase d'épuisement** : les réactions adaptatives sont dépassées et des lésions organiques menaçant la survie de l'organisme peuvent survenir.

rétrocontrôle qu'il exerce sur l'hypophyse, peut diminuer l'activité des autres axes hypophysaires à l'origine de dysthyroïdies, troubles de la croissance et de la fertilité.

A un autre niveau microscopique, le **système nerveux central** joue un grand rôle dans les symptômes fonctionnels, en particulier les **syndromes douloureux** chroniques comme la fibromyalgie ou le syndrome de l'intestin irritable.
Dans ces pathologies, il est responsable d'une hyperalgésie, due au **dysfonctionnement des voies médullaires descendantes inhibitrices modulant la douleur et à une augmentation du signal douloureux par les voies médullaires sensitives affluant au cerveau** par un phénomène électrique.(25)

A un niveau plus macroscopique, certains symptômes fonctionnels peuvent s'expliquer comme suit:(9)
Les rachialgies et douleurs myofasciales sont expliquées par des **contractions et tensions musculaires** en réponse à un stress. Elles jouent un rôle pathologique prépondérant dans des maladies comme la fibromyalgie ou le syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire.
Dans le syndrome d'hyperventilation[8] à la forme aiguë (tétanie) ou chronique (plus difficilement perceptible), l'hyperventilation entraine une hypocapnie. Ses conséquences font l'objet de controverses mais certains auteurs lui attribuent des phénomènes vasomoteurs (vasoconstriction artérielle cérébrale, cutanée, coronaire) à l'origine des symptômes ressentis tels que des douleurs thoraciques et musculaires, des palpitations, une dyspnée, des troubles de la vue, des vertiges, des paresthésies, une xerostomie, ou une asthénie.
Le manque de sommeil est pourvoyeur de fatigue, de douleurs diffuses, de frilosité, et de modifications de l'humeur.
L'**inactivité physique** est responsable d'un déconditionnement à l'effort, lui-même à l'origine d'hypotension orthostatique.

2.2. Vécu et traumatismes infantiles

Plusieurs travaux cités par Cathébras suggèrent que les **conduites de somatisation peuvent être apprises pendant l'enfance** et renforcées par le comportement des parents.
Une étude britannique a mis en évidence que les enfants dont un parent souffre de trouble somatisation[9] a un risque relatif de passage aux urgences douze fois plus grand que les enfants de parents somatisant

[8] Anciennement « spasmophilie ».

[9] Au moment de cette étude, le DSM-IV faisait référence pour la nosographie psychiatrique. Les critères diagnostiques du « trouble somatisation » étaient :

A- Antécédents de plaintes somatiques multiples, débutant avant l'âge de 30 ans, se manifestant pendant plusieurs années et aboutissant à des demandes de traitement et/ou à une altération significative du fonctionnement social.

B- Chacun des critères suivants doit avoir été rempli :

1- Quatre symptômes douloureux

moins sévères ainsi qu'un absentéisme scolaire neuf fois plus élevé. Une étude de cohorte de 3562 sujets a étudié 191 patients de 36 ans présentant au moins trois SMI (26). L'étude révèle qu'un facteur de risque très important de développement des SMI est la **perception** par ces adultes **d'une mauvaise santé de leurs parents lorsqu'ils étaient enfants.**

Ceux ayant présenté pendant l'enfance des douleurs abdominales inexpliquées récidivantes souffraient davantage de SMI à l'âge de 36 ans. En revanche ni le décès d'un des parents avant l'âge de 15 ans, ni l'existence de maladie somatique grave chez l'enfant ne constituaient des facteurs de risque de SMI à l'âge adulte.

Ainsi, l'expérience propre de symptômes fonctionnels durant l'enfance et la santé des parents perçue comme mauvaise –sans présenter de maladies graves prédisposent aux SMI à l'âge adulte.

Dans la limite d'études rétrospectives, le risque de SMI à l'âge adulte est corrélé à la gravité et probablement à la **quantité des traumatismes vécus dans l'enfance**, qu'il s'agisse de carences affectives – en particulier avant l'âge de 12ans, de violences physiques, de violences sexuelles ou d'événements traumatiques émotionnels.

Le **mode d'attachement affectif** à l'âge adulte des patients somatisants est plus volontiers pathologique, de type évitant ou anxieux-ambivalent. Une des hypothèses explicatives réside en une réponse aux carences affectives subies dans l'enfance par un comportement permanent de recherche de soin (y compris de soins médicaux), au final inopérant.

2.3. Traits de personnalité

Une association entre somatisation et certains traits de personnalité a été mis en évidence.

Le névrosisme est un des traits de personnalité appartenant à divers modèles de personnalité, dont celui actuellement dominant des « Big Five »[10]. Il est caractérisé par la disposition à éprouver des émotions négatives tout au long de la vie. Cette disposition est associée à l'expression de davantage de symptômes somatiques sans surmorbidité organique. Par ailleurs, elle est un facteur de risque prouvé à la survenue d'événements négatifs, d'anxiété et de dépression.

2- Deux symptômes gastro-intestinaux
3- Un symptôme sexuel
4- Un symptôme pseudo-neurologique

C- Un des critères suivants doit être rempli :
1- Aucun des symptômes du critère B ne peut s'expliquer par une affection médicale ou par des effets d'une substance.
2- Quand il existe une relation avec une affection médicale générale, les symptômes ou l'altération du fonctionnement social qui en résultent sont disproportionnés par rapport à ce que laisseraient prévoir les constatations médicales.

D- Les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints.

[10] Lewis Goldberg, professeur de psychologie américain est à l'origine du concept. Les 4 autres facteurs sont l'extraversion, l'amabilité, l'ouverture d'esprit et la conscience (décrivant des personnes responsables).

Le concept est proche de celui d'**affectivité négative**, proposé par les psychologues américains Watson et Clark qui inclue de nombreuses émotions dites « négatives » comme la colère, la culpabilité, la frustration, l'anxiété… Les sujets ayant un degré d'affectivité négative élevé ont tendance à se focaliser sur les aspects négatifs en général, d'eux même et de la vie, à l'origine d'un niveau de détresse et d'insatisfaction élevé. Prêtant une grande attention inquiète et pessimiste à leur corps, ils sont à risque de développer des SMI.

Citons enfin l'**alexithymie** car ce concept garde une place importante pour les psychosomaticiens, bien que les données empiriques à son sujet soient très contradictoires.
L'alexithymie désigne l'incapacité à lire ses émotions (du grec *lexis* « mot », *thymos* « cœur, âme » puis par extension « émotion »). Il s'agit d'un concept psychanalytique proposé par deux psychanalystes américains Sifneos et Nemiah, s'inspirant grandement du concept de « pensée opératoire » de l'Ecole de Psychosomatique de Paris (27) désignant la difficulté à symboliser et à verbaliser ses émotions, affects et fantasmes. Le défaut de l'imaginaire et la difficulté à l'expression par la parole entrainerait un mode d'expression somatique par des symptômes fonctionnels ou organiques.

2.4. Facteurs cognitivo-comportementaux

Certains processus cognitifs ou comportements renforcent les symptômes, pouvant être à l'origine de véritables cercles vicieux aggravant et/ou entretenant. Les phénomènes cognitifs impliqués sont perceptifs, évaluatifs et interprétatifs.
Des sensations physiques pourront être perçues comme inquiétantes et intenses du fait d'interprétations catastrophistes. Les **comportements de vérification de la santé** par des consultations médicales et examens complémentaires pourront se solder par l'absence d'explication des sensations physiques, aggravant l'anxiété. L'hypervigilance portée au corps sera alors renforcée, susceptible d'entrainer la perception de nouveaux symptômes. Ce phénomène a été théorisé par Arthur Barsky, professeur de psychiatrie américain, sous le terme d' « **amplification somatique** ». (28)
A un niveau extrême, ces processus cognitivo-comportementaux sont retrouvés dans le Trouble d'anxiété liée à la maladie[11]. Ce phénomène peut aussi fournir une explication aux variations de symptomatologie inter-individuelle mais aussi intra-individuelle au cours de la vie tant pour des symptômes fonctionnels qu'organiques.
Les conduites d'évitement sont un autre type de comportement susceptible de renforcer les symptômes. Ainsi l'évitement de l'effort physique joue un rôle prégnant dans les syndromes douloureux chroniques comme le syndrome de fatigue chronique ou la fibromyalgie ; ils entrainent un déconditionnement à l'effort aggravant les douleurs et l'asthénie d'une part et maintiennent l'attention du patient sur ses inquiétudes d'autre part, empêchant l'habituation et la tolérance aux symptômes.

[11] Appellation actuelle dans le DSM-V de l'ancien Trouble hypochondriaque du DSM-IV.

2.5. Point de vue psychanalytique

Exposer les différentes théories psychanalytiques expliquant les somatisations demanderait un développement long, à la limite de notre sujet d'étude. Nous présentons un postulat initial sur lequel elles reposent.

Les symptômes ont un sens, rattaché étroitement avec la vie psychique du patient. Ils seraient l'expression d'un conflit entre une énergie pulsionnelle – la libido – et son refoulement. La libido ne pouvant être consciente et satisfaite par un acte trouve un moyen de se satisfaire par le corps, en produisant un symptôme.

2.6. Facteurs culturels et sociaux

Le milieu socio-culturel influence l'expression de symptômes et détermine l'expression ou l'existence de certaines maladies. Ceci est particulièrement le cas pour les pathologies mentales dont la frontière entre le normal et le pathologique est fine et modulable.
Ainsi, dans les pays non occidentaux au sens large ainsi que chez des patients occidentaux provenant de milieux socioculturels défavorisés, la dépression est plus souvent exprimée – et régulièrement de manière exclusive – par des symptômes somatiques.
De la même manière, des symptômes somatiques peuvent revêtir une valeur communicative dépassant largement le paradigme médical. Citons l'exemple d'épigastralgies, présentées par une patiente de 50 ans au médecin. En Occident, on cherchera en priorité un ulcère gastro-duodénal, une gastrite…après une anamnèse et un examen physique éliminant des diagnostics différentiels somatiques. En Corée, il est communément admis qu'elles peuvent être l'expression d'une colère et masquer une dépression. En effet, en parallèles d'autres symptômes somatiques (épigastralgies, douleur thoracique, dyspnée…) et psychiques (colère, peur, tristesse…), elles correspondent à un syndrome plus large appelé « hwa-byung » – littéralement la maladie du feu, de la colère (hwa). Le syndrome touche surtout les femmes d'âge moyen ; elles peuvent être le moyen d'exprimer des émotions jugées négatives dans une société où l'on apprend à les intérioriser. (29)
La protestation sociale contre l'oppression d'ordres divers : ethnique, religieuse, économique, sexe-genre, peut également être le sens de symptômes somatiques, exprimés consciemment ou non.

2.7. Réponse médicale et système de soins

Les moyens médicaux techniques et les réponses que les médecins apportent à leurs patients présentant des symptômes fonctionnels participent à leur chronicisation et à leur aggravation.
Devant un symptôme inexpliqué, le médecin demande souvent des examens complémentaires pour l'aider dans sa démarche diagnostique. Lorsque ceux-ci ne permettent de mettre en évidence aucune lésion organique responsable des symptômes, le doute persiste quant à certaines maladies que les

premiers examens n'auraient pas permis de mettre en évidence ; ce doute peut entrainer des **cascades d'examens complémentaires anxiogènes** pour le patient. Souvent, leurs résultats ne répondent pas à la question des symptômes initiaux mais découvrent d'autres lésions révélant potentiellement d'autres pathologies que l'on ne suspectait pas initialement. Ces **incidentalomes** aggravent le phénomène. Les médecins persistants dans la recherche de lésions organiques décelables entretiennent le patient à penser que leurs symptômes résultent de manière linéaire d'une lésion que la médecine n'a pas encore mise en évidence et **ne sont pas encouragés à envisager d'autres facteurs causaux psychosociaux** participant. Les patients peuvent être confiés à des médecins spécialistes qui le plus souvent éliminent les pathologies spécifiques de leur domaine avant de les ré-adresser à leur médecin généraliste, s'étant contentés d'éliminer une pathologie de leur ressort. La **responsabilité médicale est diluée,** le patient ne sait plus à qui s'adresser.

Le **médecin généraliste** quant à lui, se retrouve **confronté aux limites de son savoir**, associé à l'insatisfaction de ne pouvoir soulager son patient. En réaction, il devient parfois suspicieux à l'égard de celui qui le met en difficulté, entrainant des **comportements de responsabilisation, de culpabilisation et des maladresses communicationnelles,** laissant entendre aux patients que « tout est dans leur tête ». Ces représentations jugeantes et péjoratives sont à l'origine de traumatismes psychiques chez les patients, renforçant leur **perte de confiance en la médecine,** diminuant encore leurs chances de guérison. (10)

La relation médecin-patient devient iatrogène, laissant le patient douloureux, incompris, inquiet et suspect d'inventer ses symptômes, et jugé illégitime dans ses recours au système de santé.

MATERIEL ET METHODE

Notre travail est une étude qualitative réalisée à partir de l'observation de vidéos de consultations de médecine générale.

1. Le choix de la méthode qualitative

Les études qualitatives appartiennent à l'origine aux disciplines des sciences humaines et sociales, en particulier l'anthropologie sociale et culturelle et la sociologie qualitative. Elles s'intéressent à des facteurs subjectifs, difficilement ou non quantifiables. Pierre Paillé décrit l'analyse qualitative de façon simple comme « une activité de l'esprit humain tentant de faire du sens face à un monde qu'il souhaite comprendre et interpréter, voire transformer ». Leur but est la compréhension et l'interprétation des pratiques et expériences humaines ou sociétales.(30)

Une étude est désignée « qualitative » par plusieurs aspects. (30) D'une part, les matériels utilisés sont pensés pour recueillir des données qualitatives : par exemple des témoignages, des vidéos, des notes de terrain… D'autre part, ces données sont analysées dans le but d'en extraire le sens, et non des statistiques. Enfin, l'étude est menée de manière la plus authentique possible, sans mise en situation artificielle, au plus proche des personnes étudiées, de leurs actes ou de leurs paroles.

Les chercheurs en médecine ont commencé à mener des études qualitatives dans les années 1990.(31) Les recherches menées dans le domaine médical visent à comprendre les vécu, représentations, et croyances des patients et de leur entourage autour de leur vie médicale, ainsi que ceux des professionnels de santé. Un autre domaine de recherche est la relation de soin. C'est le cas de notre étude. Dans ce cadre, elles observent et interrogent les interactions complexes entre patients et professionnels de santé.

Notre étude nécessitait une méthodologie qualitative car elle visait à étudier les conséquences du discours d'un protagoniste sur l'autre (celui du médecin sur le patient et celui du patient sur le médecin) en termes de qualité de la relation de soin (alliance ou mésalliance) et de compréhension du symptôme.

2. Matériel

Le matériel utilisé permettait lui aussi une recherche qualitative, il s'agissait d'un corpus de vidéos de consultations de médecine générale.

2.1. Le choix des vidéos de consultation de médecine générale

Les données filmées d'interactions entre individus en face à face sont un support de recherche utilisé par les disciplines des Sciences humaines et sociales depuis les années 1950.

Citons l'Ecole de Palo Alto en Californie, dont les membres furent des pionniers de la recherche sur la communication dans l'interaction. (32) En 1956, l'anthropologue Gregory Bateson propose à une équipe pluridisciplinaire regroupant anthropologues, psychiatres et linguistes son film *Doris* dans lequel il s'entretient avec Doris, une jeune femme en cours de psychothérapie familiale. Certaines séquences sont analysées selon le triple prisme psychologique, linguistique et kinésique[12]. Cette recherche participera à l'idée selon laquelle la communication entre individus est un processus social associant des comportements multiples (discours, gestuelle, mimique, type d'espace interindividuel…) dont l'ensemble doit être considéré pour permettre une signification.

Ces travaux illustrent un des avantages de la vidéo dans le but d'analyser la communication entre individus. Elle permet d'accéder à l'ensemble de ses paramètres : non seulement le langage verbal, mais aussi le langage para-verbal : timbre et intensité de la voix, soupirs, silences, enfin le langage non verbal : gestuelle et mimiques, regards, distance, apparence physique… (33) Un autre avantage est celui d'accéder à des données authentiques, au plus proche de la réalité des consultations.

2.2. Description de la base de vidéos de consultations de médecine générale

Les vidéos de consultation de médecine générale sur lesquelles porte notre étude sont issues d'une base de données créée par Ludovic Le Moing en 2011 à l'occasion de sa thèse d'exercice intitulée « Intérêt et faisabilité de la réalisation d'une base de données de consultations filmées de médecine générale pour la recherche ». (34)
Elle est constituée de 172 vidéos, enregistrées durant cinq jours et demi consécutifs auprès de quatre médecins généralistes libéraux.

2.2.1. Caractéristiques des médecins

Vingt-cinq médecins généralistes du réseau du département de médecine générale de l'Université Paris Descartes ont été sollicités par e-mail. Parmi eux, 5 ont accepté et 4 ont été filmés. Ils étaient tous maitres de stage.
Les médecins A et C sont des hommes, les médecins B et D des femmes.
Les médecins A, B, C et D ont respectivement 57ans, 53 ans, 61 ans et 56 ans.

[12] La kinésique correspond à l'étude des gestes et des mimiques en tant qu'éléments participant à la communication. L'anthropologue américain Ray Birdwhistell a théorisé la kinésique en proposant des kinèmes (par analogie aux phonèmes en linguistique), une cinquantaine de positions corporelles. La séquence de *Doris* dans laquelle Bateson allume la cigarette de Doris sera une des sources de ses recherches. (29)

Les médecins C et D exercent en milieu urbain de la région Ile de France, le médecin A en milieu rural de la région Ile de France, le médecin B en milieu semi-rural de la région Occitanie.
Les médecin A, B, C et D ont permis l'enregistrement respectivement de 74, 44, 23 et 31 consultations. Leurs consultations duraient en moyenne respectivement 15,4 minutes, 17,2 minutes, 19,6 minutes et 31 minutes.
Deux des médecins avaient un exercice particulier : le médecin C menait beaucoup de consultations de nutrition et le médecin D de psychothérapie. Tous les deux étaient universitaires.

2.2.2. Caractéristiques des patients

Parmi les 245 patients ayant consulté durant la période de l'étude, 180 ont accepté d'être filmés. Parmi ces enregistrements vidéos, 8 étaient défectueux, aboutissant à 172 vidéos exploitables.

Parmi eux, il y a 70,9% de femmes (122) et 29,1% d'hommes (50).
L'âge moyen des patients est de 43 ans : la majorité des patients (26,2%) ont entre 35 et 50 ans, 16,3% ont moins de 18ans, 18.6% ont plus de 65 ans.
Les individus en activité représentent 61,8% des patients, les retraités 22,9%, les patients au chômage ou aidant un proche représentent 11,1% des patients, les étudiants et les personnes en invalidité représentent chacun 2,1% des patients.
Concernant leur catégorie socioprofessionnelle, la majorité des patients (40.7%) sont employés, 23,8% sont des professions intermédiaires, 15 ,1% sont cadres et professions intellectuelles supérieures, 10,5% sont artisans ou commerçants, 7% sont ouvriers, 2 ,9% sont agriculteurs.
Enfin, 39,5% des patients sont suivis depuis plus de 10 ans par le médecin, 18,6% entre 5 et 10 ans et 7% consultent pour la première fois.

2.2.3. Contenu des consultations

Au total, 321 motifs de consultation différents ont été abordés.
Les plus courants, par ordre de fréquence, appartenaient aux catégories ostéo-articulaire, endocrinienne et nutritionnelle, psychologique, respiratoire et cardiovasculaire.
Parmi les précisions apportées par les médecins, le diagnostic était « inconnu » dans 21 consultations (12,2%), un problème « psychologique » était évoqué dans 34 consultations (19,8%), un problème « social » était évoqué dans 17 consultations (9,9%), le problème était « d'origine fonctionnelle » dans 2 consultations (1,2%) et une « négociation » sur la prise en charge a eu lieu dans 27 consultations (15,7%).

2.2.4. Principales modalités de constitution de la base de données

Les enregistrements vidéo ont été tournés durant cinq jours et demi consécutifs pour chaque médecin grâce à une caméra fixe disposée de manière à voir le patient et le médecin de profil en face à face. Le médecin déclenchait et achevait lui-même l'enregistrement de chaque consultation. L'examen physique n'a pas été filmé mais l'enregistrement audio a été poursuivi pendant ce temps.

Le chercheur sur place s'est entretenu avec chacun des patients ayant accepté de participer à l'étude afin de les informer sur l'exploitation future des données, répondre à leurs questions et renseigner pour chacun d'eux un questionnaire contenant leur âge, sexe et catégorie socioprofessionnelle. Un consentement écrit a été obtenu par le médecin pour chacun d'entre eux.

Afin de constituer les métadonnées, le médecin renseignait à la fin des consultations un questionnaire contenant les principaux antécédents du patient, sa durée de suivi, le(s) motif(s) de la consultation, des précisions les concernant : diagnostic inconnu, problèmes psychologiques ou sociaux évoqués, origine fonctionnelle des troubles d'après le médecin et des précisions concernant la réalisation de certains actes : prévention/dépistage, absence de prescription, négociation/discussion, réalisation d'une ordonnance d'examens complémentaires, d'acte paramédical, orientation vers un spécialiste.
Les vidéos ont été transférées sur un disque dur externe crypté (logiciel TrueCrypt 7,0a), conservé au Département de Médecine Générale de la faculté Paris Descartes puis de la faculté Pierre et Marie Curie. Elles peuvent être consultées exclusivement sur place, sur un ordinateur dédié.
L'étude a obtenu l'avis favorable d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

3. Sélection des vidéos

Le but de notre étude était d'étudier les interactions médecin-patient autour des attributions psychosociales à des symptômes physiques.

Afin de sélectionner les vidéos dans cette perspective, nous nous sommes appuyés sur l'indexation existante des vidéos. Nous avons visionné toutes les vidéos contenant les index « diagnostic inconnu », pensant qu'une explication psychosociale avait pu être recherchée pour y répondre, « problème fonctionnel », « psychosomatique », « problème psychologique », « problème psychosocial », « dépression », « troubles anxieux », « fatigue, faiblesse généralisée » ces symptômes pouvant révéler des problématiques physiques comme psychosociales, et « négociation-discussion », afin d'étudier ces types particuliers d'interactions médecin-patient.

Parmi ces vidéos, nous avons sélectionné celles dans lesquelles coexistaient au moins un symptôme physique et la recherche et/ou l'émission d'attributions psychosociales à propos de ce(s) symptôme(s) par le médecin ou par le patient.

Dans un souci d'exhaustivité, nous avons regardé des vidéos étant indexées différemment, sans préférence. Ceci n'a entrainé aucune sélection supplémentaire de vidéo.

4. Méthode d'analyse

4.1. Transcription des vidéos

Les séquences des vidéos sélectionnées dans lesquelles le médecin ou le patient recherche ou propose une attribution psychosociale à un symptôme physique ont été transcrites manuellement. Afin de permettre une analyse du contexte de survenue de ces attributions, les séquences leur précédant ont également été transcrites. Certaines autres leur succédant l'ont été également afin de permettre l'analyse des réponses à ces attributions.
Pour ces séquences sélectionnées, l'ensemble des verbatims[13] du patient et du médecin a été transcrit. En parallèle du langage verbal, nous avons transcrit les principaux éléments des langages para verbal et non verbal du médecin et du patient en prêtant une attention particulière aux intonations de voix, aux regards, aux mimiques et aux silences.

En analyse spécialisée sociolinguistique, certaines règles de transcription existent. Une des méthodes les plus utilisées est le « Jefferson System », que la sociolinguiste américaine Gail Jefferson a créé dans les années 1960.(35) L'ensemble de ces règles n'a pas été utilisé d'une part du fait de leur complexité de réalisation, d'autre part du fait de la difficulté de lecture sans formation préalable.
Nous avons conservé le crochet pour signifier les chevauchements de paroles et l'apostrophe pour signifier l'absence d'un son. Les autres éléments annotés des communications non et para verbales ont été décrits littéralement. Les lettres m et p au début de chaque tour de paroles correspondent respectivement au discours du médecin et du patient.

Voici un exemple de transcription utilisant les éléments cités :
m: *et j'pense que ça va améliorer [tous ces troubles là.*
p: *[et donc, à la suite de] ça, j'aurais vu l'gastro.*

Dès cette étape de visionnage et de transcription, des idées pour l'analyse sont apparues ; elles ont été inscrites sous forme de « mémo » en parallèle des verbatims et des éléments non et para verbaux du langage.
Un exemple de transcription finale figure en Annexe 2.

4.2. Evolution de la méthode d'analyse en parallèle de l'évolution de l'objet de recherche

[13] Verbatim : transcription mot à mot d'un discours oral.

4.2.1. Evolution de l'objet de recherche

Notre objet précis de recherche a évolué au cours du visionnage des vidéos. Notre objectif initial était d'observer le comportement des médecins face à des patients présentant des symptômes médicalement inexpliqués. Nous voulions étudier à la fois les aspects relationnels de ce comportement et la démarche diagnostique et thérapeutique pratique du médecin. Les vidéos offraient cet avantage de pouvoir accéder à la réalité de ces situations, sans que les souvenirs et représentations des médecins puissent la modifier, comme cela peut être le cas lors d'entretiens individuels rétrospectifs.

Lors du visionnage des vidéos, plusieurs difficultés ou manques sont apparus pour atteindre cet objectif.

La première était de sélectionner les vidéos correspondant à des situations de symptômes médicalement inexpliqués. Il était ainsi nécessaire de bien définir ce terme.
La littérature médicale concernant les SMI traite essentiellement de symptômes chroniques, ou du moins durables. Le concept de SMI nécessite donc du temps et plusieurs consultations avant d'être retenu. Or les vidéos de consultations de médecine générale ne concernent que l'instant t d'une seule consultation sans présager de ce qu'il se passe ni avant (hormis les antécédents du patient, mentionnés dans le questionnaire les accompagnant) ni après. Nous ne pouvions ainsi pas suivre le processus diagnostique. Si nous retenions tout de même ce concept, les vidéos à sélectionner devaient renseigner à la fois sur le caractère durable des symptômes physiques présentés, ainsi que sur l'existence d'examens complémentaires concernant ces mêmes symptômes (et non d'autres ; plusieurs motifs de consultations étant souvent abordés) enfin sur leurs résultats, n'ayant pas fait davantage avancer le diagnostic. Au cours du visionnage des vidéos, nous n'avons trouvé que deux[14] vidéos traitant de symptômes partageant l'ensemble de ces critères. Cette quantité de matériel nous a paru trop faible pour faire l'objet d'une recherche.
De plus, cette définition restrictive entrainait un manque dans notre recherche de médecine générale. Elle éliminait des vidéos qui illustraient des situations fréquentes en soins primaires : celles où un symptôme physique était inexpliqué mais récent.
Par ailleurs, au cours du visionnage, différentes données non anticipées ont suscité notre intérêt.

Parmi des vidéos dans lesquelles des symptômes physiques recevaient un diagnostic biomédical en fin de consultation, il est arrivé à plusieurs reprises que celui-ci nous ait semblé établi hâtivement. Certains éléments dans le discours du patient laissaient penser qu'il désirait peut-être parler d'éléments psychosociaux de sa vie. Sans présager si ces éléments contribuaient au diagnostic explicatif, nous fûmes alors intéressés non plus par le comportement du médecin uniquement, mais aussi par celui du patient. D'autres enregistrements dans lesquels le patient émettait lui-même des attributions causales

[14] Il s'agit des vidéos A069 et B009.

psychosociales claires à ses symptômes physiques ont achevé de confirmer l'intérêt à porter au discours et attitudes non verbales de ces derniers et aux réponses apportées cette fois par les médecins.
L'objet de notre étude s'est donc à la fois enrichi et adapté à notre matériel de recherche. La communication médicale face à des patients souffrant de SMI a été abandonnée au profit de l'étude des interactions entre le médecin et le patient lorsque l'un ou l'autre émettait ou recherchait une explication psychosociale aux symptômes physiques présentés.
Cette évolution a eu des conséquences sur le choix de la méthode d'analyse des données.

4.2.2. Evolution de la méthode d'analyse

- Théorisation ancrée

Au début de la recherche, ce qui concentrait notre intérêt était le concept de symptôme médicalement inexpliqué. Parmi les différentes méthodes d'analyse qualitative utilisées en recherche médicale, nous avions initialement pensé à la *grounded theory*, traduite par « théorisation ancrée ».

Cette méthode vise à expliquer des comportements humains face à une problématique, (ici ceux des médecins face à une maladie : les SMI) ou à étudier un processus social dans un contexte donné (ici, la consultation de médecine générale). (36) Elle se caractérise par un mode d'approche empirique et inductif. (37) L'objet d'étude initial est peu précis, l'hypothèse de recherche étant définie après le début du recueil des données. La base de vidéos de consultations existait déjà mais l'on peut comparer les collectes successives recommandées des données au processus évolutif de sélection des vidéos. La collecte (ou ici, la sélection des vidéos) et l'analyse des données ont lieu simultanément, permettant d'orienter les suivantes de manière plus pertinente à l'objectif de recherche. L'analyse se déroule en étapes successives : de la *codification* des données, qui consiste à étiqueter l'ensemble des éléments présents dans le corpus, à leur *catégorisation* où les aspects les plus importants de l'objet d'étude sont nommés, à leur *mise en relation*, jusqu'à la *théorisation*, consistant en une construction exhaustive de la « multidimensionnalité » et de la «multicausalité» du phénomène étudié.[15] (37) Si l'on suit ces étapes, la théorie finale provient directement des données, elle y est « ancrée ».

Sans savoir si nous arriverions à un modèle théorique autour des SMI, nous nous sommes lancés initialement dans cette méthode d'analyse. Nous avons pour cela codifié l'ensemble des verbatims transcrits, au fur et à mesure.

[15] La méthode d'analyse rigoureuse utilisée par les sciences humaines et sociales comprend deux étapes supplémentaires entre la *mise en relation des catégories* et la *théorisation*. Il s'agit de *l'intégration* puis de la *modélisation*. L*'intégration* correspond au moment central où l'essentiel du propos est cerné ; la *modélisation* correspond à l'étape où l'on tente de reproduire la dynamique du phénomène analysé.(37) Dans l'enseignement de la théorisation ancrée aux étudiants en médecine, il semble que ces deux étapes ne soient pas jugées indispensables.(36)

Au fur et à mesure du visionnage et du codage, plusieurs questions générales sont apparues.
Quels contextes de consultation poussent les médecins à rechercher une attribution psychosociale aux symptômes physiques dont les patients se plaignent ? Peut-on y repérer des caractéristiques particulières : type de symptômes, antécédents des patients, attitudes de ceux-ci… ?
De quelles manières communicationnelles les médecins recherchent-t-ils ces attributions ?
Lorsque ce sont les patients qui proposent une attribution psychosociale à leurs symptômes, de quelles manières communicationnelles le font-ils ? Quels sont les facteurs psychosociaux qu'ils attribuent à leurs symptômes physiques ?
De quelle manière l'interlocuteur (médecin ou patient) réagit il aux recherches ou propositions d'attributions psychosociales aux symptômes ? Les accepte-il, y résiste-t-il ?
Certaines attitudes communicationnelles (verbales, para et non verbales) paraissent-elles favoriser l'acceptation de ces attributions ou au contraire entrainer une résistance de l'autre ?
Quelle est la finalité des consultations concernant la compréhension des symptômes et la qualité de la relation entre le médecin et le patient ? Ces deux aspects sont-ils déterminés par des modes de communication particuliers ?

S'il était possible de répondre aux questions d'ordre thématique (les contextes de consultation, les thématiques des attributions psychosociales) par les premiers codages, ceux-ci sont apparus insuffisants pour répondre aux questions d'ordres interactionnel et communicationnel. C'est dans ce contexte que nous nous sommes tournés vers l'analyse conversationnelle.

- Analyse conversationnelle

L'analyse conversationnelle provient de la sociolinguistique. Elle est fondée aux Etats Unis au milieu des années 1960 par Harvey Sacks, sociologue et anthropologue en collaboration avec Emanuel Schegloff et Gail Jefferson, sociologues et linguistes. Elle se situe dans la lignée de l'ethnométhodologie[16]. Elle envisage la conversation comme fondement des interactions sociales, permettant grâce à une structure ordonnée, des retombées pratiques comme la compréhension mutuelle, la transmission de messages importants, l'anticipation à une réaction négative…(38)

L'analyse conversationnelle étudie le discours dans l'interaction en s'attachant aux aspects formels de son organisation de manière détaillée. De cette façon, elle permet de déterminer à quels moments précis de l'interaction et de quelles manières surviennent les accords, les différences, les conflits, etc. Elle

[16] L'*ethnométhodologie* est un courant sociologique fondé par Harold Garfinkel dans les années 1950 qui étudie l'activité sociale en tant qu'à la fois processus complexe de coordination des actions et qu'accomplissement pratique. Parmi les autres influences ayant participé à l'émergence de l'analyse conversationnelle, nous pouvons citer l'*interaction en face à face* étudiée par le sociologue Erving Goffman, l'essor des données enregistrées, parallèlement à l'invention des magnétophones portables ou encore la *grammaire générative* de Noam Chomsky qui inspire Sacks dans sa recherche de dispositifs afin de rendre compte des structures formelles observées dans la conversation.(38)

prend en compte l'accompagnement para et non verbal du langage, permettant l'interprétation du discours dans son contexte, indispensable pour en extraire le sens.[17] La démarche est empirique et inductive nécessitant le recueil de données authentiques comme le permettent les enregistrements vidéo.

L'analyse conversationnelle est adaptée à l'étude de la relation médecin-patient dans le sens où elle permet d'identifier les processus langagiers influençant la réponse de l'interlocuteur.(39) Elle permet non seulement d'identifier les types d'interaction facilitant la participation des patients dans les discussions ou la décision partagée mais aussi d'étudier l'association entre des « styles » interactionnels et des résultats pratiques comme la satisfaction des patients ou la prescription d'antibiotiques.(40)

Afin de répondre aux questions interactionnelles posées à la suite du visionnage de la base, nous avons analysé par analyse conversationnelle les vidéos contenant des types d'interactions clés.

Les concepts d'analyse conversationnelle pertinents pour comprendre notre démarche sont explicités en Annexe 1. Nous avons prêté une attention particulière à l'organisation séquentielle de la conversation, aux systèmes de prise des tours de paroles, en particulier les moments d'interruption et de chevauchement de paroles ; aux paires adjacentes que sont par exemple les questions-réponses, à leur format et à leur système de préférence, aux réparations, et aux comportements non et para verbal tel que les silences, l'intonation, les rires, les postures du médecin et du patient…

Nous étions trois chercheurs à analyser les données.
J'ai procédé seule à l'observation directe puis j'ai analysé les données à la fois par analyse conversationnelle et analyse thématique correspondant à la première étape de la théorisation ancrée. Les deux autres chercheurs ont analysé les données à partir de mes transcriptions, il s'agissait d'observation indirecte. Ceux si ont émis des codages thématiques et des codages interactionnels. Une de ces deux chercheurs était elle-même un des quatre médecins ayant participé aux enregistrements filmés. Afin d'éviter un biais d'évaluation, celle-ci n'a pas analysé ses propres vidéos.

Nous avons confronté nos analyses jusqu'à consensus ; cela a permis la triangulation des chercheurs[18].

[17] L'importance de la prise en compte du contexte dans lequel le discours est produit est une idée influencée par le courant d'anthropologie linguistique mené par John Joseph Gumperz et Dell Hymes. Il s'agit de l'*Ethnographie de la communication*. Celui-ci envisage le langage comme constituant distinctif d'un système socioculturel donné.(35)

[18] En recherche qualitative, la triangulation est une procédure visant la validation des résultats. Il s'agit de combiner le plus de perspectives possibles afin d'obtenir ces résultats. On distingue quatre possibilités de triangulation: à partir de différentes sources de données, à partir de différentes méthodes d'analyse, à partir de différents chercheurs pour les analyser, à partir de différentes théories d'approche analytique.(41)

Après cette première étape d'analyse longitudinale[19], une analyse transversale a été réalisée par la mise en parallèle des différentes vidéos. Cela a permis de faire émerger divers schémas interactionnels et de répondre aux questions soulevées par les premiers visionnages.

Un exemple d'une version initiale d'analyse conversationnelle est présenté en annexe 3.
Un exemple d'analyse longitudinale après codage thématique et analyse conversationnelle est présenté en annexe 4.

[19] L'analyse longitudinale consiste à choisir une séquence interactionnelle et à essayer de rendre compte au mieux de son déroulement en l'analysant sous un ensemble de points de vue : séquences, gestion des tours de parole… Dans l'analyse transversale, on part d'un phénomène défini au départ, par exemple les interruptions, les reproches…. Puis on étudie ce phénomène à travers les exemples qu'offre le corpus avec les différentes formulations possibles et réactions des protagonistes.(19)

RESULTATS

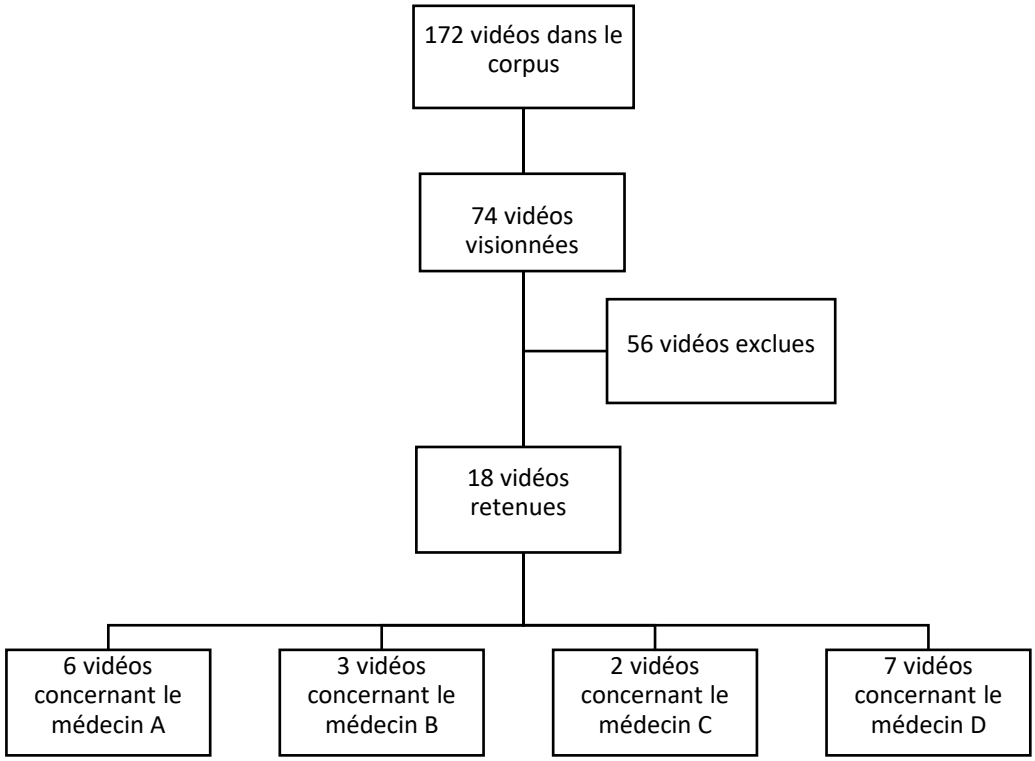
1. Sélection des vidéos

Parmi les 172 vidéos du corpus, nous en avons initialement visionné 74. Dans la majorité des cas, les vidéos étaient indexées de plusieurs façons. Voici comment elles étaient réparties :
33 vidéos correspondaient à l'index « problème psychologique ».
21 vidéos correspondaient à l'index « diagnostic inconnu ».
12 vidéos correspondaient à l'index « négociation-discussion ».
9 vidéos correspondaient à l'index « dépression », 3 vidéos à l'index « troubles anxieux ».
4 vidéos correspondaient à l'index « fatigue, faiblesse généralisée ».
2 vidéos correspondaient à l'index « problème fonctionnel ».
1 vidéos correspondait à l'index « psychosomatique » et 1 vidéo à l'index « problème psychosocial ».

Parmi ces 74 vidéos, les critères d'exclusion étaient d'une part l'évocation d'un problème psychosocial ou l'existence d'une psychothérapie sans que le patient ne présente de symptôme physique – cela correspondait à 20 vidéos ; d'autre part l'absence d'attribution psychosociale aux symptômes que ce soit de la part du patient ou du médecin : dans ces vidéos la problématique n'était apparemment que biomédicale – il y en avait 36.

Après exclusion de ces 56 vidéos, notre étude a porté sur 18 vidéos dans lesquelles coexistaient un ou des symptômes physiques et pour le(s)quel(s), le médecin ou le patient recherchait ou émettait une ou des attributions psychosociales (figure 1).

Figure1 :



2. Description des vidéos sélectionnées

Les 18 vidéos sélectionnées correspondent à sept consultations menées par le médecin D, six par le médecin A, trois par le médecin B, et deux par le médecin C.

Deux vidéos concernaient des hommes, seize concernaient des femmes. La moyenne d'âge était de 48 ans. La plus jeune patiente avait 24 ans, la plus âgée 74.

Les symptômes présentés par les patients, leurs antécédents ainsi que leurs situations professionnelle et personnelles sont présentés dans le tableau suivant.

Vidéo	**Sexe**	**Age** (ans)	**Symptômes actuels**	**Antécédents**	**Situation personnelle**	**Situation professionnelle**
A023	H	61	Epigastralgies Vomissements "*Petites douleurs là-haut*"	*Non mentionnés* Sous Seroplex®	En couple Un enfant Un petit-enfant	Retraité Ancien ouvrier
A035	F	50	Troubles du sommeil	Syndrome du côlon irritable Syndrome canalaire ulnaire Sous fluoxetine	Un enfant	Agent administratif en secteur hospitalier
A045	H	43	Douleur thoracique	HTA Troubles anxieux	*Inconnue*	Ouvrier en activité
A054	F	40	Fatigue Douleurs abdominales	*Non mentionnés*	En couple 2 enfants	Profession intermédiaire En activité
A069	F	59	Céphalées Cervicalgies Sensations vertigineuses Xérostomie	Maladie de Ménière Migraines avec aura Cirrhose biliaire primitive Porphyrie familiale Parotidite	*Inconnue*	Retraitée Ancienne agricultrice exploitante
A077	F	26	Fatigue Céphalées Troubles du sommeil Restriction alimentaire	"*Problèmes psychologiques*"	En couple	Profession intermédiaire En activité
B009	F	52	Fatigue Douleurs des membres Hypersomnie Hyporexie Frilosité	Epilepsie Ménopause précoce Sous citalopram	Un enfant	Employée
B026	F	56	Fatigue Dyspnée	Syndrome dépressif Syndrome dorso lombaire	Deux enfants Petits enfants	Employée
B029	F	46	Fatigue Faiblesse Epigastralgies Vomissements Céphalées	Spondylarthrite ankylosante "*Psy*"	Mère malade Un frère éloigné	Invalidité permanente Profession intermédiaire
C003	F	53	Hypothyroïdie frustre	Cancer du sein Hypothyroïdie frustre	*Inconnue*	Cadre en activité
C011	F	33	Irritation linguale	"*Troubles thymiques*"sous Solian® Surpoids	Proche de sa mère Entourage amical	Profession intermédiaire En activité

Vidéo	Sexe	Age (ans)	Symptômes actuels	Antécédents	Situation personnelle	Situation professionnelle
D002	F	29	Sinusite trainante Fatigue Amaigrissement	Triade de Widal : -asthme -polypose nasale -intolérance à l'aspirine	Deux enfants en bas âge	Cadre en activité
D006	F	24	Troubles du transit Prurit vaginal Dyspareunie	*Non mentionné*	En couple Père décédé	Diplômée d'école de commerce Début d'un premier poste de travail
D008	F	63	Fatigue	BPCO Maladie de Ménière Insuffisance mitrale Hernie discale Troubles cognitifs débutants	En couple Un enfant	Retraitée Profession intermédiaire
D019	F	30	Douleur voute plantaire	Acné Troubles anxieux Surpoids	*Inconnue*	Cadre en activité
D027	F	40	Tremblements des extrémités	Obésité Syndrome dépressif	*Inconnue*	Employée en activité
D028	F	33	Acné de l'adulte	Eczéma Dépigmentation cutanée Surpoids	Célibataire Un frère Proche de ses parents	Responsable adjointe dans boutique de vêtements
D029	F	74	Pic hypertensif « *Crise de foie* »	2 AVC Cancer du sein Dyslipidémie HTA	Un enfant actuellement hospitalisé	Commerçante

3. Contexte des consultations[1]

Les situations de consultation où une attribution psychosociale à un symptôme est recherchée ou émise diffèrent selon que le médecin ou le patient en est à l'origine.

3.1. Lorsque le médecin recherche en premier une attribution psychosociale aux symptômes

Quels objectifs poursuivent les médecins lorsqu'ils sont à l'initiative de la recherche d'attributions psychosociales aux symptômes ?

Le plus souvent, il s'agit de comprendre et d'expliquer les symptômes présentés.

[1] La majeure partie des résultats descriptifs sont suivis de leur analyse pour de meilleures lisibilité et clarté.

Parfois, c'est dans le but d'appliquer les recommandations de bonnes pratiques médicales.

3.1.1. Le médecin cherche à comprendre et expliquer les symptômes.

Lorsque le médecin questionne le contexte psychosocial du patient afin d'expliquer les symptômes qu'ils présentent, on remarque que les symptômes, le passé médical du patient ainsi que certaines de leurs attitudes non et para verbales sont particulières.

- Types de symptômes

- Symptômes **généraux**

p : « Et l'autre point qui est peut être lié aussi, c'est que je me rends compte que j'ai perdu au moins 3 à 4 kilos depuis quelques semaines. Et que je traine une fatigue euh… assez forte.

- **Troubles du sommeil** :

p : là, quand je me lève, une heure après, faut que je redorme, et je redors !

- **Douleurs**

p : j'en ai mal partout, à l'intérieur des os et tout
p : et là, j'ai à nouveau, à nouveau mes points là…ohhh ! (en touchant les articulations sterno-costales)
p : tous les jours j'ai mal à la tête, mal à la tête

- **Tremblements**

p: r'gardez ! (p tend les bras devant elle et regarde ses mains ; m regarde p)
m: vous tremblez un peu
p: ça fait une semaine comme ça !

- Troubles du **transit stabilisés :**

m : Et là, les selles sont toujours un peu anormales ou elles sont normales ?
p : ça dépend des jours euh… là, depuis, ça va.

- Troubles de la sphère **uro-génitale**

Prurit vaginal :
Le médecin vient de lire les résultats de prélèvement vaginal que la patiente lui apporte :
m : donc là, ça continue à vous gratter ?

p : oui, toujours.

- Caractéristiques des symptômes

- Ils peuvent être **multiples** :

Citons ce passage où 6 symptômes sont exprimés verbalement ou par des gestes en quelques secondes : céphalées, symptômes localisés aux oreilles, vertige de Ménière, migraines ophtalmiques, douleurs cervico-occipitales, douleurs pariétales thoraciques :

p: Bon la gouttière, j'la supporte pas trop...mais... j'ai beaucoup plus mal à la tête, euh.... j'ai les oreilles... qui sont... ! (se touche les 2 oreilles en fermant les yeux et hoche négativement la tête) *Je refais, uuuun peu de vertige de Ménièèère*
m: Huuum
p: et... ça fait 2 fois là qu'je fais des migraines ophtalmiques, comme j'avais, comme j'avais fait il y a... plusieurs années ; et par contre j'ai mal là, là (touche son occiput avec ses index)
m: Hum
p: juste là… et j'ai à nouveau mal, vous savez... au point que j'avais (presse les articulations sterno-costales)

- Dans ce même exemple, ils sont récidivants **dans le temps**.

- Ils peuvent être **chroniques** :

m: d'accord. Parce que vous étiez déjà venue en mars pour ça, parce que vous étiez fatiguée.

- Ils peuvent être quotidiens voire **permanents** :

p : tous les jours, tous les jours… même la nuit j'ai mal à la tête…
Ou
m: oui, depuis ? Depuis là, le mois de mars, y a un moment où vous étiez bien ou non ?
p: nan ! Pas du tout

- Les symptômes sont **intenses,** et **diffusent** parfois dans le corps entier :

p: Avant, j'avais mal juste d'un côté, mais maintenant, c'est tout le…c'est tout le...
et
p: nan mais je suis..... épuisée

- Recours fréquent aux examens complémentaires et/ou aux consultations de médecins spécialistes

- Des examens complémentaires ou des consultations spécialisées ont déjà eu lieu

p: Et j'vous ai ramené mon…scanner parce que si vous m'dîtes qu'y a p't'être une sinusite, j'sais pas, c'est un peu bizarre… mais j'revois l'allergologue à la fin du mois

et

Dans une consultation, la patiente fait référence à 2 médecins spécialistes et à un dentiste, consultés pour les mêmes symptômes :

p: Vous savez j'étais venue l'autre fois, j'vous avais dit que Mr […] il faisait faire un, un.. une gouttière

puis

p: alors je… normalement demain, je vais faire ma prise de sang pour euh retourner voir Tou[…] le 6

puis :

p: et j'avais pris rendez-vous avec V[…], mais j'ai rendez-vous dans...un mois donc euh...

- Les examens complémentaires peuvent être normaux :

Une patiente de 24 ans présente des troubles du transit. C'est immédiatement après avoir lu les analyses de selles que le médecin demande si ses symptômes sont liés au stress.

m: examen de selles : (en lisant à voix haute les examens) *: absence d'hématies, quelques ninninnin, absence de, absence de, absence de, absence de. Et là les selles sont toujours un peu anormales ou elles sont normales ?*

p: ça dépend des jours euh… Là depuis, ça va.

m: et est-ce que vous avez l'impression que c'est lié au stress la qualité de vos selles, de ce que vous mangez, est ce que vous avez essayé de faire un lien ?

- Les prises en charge d'un même symptôme varient du tout au tout selon le médecin consulté :

Une patiente de 33 ans souffrant d'une irritation linguale récidivante est adressée à l'hôpital pour recevoir un médicament aux conditions restreintes de délivrance tandis qu'un autre médecin lui prescrit un simple bain de bouche :

p: j'y suis allée, comme il voul... parce que lui il voulait m'donner un traitement qui n'se prescrit que au niveau de l'hôpital... euh, un comprimé, apparemment, pour les Candida, etc

m: d'accord

p: et le.... la personne qui m'a reçue à l'hôpital... n'a pas voulu m'le donner

m: hum

p: donc elle m'a redonné un bain de bouche et puis les choses se sont.. se sont...enfin voilà, les choses allaient beaucoup mieux

- <u>Des thérapeutiques ont déjà été tentées</u>:

- Parfois **à répétition, sans succès** :

p: et juste avant j'avais eu du Lomexin® et la fois d'avant, j'avais eu du Monazole®
et
m: et ça vous avait fait du bien ?
p: bah sur le coup oui, mais juste après j'ai re-eu le... c'est revenu quoi

- Certaines sont **mal tolérées** et en conséquence mal observées :

p : bon la gouttière, j'la supporte pas trop…mais j'ai beaucoup plus mal à la tête
puis :
p : j'la mets, mais j'la garde pas toute la nuit quoi parce que j'arrive pas à… j'ai la bouche tellement sèche avec ça que…

- <u>Les demandes et attentes des patients sont parfois paradoxales</u> :

Une patiente de 29 ans suivie en parallèle par un médecin ORL explique au médecin généraliste qu'elle le consulte devant l'indisponibilité de son médecin spécialiste, suite à une aggravation de ses symptômes. Lorsque celle-ci prend une décision médicale concernant les symptômes ORL, la patiente émet une réticence, indiquant que ce choix reviendrait plutôt au spécialiste. Sa demande est paradoxale, son attente envers le médecin généraliste ne semble pas être celle qu'elle annonce.

p: bah en fait elle elle est à Pasteur et …enfin c'est l'enfer elle est une demi-journée par semaine et... les rendez-vous c'est 3-4 mois à l'avance.
m: même quand y a une urgence ?
p: bah pour l'instant j'ai jamais réussi... là déjà j'ai un rdv début juillet et (rire)
m: d'accord ...
p: et c'est un miracle quoi c'est
m : bon bah j'vais vous remettre sous corti sous... antibiotiques
p: mais si vous pensez qu'c'est... il faut que ça soit elle qui...
m: on.... j'vais vous remettre sous antibiotique j'vais vous remettre sous Ketec® parce que ça allait bien sous Ketec®
*p: oh la la (*sourire mi dégoutée mi satisfaite)

- <u>L'expression verbale utilisée pour décrire les symptômes a des caractéristiques particulières</u>

- Dans deux consultations, les patientes **répètent** spontanément les symptômes et leurs plaintes, tout au long de la consultation :

p: mais… j'ai beaucoup plus mal à la tête, euh...

puis

p: mais là, j'peux plus attendre, tous les jours j'ai mal à la tête, mal à la tête, vous voyez... puis :

p: mais j'ai, j'ai d'plus en plus mal à la tête

p: j'en ai mal partout, à l'intérieur des os et tout, très fatiguée.

puis *:*

p: ou alors soit je dormais pas de peur d'être obligée de me lever... mais, je suis fatiguée, je... je reste des jours sans manger, mais parce que j'ai même pas eu besoin, j'ouvre le frigo mais ça me, je le referme, ça me dit rien

puis *:*

p: mais là je suis fatiguée. Mais même la semaine dernière, je me levais, vers 7-8h, je déjeunais tout ça, je faisais ce que j'avais à...2h après je revenais au lit, y avait des jours, je me réveillais à midi pour aller travailler hein !

- Certains symptômes sont **exprimés de manière imprécise** du fait de nombreuses **phrases inachevées** spontanément par le patient :

p: ah nan, pis les oreilles, je sens qu'elles sont…

p: Bon la gouttière, j'la supporte pas trop…mais... j'ai beaucoup plus mal à la tête, euh... j'ai les oreilles… qui sont… !

p: Oui oui oui, j'la mets, mais j'la garde pas toute la nuit quoi parce que j'arrive pas à...j'ai la bouche tellement sèche avec ça que… Mais j'ai pas l'impression que ce soit ça…

- Certaines expressions utilisées pour décrire les symptômes sont **polysémiques** ou **métaphoriques :**

p: J'suis fatiguée globalement.

Une patiente précise que sa fatigue est « globale ».

Cela peut être entendu comme une fatigue d'ordre physique et psychique et ainsi être un argument entrainant le médecin à adopter une approche plus globale en interrogeant le contexte psychosocial dans lequel évolue la patiente.

p: mais je le sens en même temps. Comme là j'ai l'impression d'un... pas d'avoir mal mais, quelque chose qui me ronge, je sais pas comment l'expliquer !

Le verbe « *ronger* » exprime à la fois la destruction petit à petit, l'entame, l'attaque mais il est aussi utilisé pour parler de tourments, de souci, comme dans l'expression « se ronger les sangs » par exemple. Elle peut de cette manière exprimer des troubles anxieux.

p: mais même moi je le voyais, j'étais, on aurait dit... comment vous dire... déconfite j'étais !

L'adjectif « *déconfite* » évoque le fait d'être rompue, vaincue mais aussi d'éprouver de l'embarras, des déconvenues.

La même patiente utilise un vocabulaire en lien avec l'alcool pour décrire sa fatigue :
p: et nan, je suis comme soûle, soûle de fatigue, et j'ai besoin de dormir, tout l'temps dormir, dormir.
Cette comparaison peut évoquer la perte de maitrise de soi. La fatigue ressentie l'entraine autant que l'alcool.

Puis avec la chute, l'effondrement :
- p: j'arrive pas à remonter.
La patiente énonce ce verbatim de manière spontanée. L'utilisation du verbe « *remonter* » suggère qu'elle se sent « en bas ». Parle-t-elle d'une souffrance morale associée ? Elle exprime aussi sa sensation d'incapacité à l'action en utilisant le verbe « *ne pas y arriver* ».

-p: qui me gène... je le sens quand j'arrive le soir, je commence à avoir mal là, derrière la tête, ici aux épaules, je commence à avoir froid et là je peux aller au lit, parce que je tiens plus le coup, j'ai l'impression que.. je vais tomber… que j'ai plus rien qui me tient quoi.

- p: c'est cette fatigue que j'ai dessus qui me gène.
De la même façon, la fatigue est « *dessus* », est-ce une autre manière de dire qu'elle ressent un poids ?

La patiente finit par personnifier la fatigue ressentie :
p: ah nan nan, mais, je peux pas, je... c'est pas que je ne veuille pas mais cette fatigue
m: ouais ouais
p: elle me dit plus « va au lit, va te reposer » que faire ce que j'ai à faire
La fatigue prend le pas sur elle, sa personne, son libre arbitre.

- <u>Les langages para-verbal et non verbal ont des particularités</u> :

- Expression d'une **lassitude** :

Le discours d'une patiente est exprimé sur un ton monocorde et son débit de parole est lent.
La mimo-gestuelle accompagnant le discours exprime aussi la lassitude ainsi qu'une faiblesse physique :

p: et euh... mais même... j'ai voulu faire les vitres, un matin j'ai commencé, (appuie sa main sur le front puis soutient sa tête en continuant à parler) *j'ai été obligée de revenir au lit, j'les ai même pas finies*
et
p: mais c'est moi... c'est... pff... mais aloors (relâche son corps puis soutient sa tête avec sa main)

- Expression d'une **gêne**, d'un **malaise** :

m: bon, alors qu'est-ce que tu me racontes ?

p : baaah eeuhhhhh…. très fatiguée (en se balançant sur la chaise puis se grattant le bras)

La patiente se pince ou se gratte les bras à plusieurs reprises pendant que le médecin tape au clavier.
Elle adopte une position fermée, une main coincée entre ses cuisses lorsqu'il fait une réflexion humoristique sur le retentissement possible de ses symptômes : *« rraaah, bah si tu manges pas, qu'tu dors pas, ça va plus aller là !* ». Plus tard, la position adoptée sera d'autant plus fermée qu'elle passera son deuxième membre supérieur devant elle, agrippant le bras opposé.
Enfin, elle se mord une lèvre en écoutant le médecin exprimer qu'elle mange peu *« ah oui, ah oui, c'est pas beaucoup, ah oui, carrément* » puis plusieurs fois avant d'expliquer les raisons potentielles de son manque d'appétit.

- **Richesse** de la prosodie et de la mimo-gestuelle :

Une patiente localise par des gestes nombre de ses symptômes, en mime d'autres, a des mimiques expressives. La prosodie est aussi expressive : syllabes accentuées et prolongées, accélération ou ralentissement du débit de paroles, souffles et inspirations bruyantes, ton triste…

p: mais là, j'peux plus attendre, tous les jours j'ai mal à la tête, mal à la tête, vous voyez... (frappe doucement le poing sur la table sur « attendre », finit sa phrase dans un souffle, en diminuant d'intensité, ferme les yeux sur le premier « mal à la tête », air épuisé)
ou
p: bon la gouttière, j'la supporte pas trop... (accélération du débit de paroles ; en s'avançant sur le bureau ; silence et inspiration bruyante après « pas trop ») *mais... j'ai beaucoup plus mal à la tête, euh....* (ferme les paupières lourdement en baissant la tête et laissant tomber sa main sur la table) *j'ai les oreilles... qui sont... !* (se touche les 2 oreilles en fermant les yeux et hoche négativement la tête) *Je refais, uuuun peu de vertige de Ménièèère* (accentuation et augmentation de la durée de « un » et Mén[iè]re)

- <u>L'attitude globale des patients peut être particulière</u>

- Une patiente **souligne l'incohérence de son symptôme** avec sa situation médicale :

p: Et l'autre point qui est peut être lié aussi c'est que je me rends compte que j'ai perdu du poids depuis quelques semaines (silence) *et que je traine une fatigue euh.. assez forte... donc je sais pas si c'est les effets secondaires du traitement ou si...*
m: Oui parce qu'avec les corticoïdes vous devriez....
p: Bah ouais c'est ce que j'me dis (rire, se recule puis s'accoude) *j'lis les effets secondaires et puis j'devrais être boostée et euh... et j'avais déjà eu des corticoïdes avant et là je.. je me sens pas du tout boostée*

La patiente interrompt le médecin avant que son idée soit exprimée. Elle avance puis réfute elle-même l'hypothèse iatrogène.
Cela suggère qu'elle ne pensait pas vraiment que ses symptômes puissent être dus aux corticoïdes ; elle met le médecin sur une autre piste causale.
Plus tard elle renouvellera sa demande en soulignant l'incohérence à nouveau :

p: *Et la perte de poids alors que normalement je...ça devrait plutôt en prendre voire…et puis être en forme plutôt que pas en forme […] ?*

- D'autres **évitent certains sujets :**

Une patiente de 24ans se présente en consultation avec des résultats de prélèvements vaginal et de selles. Le médecin lit à voix haute les notes prises lors de la consultation précédente pour s'en remémorer le contenu. Lorsqu'elle arrive aux éléments concernant le décès du père de la patiente, celle-ci fait diversion en rebondissant sur un mot que le médecin lit aussi.
Elle semble vouloir éviter ce sujet :

m: (en lisant les notes de la consultation précédente) *: « émotive, « oui, en ce moment je déprime, ça m'prend comme ça » ; père mort en 2005 » : là on déroule un certain nombre de choses…*
p: hum (p regarde la table et range des papiers)
m: « cancer généralisé, mais ça avait commencé avant ; (hoche la tête et fait une moue compréhensive) *il me maannque..* (p baisse le regard), *j'arrive pas à m'en débarasseeerr. Aaah, "souris à la maison" !*
p: ah les souris !
m: j'me dis « elle sourit, je souris à la maison », c'est quoi ça ? Et en plus j'ai mis souris avec un S ! (p rit discrètement et s'attrape les doigts en de petits mouvements)
p: ah oui !
m: eeuuh..
p: j'suis partie en week-end là, j'viens de rentrer là, j'suis allée au boulot directement ce matin, alors j'ai encore eu des crottes, mais moins que les autres jours, alors j'me dis, est ce que.. elle est partie pendant le week-end ou.. A*lors est ce qu'elle est allée les faire ailleurs ?* (sourit) »

Cette attitude peut faire penser au médecin qu'il se joue chez cette patiente des troubles émotionnels forts.

- Une patiente semble **rechercher une attention singulière** du médecin :

On le remarque aux marqueurs phatiques[2], aux marqueurs de recherche d'approbation discursive[3] dans son discours visant à l'interpeller, et à la recherche du regard du médecin :

p : Vous savez, j'étais venue l'autre fois, j'vous avais dit que Mr […] il faisait faire un, un... une gouttière puis
p: ça fait deux, deux, deux migraines ophtalmiques... et pourtant, ça fait des années que j'en ai pas eues, hein... (regarde attentivement m en s'approchant de lui)

Enfin, lorsqu'elle manifeste son accord avec lui, le ton de sa voix et sa mimo-gestuelle instaurent une complicité avec lui :

m : Moi, j'y crois pas du tout ! Mais bon…
p : Moi, j'y crois pas non plus… (d'un ton de confidence, la voix très douce et faible, en s'avançant un peu vers m et en le regardant attentivement)

- Au contraire, une **patiente** se positionne comme **« experte »** de son problème et mène la consultation de manière **directive** :

- Elle annonce d'elle-même ses antécédents, traitements, suivis spécialisés et propose des explications à ses symptômes :

p: au niveau du nez et et je saigne beaucoup enfin je saigne...c'est beaucoup de sang de la narine gauche... et euh... donc voilà.
p: en fait, j'ai des traitements en parallèle, c'est ça en fait, c'est que je ne veux pas faire n'importe quoi parce que je suis traitée en parallèle par l'Institut Pasteur (P regarde l'ordonnance) *et en fait j'ai du Rhinocort® matin et soir dans la narine et je me demande si c'était pas ça qui a donné euh...*
p: et l'autre point qui est peut être lié aussi c'est que je me rends compte que j'ai perdu au moins 3 à 4 kilos depuis quelques semaines et que je traine une fatigue euh... assez forte... donc je sais pas si c'est les effets secondaires du traitement ou si...

- Elle prend l'initiative de montrer des examens complémentaires anciens au médecin :

p: (p regarde dans son sac) *j'vous ai ramené mon... parce en fait à la base* j'ai (p montre l'ordonnance du doigt*)... j'ai...j'ai un problème enfin j'ai une... une triade de Widal et j'vous ai ramené mon...* (p

[2] Un *marqueur phatique* est un marqueur visant à établir ou prolonger la communication entre le locuteur et le destinataire sans servir à communiquer un message. Il appelle une manifestation d'attention de la part de l'interlocuteur. Par exemple : « tu sais », « tu vois ». (42)

[3] Un *marqueur de recherche d'approbation discursive* est un marqueur sollicitant une manifestation de la part de l'interlocuteur, orienté vers la recherche d'accord. Par exemple : « hein », « n'est-ce pas ».(42)

regarde dans son sac) ... *scanner parce que si vous m'dites qu'y a p' t'être une sinusite, j'sais pas c'est un peu bizarre*.

- Elle montre elle-même au médecin les anomalies sur le scanner et lui explique la norme attendue :

p: en fait le truc c'est que mes sinus ils sont (p se penche et regarde les images, m regarde les images en silence) *vous voyez* (p montre du doigt une image) *pas mal attaqués.*
m: là c'est assez épais. (en regardant le scanner)
p: ici normalement y a des espaces (en montrant du doigt une image)

- Elle rit de l'explication du médecin concernant les images radiologiques puis ironise sur ses dires lorsqu'elle exprime la limite de ses compétences :

m: oui normalement c'est creux
p: (petit rire) *oui voilà c'est ça*
Puis :
m: (récitant à voix haute ce qu'elle frappe au clavier) *: euh alors… scanner, n'a pas son compte rendu mais œdème muqueux évident et polype aussi, j'le vois donc bon..!*
*p: (*p rit) *si c'est pas votre spécialité…*

- Elle pose une question-affirmation au médecin concernant le traitement, qu'elle connait déjà :

p: Ketec® ça veut dire que j'dois pas aller au soleil ?

Elle peut chercher confirmation ou montrer qu'elle-même sait ou tester les compétences du médecin.

- Elle suggère au médecin la démarche exploratrice :

p: Et la perte de poids alors que normalement je ça devrait plutôt en prendre et puis être en forme plutôt que pas en forme est ce que vous pensez qu'il faut que je fasse un... bilan sanguin ou quelque chose comme ça ?

- Enfin, elle remet indirectement en cause la décision thérapeutique du médecin en exposant les effets indésirables potentiels :

m: comme vous dites que sous Ketec® ça allait bien a priori ça parait... intelligent de reprendre le même puisqu'il ça avait l'air de marcher donc .... alors Ketec®
p: moi on m'avait dit qu'avec Ketec® j'aurais probablement des mycoses et des choses comme ça

- <u>Cas particulier</u>

Dans plusieurs vidéos concernant le même médecin, celle-ci est à l'origine de la recherche d'arguments en faveur d'une attribution psychosociale au symptôme très tôt dans la consultation, à son initiative, sans que des éléments particuliers du contexte cités précédemment ne soient retrouvés.
Voici comment s'ouvre une consultation :

p: j'vous ai apporté les vaccins que vous m'aviez demandés la dernière fois
m: ROR et Genhevac® (en regardant les boites, données par la patiente). *Donc vous êtes partie pour les vaccins ! C'est ça ?* (ton joyeux en souriant et regardant la patiente)
p: donc j'vous ai dit… vous m'avez dit « la prochaine fois si… » donc voilà ! aujourd'hui voilà, je reviens avec mes vaccins ! (débit rapide, ton enthousiaste)
m: donc vous n'êtes pas malade (ton joyeux, en souriant) *[et donc*
p: [pour une fois j'suis pas malade, c'est magnifique ! (en riant) *J'suis pas malade mais euh... j'vous en avais parlé la dernière fois, parce queeeuuh.. parce que j'ai des boutons sur le visage et ça m'énerve, je je, j'estime ne plus avoir l'âge d'avoir des boutons, j'en ai pas eu quand j'avais 15 ans, j'en ai maintenant et ça, en fait ça me..pis en plus j'y touche !*
m: 33 ans (en tapant au clavier de l'ordinateur)
p: ouais 34 euh... 33 ouais !
m: depuis quand ? (distinctement)
p: ben, ça fait, ça fait.. en fait, j'pense qu'c'est depuis vraiment... depuis vraiment qu'j'travaille, depuis, depuis euh... 6-7ans alors... ça vient, ça part...
m: vous faites quoi comme travail?
p: là je suis euh.... responsable adjointe chez A[…], boutique rue dl'a […]; j'étais au chômage de.... il y a un p'tit moment
m: et quand vous étiez au chômage, vous aviez aussi des boutons ?

La patiente exprime clairement sa demande en début de consultation : il s'agit de réaliser des vaccins et la prise en charge d'une acné tardive. Elle la renouvellera et la complètera peu de temps après:

p: Nan ça m'énerve surtout ! (ton sérieux) *Pis maintenant, j'suis à nouveau dans une boutique, j'peux pas... j'en ai marre quoi ! Bon voilà, et pis et pis voilà, donc du coup c'était ma, ma grande question mais les 2 dernières fois où j'suis venue chez vous, on a pas eu l'temps de... voilà, mais voilà là c'était vraiment... plus les vaccins bien sur ! Mais c'est ça qui m'embête en c'moment ! Et pis après c'était par rapport au... y avait tellement d'trucs ! Par rapport au sein, enfin, par rapport au cancer du sein, enfin, je sais pas, j'suis trop jeune encore peut être pour euh ?*

Dans le premier extrait, le médecin questionne le contexte psychosocial d'emblée, suite à une réponse de la patiente au moment de la survenue du symptôme : elle l'estime dater d'il y a six-sept ans en arrière, lorsqu'elle a commencé à travailler. Cette information donnée peut être entendue comme purement quantitative : le moment dans le temps du début des symptômes, ou comme une information qualitative : le travail a pu être un événement déclencheur de l'acné, comme semble l'entendre le médecin.

Cette recherche intervient au tout début de la consultation. Aucun élément de contexte dans le discours, le symptôme ou la présentation de la patiente ne semble faire penser à une cause psychosociale à l'acné, ni que la demande de la patiente soit d'aborder les événements de sa vie non médicale avec le médecin. Ainsi c'est bien la démarche individuelle du médecin qui est à l'origine de cet abord du symptôme.

3.1.2. Le médecin cherche à appliquer les recommandations de bonnes pratiques médicales

Lors d'une consultation[4], le médecin recherche une attribution psychosociale aux symptômes non pour les expliquer ou répondre à la demande de la patiente mais dans le but précis de diminuer sa consommation de benzodiazépines. Il s'agit d'une patiente de 50 ans souffrant de troubles du sommeil. Tandis que trente minutes ont été consacrées à l'établissement d'un dossier de maladie professionnelle pour un trouble musculo-squelettique, le médecin recherche l'existence d'autres plaintes :

m: D'accord… d'accord. Allez ! (en prenant appui énergiquement sur le bureau pour se reculer) *Défaites-vous un p'tit peu, qu'on r'garde un peu. Bon sinon, il n'y a pas de troubles particuliers à signaler ? Pas de choses particulières ? (*énergique, débit de paroles rapide)
(p se lève et passe hors champ caméra ; puis m se lève et attend debout les mains posées sur les hanches)
p: Eeuuuhh… j'ai des problèmes de...sommeil
m: Oui, hum
p: Je dors très très mal et j'ai un sommeil très… très mouvementé on va dire.
m: Allez-y, allongez-vous.
(m passe hors champ caméra)
p: L'intestin va mieux avec le Débridat®.
m: Oui, ça, ça va à peu près comme ça, ça s'équilibre avec ça? (débit de paroles rapide)
p: Oui

Puis le médecin fait des recommandations alimentaires à la patiente tout en poursuivant l'examen physique.
L'attitude globale du médecin suggère l'empressement : tant sa gestuelle, que son langage para-verbal (débit de paroles rapide, ton dynamique de sa voix) que son langage verbal : il utilise le mode impératif « *allez !* », « *défaites-vous* », limite le déshabillage par l'adverbe restrictif « *un p'tit peu ; un peu* », questionne les autres demandes de la patiente au moyen d'un vocabulaire vague « *troubles* », « *choses* » et oriente sa réponse par le format de deux questions négatives « *il n'y a pas de… ?* ». Le médecin abandonne la plainte troubles du sommeil au profit d'une autre, purement physique, déjà connue

[4] D'autres éléments de ce fragment de discussion seront abordés ultérieurement.

(exprimée par un vocabulaire organique « *l'intestin* ») et de l'examen physique. Ainsi, la patiente n'est pas encouragée à poursuivre le développement de sa plainte troubles du sommeil.
Cependant, c'est le médecin qui ré-aborde cette plainte plus tard, à un moment précis de la consultation : celui de la reconduction de l'ordonnance médicamenteuse.

m: Lyrica®? Ça, vous avez pu l'arrêter non?
p: ça j'le prends pas
[…]
m: super, c'est très bien, ça fait ça d'moins! Débridat®, ça par contre, faut pas l'arrêter
p: je continue ça, par contre !
m: ouais, vous l'continuez ça, impératif !
p: hum
m: Lexomil® vous l'prenez? (volume sonore plus fort qu'auparavant)
p: euh.. j'le prends pour essayer de dormir un peu (petits hochements de tête, ferme les paupières, ton affecté)
m: hum (ton interrogatif, en regardant l'ordinateur)
p: hum (ton grave)
m: essayez d'pas l'prendre tous les jours hein! (ton autoritaire, débit rapide, en regardant fixement l'ordinateur)
p: [oui (presque inaudible)
m: [Quand vous voyez vraiment qu'vous allez pas dormir, hein?! Mais moins vous en prendrez, mieux c'est hein! (débit rapide, volume sonore élevé)
[…]
m :parce que c'est une cochonnerie c'truc là; c'est bien mais ça rend vite dépendant hein! (ton déterminé)
p: sinon pour dormir, y a ..autre chose?
m: bah, nan, vous avez bien assez avec ça! On va pas vous en rajouter d'autres hein! (ton autoritaire, en regardant p en souriant et hochant la tête négativement)
p: nan nan, mais j'veux dire en supprimant celui-ci et remplacer par… (en regardant m)
m: ah! (surpris*) Ben sinon, on peut remplacer par des plantes ou des choses comme ça. Mais est ce que ce sera suffisant, j'en sais rien*.
p: oui oui (ton grave et bas volume sonore)
m: vous avez l'impression que vous êtes agitée par, parce que quoi? Parce que vous êtes angoissée, parce que vous êtes énervée ou vous savez pas pourquoi tout simplement euh? (en regardant p, débit rapide sans pause entre les différentes propositions ; moue enfantine sur "*ou vous savez pas pourquoi*")

La formule de contentement – voire de félicitations « *super, c'est très bien, ça fait ça d'moins !* », les injonctions impératives, la quasi maxime : « *moins vous en prendrez, mieux c'est hein! »* et les exclamations autoritaires teintées de reproche « *bah, nan, vous avez bien assez avec ça! On va pas vous*

en rajouter d'autres hein! » manifestent l'intention du médecin de retirer les médicaments qu'il juge inutiles ou nocifs, et sa satisfaction lorsque c'est le cas.
Remarquons que la volonté de limiter l'ordonnance ne concerne pas l'ensemble des traitements. Il ne « *faut pas* » arrêter le Débridat®, et il est même « *impératif* » de le poursuivre. L'antispasmodique et l'anxiolytique, tous deux traitements symptomatiques ne sont pas traités de la même façon. Au contraire de l'antispasmodique, le médecin souligne un des effets indésirables de l'anxiolytique : le risque de dépendance. Si cela répond aux recommandations de bonnes pratiques médicales (43), l'explication profane et familière « *parce que c'est une cochonnerie c'truc là* » relève de la diabolisation du médicament, sous-tendue par les représentations péjoratives du médecin au sujet des anxiolytiques.
La question du médecin concernant les raisons de l'agitation de la patiente succède immédiatement à cette séquence de la conversation ; son placement suggère son lien avec l'action visée lors de cette séquence: suspendre la prescription et la consommation du Lexomil®.
Ainsi dans ce fragment de conversation, la recherche d'attribution psychosociale aux troubles du sommeil est émise non dans le but de les expliquer mais avant tout dans celui de diminuer un médicament, démarche répondant à la représentation négative du médecin à son sujet et aux bonnes pratiques médicales

3.2. Lorsque le patient aborde en premier le contexte psychosocial dans lequel il évolue

Dans quels contextes un patient présentant des symptômes physiques aborde-t-il en premier des facteurs psychosociaux le concernant ?
Deux situations prédominent : soit il cherche chez le médecin une écoute et un soutien, soit c'est dans le but d'expliquer les symptômes présentés. Parfois il s'agit des deux ; pour une meilleure lisibilité des résultats, nous les rendons en séparant ces deux catégories.
Dans d'autres cas plus rares, le patient semble n'avoir d'autre but que de transmettre une information au médecin.

3.2.1. Le patient cherche à être écouté et soutenu

Lorsque le patient se confie au médecin, soit cela se passe de façon spontanée sans retenue, soit le patient a dans un premier temps des difficultés à aborder ces sujets.

- Le patient se confie sans difficulté au médecin

Un patient de 61 ans présente des épigastralgies et des nausées matinales persistantes depuis deux semaines, sans événement déclencheur évident. Alors qu'il en parle en se pesant et en se déshabillant de lui-même, il change brutalement de sujet :

p: hé ! j'vais vous raconter une histoire, ma p'tite fille est déprimée ! Vous vous rendez compte ? (débit rapide, assis torse nu devant m, le regarde en lui racontant)
m: hum ? (m tourne son regard vers p)
p: elle s'est r'trouvée à l'hôpital, elle mangeait p'us !
m: ah bon ? (air surpris et concerné)
p: ah ouais ouais !
m: rrooo bah alors ?!
p: ah ouais ouais ! oohhh, nan mais, je.. j'étais malade ! Ça m'a rendu malade ! (voix plus forte ; s'enfonce au fond de sa chaise, la main devant la bouche) *Mais incroyable hein ! D'la voir dans cet état là et tout ça !*

Par la suite, le patient raconte longuement au médecin l'hospitalisation de sa petite-fille et ses hypothèses expliquant son anorexie.
Le besoin d'être écouté par le médecin au sujet de l'histoire de sa petite fille a l'air important car il aborde ce sujet de lui-même, à un moment de transition dédié non à l'interrogatoire mais aux préparatifs de l'examen physique. De plus il utilise une préface à l'histoire[5] «*hé ! j'vais vous raconter une histoire »* et une question interpellant le médecin, ce qui renforce sa potentialité d'écoute et la nécessité d'une réponse.
On ne sait ni ne saura dans la suite de la consultation si « *ça m'a rendu malade* » renvoie aux troubles digestifs dont le patient parlait juste précédemment.
La confiance accordée à son médecin généraliste est visible un peu plus tard dans la consultation, lorsqu'il pleure face à lui après avoir précisé que dans da vie personnelle, il « *pleure sans l'montrer* » :

p: et pis moi, là où j'ai pleuré, sans l'montrer, c'est qu'ils l'obligeaient à manger, c'qu'elle voulait pas
puis
p: j'peux rien faire, c'est ma fille, j'veux pas m'intercaler !
m: ah ben nan nan nan
p: ça m'a fait que'qu'chose hein ! (en essuyant ses larmes)

- <u>Le patient se confie difficilement</u>

Parfois, la véritable demande du patient est une écoute et un soutien psychique mais il a des difficultés à aborder les sujets personnels qui le soucient. Dans ces cas, il peut offrir en priorité des symptômes physiques au médecin.
Ici, il s'agit d'une patiente de 26 ans :

[5] On appelle *story preface* une formule annonçant qu'une histoire va être racontée. Elle permet au conteur de prévenir le destinataire qu'il lui sera inapproprié de prendre la parole aux points d'achèvement possible des tours de parole avant la fin de l'histoire ; il s'assure ainsi de pouvoir raconter son histoire dans son entièreté. (35)

m: bon, alors qu'est-ce que tu me racontes ?

p: baaaaaahh eeuuuuh... très fatiguée (en se balançant sur sa chaise puis se gratte le bras et regarde m)

m: ouais

p: eeeuuhh...

m: avec une raison ou sans raison particulière pour toi ?

p: hhmmmmmmm j'pense que...

m: c'est parce que tu bosses trop ou que tu dors mal ou parce que tu fais trop la fête ? Ou c'est.. ou y a pas d'explication ?! (débit rapide)

p: je sais pas du tout mais ça donne.. ça m'fait un point à la tête et je sais pas si c'est du à ça mais j'ai.... eeuuhh... failli avoir un accident en m'endormant sur la route (sourit rapidement puis désigne sa tempe avec un doigt)

m regarde attentivement p en fronçant les sourcils d'un air interrogateur

m: ah bon ? Ah ouais ? Ouais ouais !

p: euh.. j'pense que j'dors pas assez quand même (en se pinçant les deux bras simultanément) […]

m: c'est parce que t'as du mal à te coucher de bonne heure ? (en souriant)

p: p't'être un peu.... tourmentée j'pense (en s'asseyant au fond de la chaise sur « *tourmentée* »)

m: [ah ouais

p: [mais je sais pas trop pourquoi, je saurais pas dire

m: ouais, tu saurais pas trop dire pourquoi ?

p: hum

m: d'accord

p: et eeeuuuhhh.... et voilà. Pffff... pas fatiguée de.. enfin p't'être fatiguée de.. enfin, p't'être…

L'expression de la plainte est difficile, ponctuée de nombreuses hésitations verbales rendant parfois le discours confus : «*p: et eeeuuuhhh.... et voilà. Pffff... pas fatiguée de.. enfin p't'être fatiguée de.. enfin, p't'être que…* ». Le comportement non verbal exprime la gêne ou le malaise (cf 3.1.1.7). La patiente présente des symptômes physiques au médecin : une fatigue, *« un point à la tête »,* des troubles du sommeil (insuffisance de sommeil et hypersomnie diurne) avant d'attribuer de manière hypothétique (« *p't'être* », « *j'pense* ») ses troubles du sommeil à des « *tourments* ». Immédiatement après avoir prononcé ce mot, elle ajoute de manière urgente, sans pause dans le discours – à l'origine d'un chevauchement de paroles – qu'elle n'en connaît pas la raison. L'ensemble de ces éléments illustre la difficulté de la patiente à aborder directement avec le médecin ses soucis personnels.

3.2.2. Le patient cherche à expliquer et comprendre ses symptômes

Le patient peut parler du contexte psychosocial dans lequel il évolue pour expliquer ses symptômes. Le plus souvent, il émet une attribution psychosociale sous la forme de propositions dans le but d'obtenir confirmation ou infirmation.

Une patiente de 30 ans ayant souffert d'une aponévrosite plantaire en donne des nouvelles au médecin. Elle s'interroge sur la participation d'un « *stress* » aux douleurs :

p : ça va beaucoup mieux. Y a des fois j'me d'mande si c'est pas quand j'suis stressée ça...tape un peu.

Une autre ayant 46 ans rapporte plusieurs symptômes physiques (des céphalées, des épigastralgies, une fatigue) au sein d'un long discours dédié à sa souffrance psychologique en rapport avec le rôle d'aidante principale qu'elle tient auprès de sa mère, atteinte d'une maladie d'Alzheimer. Elle propose de manière hypothétique que « *l'anxiété* » puisse être responsable de ses symptômes digestifs.

p: par contre en ce moment, alors oui, y a aussi ça!... Mais j'pense pas qu'ce soit l'Advil®, mais j'ai une espèce de… (mime un mouvement de torsion devant l'épigastre) *alors est-ce que c'est l'anxiété c'est possible… j'ai une espèce de boule et je vomis beaucoup.*

3.2.3. Le patient transmet une information certaine au médecin

Moins souvent, l'attribution psychosociale est émise comme une réalité ne nécessitant pas l'avis du médecin.
Ainsi, une patiente de 74 ans émet un lien causal entre un pic hypertensif et un événement de vie de manière quasi anecdotique. Elle transmet cette information naturellement au médecin, suite à une association d'idées, venant toutes deux d'évoquer la fille de la patiente et le médecin faisant des recommandations au sujet du risque d'accident vasculaire cérébral lié à une dyslipidémie :

*m: bon...quand même, il faudrait que vous... vous connaissez le lien qu'y a quand même entre accident vasculaire cérébral et cholestérol ? (*sérieusement, en regardant p)
p: ben oui, ça peut boucher euh... les artères (en pointant une tempe)
m: ouais, et vous en avez quand même fait deux [vous...
p: [oui ! (d'une voix aiguë un peu rieuse)
m rit doucement
m: vous m'dites « oui » comme si ça concernait la voisine d'à côté ! (ton ironique bienveillant)
p: nan (petit rire) *je…J'en suis consciente !*
m: je suppose que vous avez pas envie d'en faire un troisième ? (ton ironique bienveillant, en s'avançant vers p)
*p: non ! (*prononcé calmement et d'un ton sérieux)
m: que vous avez envie d'mettre toutes les chances de votre côté ?! (même ton que précédemment, finit en souriant franchement)

p: et d'ailleurs quand Aline[6] *n'a pas été bien, euh... j'me suis tapée d'la tension. Ça, j'le, j'le sens hein... tout d'suite ça...* (ton sérieux)

La patiente émet un lien direct de cause à conséquence, sous forme affirmative, entre les difficultés de sa fille et la hausse de sa tension artérielle. Ce lien est évident pour elle et transmis au médecin, apparemment dans un but informatif pur.

4. Initiation de l'abord du champ psychosocial dans lequel évolue le patient

Comment la discussion autour des attributions psychosociales aux symptômes est-elle initiée dans une consultation dont la plainte est à l'origine physique ?

4.1. Premiers éléments de discours permettant d'aborder le champ psychosocial dans lequel évolue le patient

4.1.1. Lorsque le médecin recherche une attribution psychosociale aux symptômes du patient

Lorsque c'est le médecin qui recherche une attribution psychosociale aux symptômes présentés par le patient, les manières d'initier cette discussion sont diverses :

- Questionner le moment du début des symptômes

La patiente de 29 ans présentant une sinusite chronique se plaint aussi d'une grande fatigue. Initialement, le médecin prend en charge la sinusite chronique et semble penser que la fatigue est la conséquence des symptômes ORL comme l'indique sa surprise lorsqu'elle se rend compte de l'inadéquation temporelle entre les symptômes ORL (récents) et la fatigue (persistante) :

m: alors est-ce que c'est… est-ce que vous vous avez l'impression que c'est lié avec l'état ...à votre nez le fait que vous avez commencé à moucher sale ?
p: non non non (en hochant négativement la tête) *bah non ! je suis enrhumée depuis trois jours quoi enfin*
m: Ah ! (air surpris en ouvrant longtemps la bouche et écarquillant les yeux) *c'est que depuis trois jours ça ?!*

[6] Le prénom a été modifié.

Lorsque le médecin comprend que la sinusite n'est pas à l'origine de la fatigue, la première question qu'elle pose à la patiente vise à rechercher le moment auquel elle a débuté :

p: non non ! (tonique voire agressive) *ça c'est vraiment…j'ai attrapé un rhume et…visiblement ça c'est [infecté rapidement*
m: [et vous êtes fatiguée depuis quand ? (débit rapide)
Si le but peut être d'orienter le diagnostic vers différentes causes biomédicales, la question peut également viser à rechercher des événements de vie s'étant déroulés au moment où la fatigue a commencé.

Une patiente de 24 ans présente des mycoses vaginales à répétition. Tandis que le médecin dicte à voix haute l'ordonnance médicamenteuse qu'elle rédige, elle lui demande :

m: donc, une application matin et soir pendant six jours et en prévention. Vous pouvez le faire aussi souvent que vous voulez ça. Le Trophigil®, j'aurais dû vous l'mettre en crème... plus Trophicrème® à l'extérieur. Mais vous êtes avec votre copain depuis quand ?
p: euh... ça fait... deux ans et demi
m: et donc vous aviez pas ce problème là avant ?

La deuxième question permet d'éclairer l'objectif de la première : le médecin recherche indirectement un lien entre ses symptômes actuels et le début de sa relation sentimentale actuelle.
Ce même médecin avait posé précocement une question identique « *depuis quand ?* » pour expliquer l'acné tardive d'une autre patiente.

- Rechercher un « *stress* »

- Suggérer un **stress inhabituel**

Une patiente de 40ans présente des tremblements des extrémités supérieures depuis une semaine. Le médecin questionne différentes causes possibles :

m: et vous vous sentez fatiguée ou... ?
p: nan !
m: allez-y ! (en désignant la table d'examen) *C'est la seule chose que vous avez remarquée ?*
p: oui
m: sinon euh, pas de diarrhée pas de... ? Mal nulle part, pas d'fièvre ?
p: non
m: juste vous tremblez ?
p: oui
m: personne ne tremblait dans la famille ?

p: nan !

m: et vous êtes plus stressée qu'd'habitude ?

Le médecin propose un stress inhabituel. Le format de la question, question-affirmation entraine préférentiellement une réponse affirmative[7].

- Rechercher un **« *lien* »** entre stress et symptômes

Le même médecin propose à une autre patiente un lien entre stress et troubles du transit en la questionnant directement sur son ressenti à ce sujet.

m: et est-ce que vous avez l'impression que c'est lié au stress la qualité de vos selles, de ce que vous mangez, est-ce que vous avez essayé de faire un lien ?

Dans ces deux cas, on remarque que le stress n'est pas recherché par défaut mais au contraire au même titre que d'autres causes biomédicales possibles.

- Questionner le « *moral* » et question ouverte sur le ressenti actuel

A une patiente présentant une fatigue inexpliquée, le médecin demande :

m: et est-ce que moralement y a des.. euh..vous vous sentez comment en c'moment ?

Le médecin pose initialement une question au sujet du moral de la patiente. Bien qu'elle soit inachevée, on perçoit le début d'un question-suggestion. Elle auto-répare[8] sa question pour une autre, ouverte tant dans la forme que sur le fond où le moral est abandonné au profit d'un questionnement plus général sur la manière de se sentir.
Cette manière de reformuler laisse à penser qu'elle se rend compte de l'influence que peut exercer sa question sur la réponse de la patiente et qu'elle prend des précautions pour questionner son psychisme.

- Utiliser des questions à choix multiples

Au moment de la rédaction de l'ordonnance, dans la consultation où la patiente de 50 ans présente un « *sommeil très… très mouvementé»,* le médecin en questionne les raisons :

m: vous avez l'impression que vous êtes agitée par…parce que quoi? Parce que vous êtes angoissée, parce que vous êtes énervée ou vous savez pas pourquoi tout simplement euh? (en regardant p, débit

[7] Sur les préférences en analyse conversationnelle, cf l'Annexe 1.

[8] Cf Annexe 1 pour une définition

rapide sans pause entre les différentes propositions ; ton et moue infantilisants sur "*ou vous savez pas pourquoi*")

Pour cela, il utilise une première question ouverte. Cependant, accélérant son débit de parole, il n'attend pas que la patiente puisse lui répondre et poursuit immédiatement par trois suggestions de réponse. Remarquons qu'il propose des explications aux troubles du sommeil de moins en moins graves et de moins en moins médicales : l'énervement fait suite à l'angoisse pour finir par l'absence d'explication, proposée d'un ton infantilisant.

Le même médecin utilise une question à choix multiples également pour rechercher des événements de vie ayant pu participer à l'aggravation des céphalées chroniques que présente cette autre patiente :
m: y a pas eu d'événements ces derniers temps qui vous aient déstabilisée, pas de contrariétés plus importantes, ou d'choses comme ça ?

De plus, sa question est ici formulée négativement ; cette façon de questionner entraine préférentiellement une réponse négative.
Ces différents procédés ont pour conséquence – consciemment ou non – une restriction des possibilités de réponses de la part des patientes.

4.1.2. Lorsque le patient propose au médecin une attribution psychosociale à ses symptômes

Les patients ont eux aussi diverses manières d'initier leurs propositions d'attributions psychosociales à leurs symptômes.

- Interrogation humoristique

Une patiente de 53ans exprime son incompréhension concernant sa pathologie thyroïdienne : elle présentait des symptômes évoquant une hyperthyroïdie mais la prise de sang réalisée dans ce contexte a mis en évidence une hypothyroïdie. Le médecin explique qu'il ne s'agit que d'un stigmate biologique et que les symptômes ne correspondaient ni à l'hypothyroïdie retrouvée, ni à l'hyperthyroïdie suspectée. La patiente propose alors en riant :
p: c'était les symptômes de l'angoisse peut être ? (puis rit)

- Exposition de l'hypothèse d'un médecin précédemment consulté

Une patiente de 33ans souffre d'une irritation linguale récidivante pour laquelle elle a consulté un médecin hospitalier[9]. Elle propose au médecin une attribution « *psychologique* » au même titre que « *la fatigue* », par l'intermédiaire des dires du médecin spécialiste consulté :

p: donc elle m'a redonné un bain de bouche et puis les choses se sont... se sont...enfin voilà, les choses allaient beaucoup mieux mais bon c'est pas... enfin voilà ces derniers temps, j'pense que c'est aussi la fatigue…elle a dit aussi que ça pouvait être aussi psychologique (en comptant sur sa main, désigne le pouce)*, la fatigue* (en désignant l'index)…

Une autre patiente de 63 ans rapporte l'attribution psychique à sa fatigue que lui a transmise son « *psy* » [10] :

p: nan pis j'vois toujours mon psy.
m: oui ?
p: alors lui, il dit que, si vous voulez, d'après lui, ma grande fatigue… bah, c'est du à toutes les préoccupations.

- Proposition précautionneuse d'un « *stress* » récent

Tout comme les médecins, certains patients suggèrent l'existence d'un stress inhabituel susceptible d'expliquer les symptômes présentés. C'est le cas de ce patient de 43ans présentant des douleurs thoraciques depuis 24 heures. Après un interrogatoire biomédical, alors que le médecin cherche à reproduire la douleur en lui palpant les côtes, il évoque :
p: bon, c'est vrai que ces derniers temps, j'étais un p'tit peu stressé mais…

La proposition de « *stress* » est incertaine : elle est diminuée par l'adverbe « *un p'tit peu* » ; le patient initie un contre-argument « *mais* », qui finalement n'aboutit pas, la phrase restant inachevée.

- Les questions sur la vie sociale permettent des réponses sur la vie psychique

Un médecin questionne les raisons des troubles du sommeil d'une patiente de 26ans en lui suggérant une cause banale, ne relevant pas d'une pathologie :
m: c'est parce que t'as du mal à te coucher de bonne heure ? (en souriant)

La patiente répond :
p: p't'être un peu… tourmentée j'pense

[9] La vidéo ne permet pas de savoir de quel spécialiste il s'agit.

[10] La vidéo ne permet pas de savoir s'il s'agit d'un psychologue ou d'un psychiatre ; aucun antécédent psychiatrique n'est mentionné dans le questionnaire de consultation.

Elle introduit de manière prudente des « *tourments* » en réponse à une suggestion humoristique questionnant plutôt son mode de vie social. Cette réponse est non préférée[11], ce qui suggère l'importance pour elle d'exprimer ce « *tourment* ».

- Sous forme d'anecdote, d'histoire, ou d'affirmation

Lorsque l'attribution psychosociale aux symptômes ne fait pas débat pour les patients, ils l'expriment sous forme d'histoire, d'anecdote ou d'information affirmative ou exclamative. Au-delà des exemples cités dans les paragraphes 3.3.2 et 3.3.3, citons cette patiente de 40 ans se plaignant d'une grande fatigue. Lors de l'examen physique, le médecin recherche l'existence d'un symptôme organique :
m: pas d'aigreur d'estomac justement ?

Ce à quoi la patiente répond sans hésitation sous forme exclamative :
p: non, enfin, c'est quand j'm'emporte, après j'ai mal au ventre !

4.2. Premières réactions aux recherches ou propositions d'attributions psychosociales aux symptômes

4.2.1. Premières réactions des patients lorsque les médecins recherchent une attribution psychosociale à leurs symptômes

Lorsque ce sont les médecins qui recherchent ou proposent des attributions psychosociales aux symptômes des patients, les premières réponses de ceux-ci varient.

- Réponses non préférées aux questions à choix multiples

Dans les deux exemples de questions à choix multiples sus-cités, les deux patientes ont des réponses non préférées :
m: vous avez l'impression que vous êtes agitée par…parce que quoi? Parce que vous êtes angoissée, parce que vous êtes énervée ou vous savez pas pourquoi tout simplement euh? (en regardant p, débit rapide sans pause entre les différentes propositions ; ton et moue infantilisants sur "*ou vous savez pas pourquoi*")
p : ben j'fais des cauchemars… (en fermant rapidement les paupières) […] *j'fais des rêves, j'fais…*

Concernant l'autre patiente :

[11] Cf Annexe 1 pour une définition du système des préférences dans la conversation.

m: y a pas eu d'événements ces derniers temps qui vous aient déstabilisée, pas de contrariétés [plus importantes, ou d'choses comme ça ? (absence de pause entre les différentes propositions)
p: [oh ben si hein... si, y en a même tout..] si si, y en a tout le temps, si si...(débit lent, ton expressif)

Les réponses préférées seraient respectivement la reprise d'une des suggestions du médecin et une négation. Au lieu de cela, la première, après une courte hésitation « *ben* » indique « *faire des cauchemars* » et commence à développer son symptôme. Dès que la seconde patiente comprend la question du médecin, elle prend le tour de parole précocement avant sa fin[12], à l'origine d'une interruption du discours, et d'un chevauchement de paroles ; elle répète six fois l'affirmation « *si* » et précise la permanence de ses « *contrariétés* ».
Ces réponses non préférées suggèrent l'importance pour la première de parler au médecin de ses troubles du sommeil, et pour la deuxième de transmettre qu'elle souffre de contrariétés permanentes.

- <u>Ambivalence à entrer dans le champ psychosocial</u>

Lorsque le médecin demande à la patiente de 29 ans souffrant d'une sinusite chronique depuis quand dure sa fatigue, voici sa réponse :

m : Et vous êtes fatiguée depuis quand ?
p: ben depuis longtemps mais là..... là c'est plus la perte de poids qui me... (se gratte le menton)*, non j'suis fatiguée globalement.* (débit rapide)

La durée de sa fatigue est exprimée évasivement sans préciser le moment de son début. Elle change ensuite de sujet en se centrant sur un autre symptôme, cette fois objectivable : l'amaigrissement. Mais elle interrompt sa pensée pour revenir à la fatigue en y introduisant une ambiguïté de sens[13].
Cette manière de répondre au médecin suggère l'ambivalence de la patiente à explorer l'ensemble des causes possibles de sa fatigue : elle manifeste à la fois le besoin d'en parler, y introduit de manière confuse une notion de difficulté psychique, mais en parallèle, la dissipe avec un autre symptôme qui l'inquièterait plus.

- <u>Rejet de la recherche d'attribution psychosociale</u>

Dans d'autres cas, la recherche d'attribution psychosociale est rejetée par les patients. Observons les différences de rejet.

- Proposition d'**attribution inattendue**

[12] A ce sujet, se reporter à l'Annexe 1 sur les *places transitionnelles pertinentes.*

[13] Cf 3.1.1.6 concernant les expressions polysémiques qu'utilisent les patients pour présenter leurs symptômes.

Lorsque le médecin demande à la patiente de 24 ans souffrant de troubles du transit si elle a remarqué un « *lien* » entre ses symptômes et le stress ou l'alimentation, elle a une réponse inattendue.

m: et est-ce que vous avez l'impression que c'est lié au stress la qualité de vos selles, de ce que vous mangez, est ce que vous avez essayé de faire un lien ?
p: moi j'ai l'impression que c'est lié au... à l'inactivité.
m: ah ! (surprise)
p: quand je fais rien, j'ai, j'ai l'impression d'avoir plus souvent la diarrhée.

Alors que le format de la question appelle une réponse dualiste oui-non, la patiente rejette les deux propositions du médecin sans passer par la négation, en proposant une autre explication non psychique. On remarque que l'hésitation de sa réponse précède aussitôt la cause supposée : « *l'inactivité* ».

- **Rejet par anticipation** d'un lien entre symptômes et facteurs psychosociaux :

La patiente de 33ans présentant une acné tardive et celle de 52 ans présentant une fatigue inexpliquée anticipent le lien causal entre symptômes et facteurs psychosociaux que les médecins semblent rechercher. Elles le rejettent toutes deux, mais l'une verbalise ce qu'elle comprend de la recherche du médecin au contraire de la deuxième.
Voici l'échange entre la patiente souffrant d'acné tardive et le médecin :

m: depuis quand ? (distinctement)
p: ben, ça fait, ça fait.. en fait, j'pense qu'c'est depuis vraiment... depuis vraiment qu'j'travaille, depuis, depuis euh... 6-7ans alors... ça vient, ça part...
m: vous faites quoi comme travail?
p: là je suis euh.... responsable adjointe chez A[…], boutique rue dl'a […]; j'étais au chômage de.... il y a un p'tit moment
m: et quand vous étiez au chômage, vous aviez aussi des boutons ? (en regardant p)
p: *mais oui !* (ton rieur et expressif, puis sourit) *Donc vous voyez, c'était pas.. [alors parce que bon...*

La patiente rejette avec humour la question du médecin, qu'elle entend comme une recherche d'explication entre acné et travail. Elle commence à verbaliser le rejet de l'hypothèse en s'adressant directement au médecin « *donc vous voyez, c'était pas…* ».

L'échange entre la patiente présentant une grande fatigue et son médecin est différent :

m: et est-ce que moralement y a des.. euh, vous vous sentez comment en c'moment ?
p: ça va mieux ! Moralement, ça va mieux.
m: oui ? Humhum

p: oh, c'est pas le top, je saute pas au plafond ! Mais ça va mieux, c'est cette fatigue qui me gène.

La patiente répond initialement au médecin que son moral « *va mieux* » à deux reprises et avec conviction. Cependant, dès que le médecin fait préciser ses dires – pourtant de manière minimaliste – elle module son propos faisant comprendre qu'elle ne se sent pas bien. Il y a là aussi ambivalence à exprimer sa détresse. Puis elle affirme être « *gênée* » par la fatigue après avoir ré-exprimé son mieux-être. Par cette dernière phrase, elle ré-axe non seulement sa plainte sur la fatigue mais exprime aussi que moral « *pas au top* » et fatigue ne sont pas liés. Elle semble soit ne véritablement pas faire le rapprochement possible entre mauvais moral et fatigue, soit rejeter par anticipation ce lien que le médecin cherche à mettre en évidence, sans l'avoir exprimé directement.

- **Négation claire:**

Lorsque le médecin questionne un stress potentiel chez la patiente de 40 ans présentant des tremblements des extrémités depuis une semaine, celle-ci le rejette de manière claire et concise :

m: personne ne tremblait dans la famille ?
p: nan !
m: et vous êtes plus stressée qu'd'habitude ?
p: du tout !

4.2.2. Premières réactions des médecins lorsque les patients proposent une attribution psychosociale à leurs symptômes

Lorsque les patients proposent une attribution psychosociale à leurs symptômes, les réponses initiales des médecins vont de la confirmation claire ou tacite à la résistance, en passant par l'ignorance.

- Confirmation du lien et actions en résultant

- Confirmation **sans développement** :

Lorsque la patiente de 53 ans présentant une dysthyroïdie propose sur un ton humoristique « *de l'angoisse* » comme cause possible, le médecin confirme succinctement son hypothèse sans l'interroger ou la développer, poursuivant ses explications quant à la découverte fortuite de ce trouble.

p: c'était les symptômes de l'angoisse peut être ? (puis rit)
m: ouais !
p: ahah, comme les.....
m: et comme on tombe sur ça, mais j'veux dire, c'est fortuit

p: hum
m: donc on revient au même raisonnement. Certes vous avez une TSH élevée mais vous avez des hormones normales
p: hum
m: vous avez pas de signes physiques d'hypothyroïdie
p: non (hoche négativement la tête)
m: y a aucune raison de vous donner des médicaments
p: ok (en mimant un mouvement d'arrêt)
m: y a pas de symptômes, donc euh
p: moi, ça m'convient très bien hein !
m: voilà !

La patiente ne reviendra pas ensuite sur cette hypothèse psychosociale. Probablement car la réponse du médecin lui « *convient très bien* ».

- La confirmation de l'attribution est **modulée par l'introduction d'une pluricausalité**

Lorsque la patiente de 63 ans transmet au médecin l'hypothèse de son « *psy* » concernant sa fatigue, celle-ci la confirme puis introduit une seconde explication possibilité, iatrogène, ayant pu y participer.

p: alors lui, il dit que, si vous voulez, d'après lui, ma grande fatigueee, bah, c'est du à toutes les préoccupations
m: bah oui, sûrement ! Maintenant, y avait p't'être pas que les préoccupations, p't'être, puisque là, vous vous sentez moins fatiguée, p't'être qu'y avait aussi l'Champix® hein ?! Il était à double tranchant c'ui là quand même.[14] *Si on peut dire d'ailleurs !* (ton final rieur)

- L'attribution psychosociale **appuie l'objectif thérapeutique du médecin**

Dans le cas de la patiente de 74 ans transmettant au médecin de façon anecdotique qu'elle a présenté de l'hypertension artérielle lorsque sa fille allait mal, le médecin ne confirme pas de manière directe cette attribution mais l'utilise comme un argument supplémentaire pour contrôler sa dyslipidémie, autre facteur de risque cardio-vasculaire qu'elle présente :

p: et d'ailleurs quand Aline n'a pas été bien, euh... j'me suis tapée d'la tension. Ça, j'le, j'le sens hein... tout d'suite ça... (ton sérieux)
m hoche positivement la tête
m: ah ben faut réagir ! faut (sérieuse)

[14] Précédemment dans cette consultation, la patiente transmettait que depuis qu'elle avait suspendu son traitement par Champix®, son « *esprit se clarifiait* ».

p: ben oui, j'prends, je reprends d'la... qu'est c'que vous m'avez donné Pros euh..... je sais plus ; en plus, que c'que j'prends

[…]

p: j'vais prendre un demi

m: l'Aprovel® ?

p: oui (petit hochement de tête positif)

m: d'accord. (petit hochement de tête positif) *Bon, donc, quand même, j'essaye de vous motiver sur le cholestérol* (débit rapide) *; y a quand même un lien assez fort quoi ;* (ton convaincu) *quand y a pas d'facteurs de risque du tout, y a des gens qui ont du cholestérol qui auront jamais de problèmes cardiovasculaires, mais il s'trouve que vous* (la voix appuie sur « *vous* ») *vous avez déjà fait quelque chose donc on peut penser qu'ça vous fait un peu d'mal.* (en faisant un geste de la main vers p)

- Lorsque les attributions psychosociales sont faites à l'occasion de confidences, les médecins **soutiennent les patients**

-Après avoir présenté une fatigue au médecin, une patiente de 54 ans lui confie plusieurs de ses soucis personnels. Parmi ceux-ci, elle raconte ses difficultés suite à la perte de son chien :

p: bon pis après j'ai, j'ai eu la mort de mon petit chien; alors là ça a été la catastrophe! (en levant un bras au ciel)

m regarde p attentivement face à elle, en silence

p: pauvre petit toutou!

m: (sourit) *ça faisait longtemps que vous l'aviez?*

[…]

p: il jouait avec moi, il dormait avec moi, (m sourit discrètement en regardant p attentivement*) il ... et pis il est mort à mes pieds* (en baissant le regard) *alors euh.. bon.. Il est mort le lundi de Pâques, donc ça m'a secouée, ça m'avait... vous savez, ça m'avait empêché de respirer pendant quelques temps* (m l'écoute attentivement)

m: hum

p: bon, maintenant, j'arrive à m'y faire… Parce que bon.. C'est comme ça!

m: ah ben c'est toujours difficile de perdre un compagnon comme ça!

Dans ce cas, le médecin ne relève pas les dires de la patiente lorsqu'elle lui explique que cette perte a entrainé une dyspnée. Elle la **soutient par une attitude empathique** associant écoute attentive, comportement non verbal bienveillant (sourires, regards) puis affirmation généralisante visant à la rassurer.

-Cet autre médecin soutient la patiente puis lui propose une action concrète :

p: non, enfin, c'est quand j'm'emporte, après j'ai mal au ventre !

m: et vous prenez du temps un peu, aussi, pour faire du sport pour vous ?
p: j'ai r'commencé mais..
m: ah : c'est bien !

-Cette autre médecin écoute la patiente puis lui propose une réponse médicamenteuse :
p: oui oui oui, mais bon.. Par contre en ce moment, alors oui, y a aussi ça!... Mais j'pense pas qu'ce soit l'Advil®, mais j'ai une espèce de…alors est ce que c'est l'anxiété c'est possible, j'ai une espèce de boule et je vomis beaucoup. Par contre, quand je mange..mange.. déja j'avais ce problème (p mime un mouvement de torsion au-dessus de l'estomac)
m (hoche la tête en écoutant p)
m: oui. Déjà.
p: alors là, là, en c'moment c'est…c'est voilà, j'suis pas bien quoi.. J'me sens très faible.. J'me sens
m: peut-être que de toute façon, on pourrait déjà prendre un traitement un peu pour l'estomac
p: ouais
m: si vous prenez de l'Advil® relativement régulièrement et puis augmenter un peu votre traitement pour l'anxiété, je sais pas..

- <u>Le médecin n'entend pas ou ignore l'attribution</u>

Lorsque le patient de 43ans présentant une douleur thoracique depuis 24 heures déclare au médecin être « *un p'tit peu stressé* » « *ces derniers temps* », ce dernier ne manifeste aucune réaction verbale[15], il poursuit l'examen physique en cours :

p: bon, c'est vrai que ces derniers temps, j'étais un p'tit peu stressé mais…
silence de 5 secondes
p: ah là vous m'faites mal quand vous appuyez un peu!
m: ouais, ouais, c'est une douleur de côte hein!

Le médecin, focalisé sur l'examen physique du patient et l'établissement d'un diagnostic en fonction ne relève ni immédiatement, ni plus tard dans la consultation la remarque du patient.

- <u>Le médecin résiste à l'attribution psychosociale</u>

Voici la séquence dans laquelle la patiente de 26 ans étant « *très fatiguée* » confie être « *tourmentée* » en réponse aux questions du médecin concernant les raisons de ses troubles du sommeil :

[15] Cette séquence ayant lieu lors de l'examen physique, le médecin et le patient sont hors champ caméra, les comportements non et para verbaux ne sont pas analysables.

m: ah oui. C'est parce que t'as du boulot qu'tu dors pas assez ou ?

p: nan, [nan nan,

m: [c'est parce que t'as du mal à te coucher de bonne heure ? (en souriant)

p: p't'être un peu.... tourmentée j'pense (en s'asseyant au fond de la chaise sur « tourmentée »)

m: [ah ouais

p: [mais je sais pas trop pourquoi, je saurais pas dire

m: ouais, tu saurais pas trop dire pourquoi ?

p: hum

m: d'accord

p: et eeeuuuhhh.... et voilà. Pffff... pas fatiguée de.. enfin p't'être fatiguée de.. enfin, p't'être…que je *mange pas assez aussi.. qu'je pense qu'y a ça* (prend une joue dans une main)

m: rraaah, bah si tu manges pas, qu'tu dors pas, ça va plus aller là ! (ton humoristique)

p rit

p: ouais mais ouais je... (ne sourit plus, coince une main entre ses cuisses et se gratte le bras)

m: pourquoi tu manges pas ? Parce que t'as la flemme, parce que.. ? (m sourit et se tourne vers p)

p: parce que eeeeuuuuhhhhhh... parce que....le problème

m: hum

p: c'est.... j'sais pas, j'ai.. pff ! J'sais pas... c'est.. (p regarde dans le vide en se grattant le bras)

m la regarde très attentivement

m: mais c'est par rapport à pas vouloir faire de cuisine ou c'est par rapport à... ?

A l'exception de la répétition littérale « *ouais, tu saurais pas trop dire pourquoi ?* », le médecin interroge la patiente par des questions successives ayant toutes le même format et le même ton badin. Qu'il s'agisse du manque de sommeil ou du manque d'alimentation, il lui suggère une ou plusieurs réponses. L'ensemble des explications proposées sont toutes banales, bénignes et en rapport avec son mode de vie (trop de « *boulot* », « *du mal à se coucher de bonne heure* », « *flemme* » à s'alimenter et « *pas vouloir faire de cuisine* »). Sa plaisanterie « *rraaah, bah si tu manges pas, qu'tu dors pas, ça va plus aller là !* » va dans le même sens : ne pas envisager de causes sérieuses à ses symptômes.

Le discours du médecin révèle les représentations qu'il a de la patiente, il imagine son mode de vie comme estudiantin, dynamique, stressant et/ou festif – alors même qu'il ne sait pas exactement où elle se situe dans son parcours professionnel (plus tard il lui demandera : « *Bon sinon t'en es où toi par rapport à ton boulot, à tes études, t'en es où ?* »).

Les difficultés manifestes de la patiente (fugacité de ses rire et sourires, gène para et non verbale, cf paragraphe 3.1.1.7) et ses « *tourments* » ne sont pas pris en compte par le médecin à ce stade de la consultation du fait de ce qu'il projette d'elle. Ses représentations l'empêchent d'entendre et voir ce qui est dit et montré.[16]

[16] Une séquence ultérieure corrobore la représentation enfantine qu'il a de la patiente. Lorsque celle-ci évoque « *si, il doit y avoir un facteur, p't'être, p't'être que ça va bien avec mon copain et que j'me sens pas très, trop à la hauteur* », le médecin n'entend pas « *mon copain* » au singulier, au sens de « mon compagnon », « mon fiancé »

- Rejet indirect par la proposition d'une autre attribution

Lorsque la patiente de 30 souffrant d'une aponévrosite plantaire « *se demande* » si le stress participe à ses douleurs, voici la réponse du médecin :

p: Y a des fois j'me d'mande si c'est pas quand j'suis stressée ça...tape un peu.
m: bah on va attendre qu'vous ayez perdu encore un peu d'poids !
p rit doucement en regardant m, semblant surprise
m: ça va p't'être se stabiliser

Le médecin ne répond pas directement à la suggestion de la patiente et propose un test diagnostique pratique : évaluer si la douleur persiste après qu'elle ait perdu du poids.[17] Ainsi, elle semble infirmer indirectement l'attribution de la patiente et lui préférer celle du surpoids.

5. Evolution des attributions psychosociales aux symptômes et des interactions médecin-patient au cours de la consultation

5.1. Lorsque les patients sont ambivalents ou résistent à l'idée de la participation d'éléments psychosociaux dans l'expression de leurs symptômes

Certains patients résistent ou sont ambivalents à la recherche ou proposition par le médecin de liens entre leurs symptômes et le contexte psychosocial dans lequel ils évoluent. Regardons de quelles façons s'expriment leur résistance ou leur ambivalence et de quelles manières les médecins y réagissent.

5.1.1. Ambivalence des patients

Lorsque le médecin demande à la patiente de 29 ans ayant à la fois une sinusite chronique et une fatigue inexpliquée à quoi elle attribue sa fatigue, elle utilise un procédé presque semblable à celui mis en évidence au paragraphe 4.2.1.2 (symptôme exprimé de façon évasive puis changement de sujet en se centrant sur un symptôme objectivable puis retour au premier qu'elle teinte d'ambiguïté) :

mais « *mes copains* » au pluriel, au sens d'amis : « *Mais pourquoi, si tu m'dis qu't'es bien avec tes copains, pourquoi, pourquoi, tu dirais que tu serais pas à la hauteur ?* ». Ce décalage entre ce qui est dit par la patiente et ce qui est entendu par le médecin évoque la difficulté de ce dernier à imaginer qu'elle puisse avoir une vie amoureuse et sexuelle.

[17] Cette séquence succède à une autre dans laquelle la patiente discute avec le médecin de sa perte de poids volontaire.

m: Et vous êtes fatiguée depuis quand ?
p: ben depuis longtemps mais là..... là c'est plus la perte de poids qui me... (se gratte le menton), *non j'suis fatiguée globalement.* (débit rapide)
m: et vous mettez ça sur le compte de quoi? (alterne entre frapper au clavier et regarder la patiente)
p: bah euh.. la fatigue ? euh... manque de sommeil euh... travail enfant soucis machin et tout (énumération rapide en accélérant son débit de paroles, en souriant) *mais la perte de poids par contre j'suis plus euh…négative* (sérieuse)

Après une courte hésitation, la patiente énumère rapidement plusieurs réponses de contenu psychosocial puis change de sujet d'inquiétude sans pause dans le discours. Son accélération du débit de paroles et l'absence de pause entre les deux sujets lui permettent de garder le tour de parole et au médecin de ne pas intervenir immédiatement après ses propositions d'attributions psychosociales.[18] Le contenu de ses réponses devient banalisé à partir d'un vocabulaire de moins en moins précis et de plus en plus familier ; son sourire est en contradiction avec le contenu préoccupé de son discours. La patiente attribue donc sa fatigue à des problématiques psychosociales mais développe des langages verbal, para et non verbal limitant leur développement par le médecin.

5.1.2. Résistance des patients

- Représentation péjorative des causes psychiques

Cette dernière patiente manifeste en parallèle d'une ambivalence, une résistance à l'idée d'un lien entre symptômes et psychisme. Dans la suite de la consultation, d'autres attitudes font penser qu'elle rejette bien par anticipation un lien que le médecin pourrait établir entre la fatigue qu'elle présente et des troubles psychiques. En effet, elle distingue à plusieurs reprises « l'incapacité à faire » du « manque de volonté à faire », de façon spontanée, sans que le médecin n'ait posé aucune question ou émis aucune remarque à ce sujet :

p: ah nan nan, mais, je peux pas, je... c'est pas que je ne veuille pas mais cette fatigue
et
p: nan mais je... voilà, c'est faible, je suis faible. C'est pas que j'ai pas envie, mais je suis faible
et
p: ça fait beaucoup. Mais euh.. je suis fatiguée je... c'est pas la niaque qui me manque hein, c'est même pas ça hein !

[18] Ce moment entre les deux sujets de conversation aurait pu être une *place transitionnelle pertinente* mais la patiente ne laisse pas cette possibilité au médecin. (Cf Annexe 1 pour une explication des *places transitionnelles pertinentes*).

En outre, lorsque le médecin recherche certains éléments d'un syndrome dépressif (aboulie, troubles du sommeil) elle rejette initialement ces différents troubles puis exprime l'opposé :

m: oui. Vous auriez envie de.. d'aller voir du monde, d'avoir d'autres activités, de.. ?
p: ah oui oui, ça oui
m: oui
p: maintenant je sors quand même, je sors un peu plus qu'avant, mais euh.. ça me.. mais, y a des jours, j'me prépare et puis tout ça et puis au dernier moment, allez hop, j'me reviens au lit! Parce que je suis fatiguée.
puis
m: humhum. Et le sommeil il est comment maintenant ?
p: oh le.. ça va un peu mieux, bon, il est perturbé mais ça va un peu mieux quand même
puis rapidement après :
p: je ferais que dormir..

Une séquence se déroulant au moment de la rédaction de l'ordonnance offre une hypothèse de réflexion afin de comprendre ses différentes attitudes :

p: le Tégrétol®, les hormones, et je continue toujours les cachets ?
m: ben écoutez oui hein, pour le moment
p: oui oui
m: Tégretol®, Oestrodose®, progesterone, euh et le citalopram oui, vous le prenez toujours le matin ?
p: oui

Elle distingue l'ensemble de ses médicaments – qu'elle nomme soit par nom commercial soit par type de spécialités – de l'antidépresseur qu'elle désigne d'un mot évasif « *les cachets* ». Cela peut faire penser à un tabou de sa part autour de ce traitement, et par extension, possiblement des troubles de l'humeur pour lesquels il lui a été prescrit.

- <u>Faire diversion, changer de sujet</u>

Comme nous l'avons vu paragraphe 4.2.1.1, lorsque le médecin recherche l'existence de « *contrariétés* » chez la patiente ayant des céphalées chroniques, celle-ci a d'abord une réponse non préférée permettant de transmettre au médecin leur existence et leur importance. Mais regardons la suite immédiate de son discours :

m: y a pas eu d'événements ces derniers temps qui vous aient déstabilisée, pas de contrariétés [plus importantes, ou d'choses comme ça ? (absence de pause entre les différentes propositions)
p: [oh ben si hein... si, y en a même tout..] si si, y en a tout le temps, si si...(débit lent, ton expressif) *Et j'ai ce truc qui, [qui a..*

m: [et là, y en a plus que d'habitude ?
p: ça j'me suis cognée, (débit de paroles très rapide) *j'ai ça, qui n'arrive pas à partir*
(silence de 5 secondes)

La patiente change immédiatement de sujet en accélérant son débit de parole pour proposer au médecin un symptôme corporel visible sur la peau. Son langage paraverbal lui permet de garder la parole et le type de symptôme proposé entraine la focalisation du médecin sur la peau ; il cherchera à l'objectiver et ne l'interrogera plus sur ses contrariétés.

- <u>Proposer de multiples attributions extérieures à soi</u>

La patiente de 24 ans présentant des troubles du transit, souffre aussi d'un prurit vaginal récidivant et d'une dyspareunie. Nous avions vu au 3.1.1.8.2 qu'elle avait évité le sujet du décès de son père en faisant diversion. Plus loin, lorsque le médecin recherche un stress participant aux troubles du transit, sa réponse était surprenante. Puis le médecin recherche des facteurs pouvant favoriser le prurit vaginal. Après un rejet de l'effet de protections hygiéniques, voici ce qu'elle propose :

m: et là, ça vous gratte encore ?
p: euh… peut-être un peu moins mais c'était euh… pendant le week-end, on était au bord de la mer, est-ce que ça joue euh ?
m hausse les épaules
p: on s'est baigné un p'tit peu.
m: normalement non hein. A part si vous vous êtes frottée avec du sable ?
p: le sel ?

La patiente propose une explication environnementale : le contact avec l'eau salée. Remarquons qu'elle précise sa proposition malgré l'expression corporelle dubitative du médecin.

Puis elle interrompt le discours du médecin au moment d'une attribution psychosociale pour en proposer une autre : la sécheresse de l'air :

m: j'pense qu'il doit y avoir un problème d'équilibre effectivement là aussi. Euh.. alors bon c'est vrai que vous êtes stres... (en s'asseyant fond de sa chaise les bras croisés)
p: mais bon comme j'vous avais dit la dernière fois, chez nous c'est très sec. Y a 20% d'humidité dans l'air euh... on arrive difficilement à arriver à 30% avec l'humidificateur.

A la différence du stress, ces attributions sont extérieures à elle. La deuxième contient des précisions chiffrées.[19]

Enfin, lorsque le médecin tente de réaborder le sujet évité en début de consultation, elle détourne à nouveau la question. Elle n'y répond pas mais propose une dernière attribution extérieure à elle afin d'expliquer son émotivité. Il s'agit d'un élément iatrogène : la prise d'une pilule contraceptive.

m: (finit d'imprimer l'ordonnance médicamenteuse) *Alors vous avez réfléchi sinon à la discussion qu'on a eu autour de votre papa ?*
p: alors j'me demande, vous allez dire que j'mets tout sur la pilule, si c'était pas aussi la pilule ! Parce que je réflechis, avant je pleurais pour des choses... correctes... (émue, les larmes aux yeux)
m: oui (attentivement)
p: et là…moyen… vous voyez à chaque fois qu'on parle de pleurer, je pleure! Donc… c'est fou! (pleure en essayant de sourire puis retient ses larmes et croise les mains)

Ici on assiste à une grande contradiction entre le langage verbal et non verbal de la patiente. Lorsque le médecin évoque son père décédé, la patiente pleure tout en expliquant ses larmes ; elle rationnalise son émotion en proposant une explication iatrogène. Il s'agit très probablement de mécanismes de défense.

- <u>Prendre la parole : autre moyen d'éviction</u>

A plusieurs reprises dans cette même consultation, la patiente prend la parole dès qu'un sujet de conversation touche à sa fin.

m: bah de toutes façons, vous pouvez mettre du Pevaryl® en lait aussi avant les rapports, par exemple, pour essayer de diminuer la gène.
*p: hum (*hoche verticalement la tête)
m: et puis d'en remettre après.
p: d'accord.
m: avant après. Pour voir si ça fait quelque chose. Et puis buvez plus d'eau.
p hoche la tête en souriant
m: parce que quand même, une bonne façon d'hydrater les muqueuses qui sont sèches, c'est de boire ! (en souriant)
m remet ses lunettes et se rapproche de l'ordinateur
p: et j'me demande, la pilule ça assèche pas aussi la peau ? »

[19] Une autre séquence peut être rapprochée de celle-ci : lorsque le médecin l'interroge sur sa satisfaction concernant sa lubrification vaginale, la réponse de la patiente est axée sur des détails techniques après avoir parlé furtivement de son ressenti (le lieu d'achat d'un lubrifiant et son nom) :
m: au niveau lubrification, vous avez l'impression que c'est bien ?
p: bah c'est pas génial, on utilise euh... un lubrifiant que j'achète en pharmacie, c'est euh... ça s'appelle Loxas®

La discussion autour du prurit vaginal prend fin, les gestes du médecin font penser qu'elle s'apprête à lire des informations à partir de son ordinateur. La patiente prend la parole à ce moment-là, introduisant un nouveau sujet de discussion. Il s'agit d'une interrogation au sujet d'un autre effet indésirable potentiel de la pilule contraceptive. On peut se demander dans quelle mesure la prise de parole volontaire de la patiente vise à empêcher ou retarder celle du médecin au sujet du décès de son père, ayant prévenu en début de consultation *« on y reviendra après à tout ça »* suite à la lecture à haute voix du contenu de la consultation précédente.

- Agressivité

Lorsque le médecin cherche à comprendre les raisons du prurit vaginal récidivant que présente la patiente, elle aborde sa vie sentimentale et sexuelle.

m: Donc euh, et ça, ça a jamais été bien la lubrification ?
p: bah euh.. pas toujours, ça dépend des fois.
m: donc ça, ça joue aussi beaucoup quand même hein. Parce que effectivement euh, si la muqueuse est sèche, c'est normal que ça s'irrite plus facilement quoi. Donc euh... bah oui, le lubrifiant, c'est ça mais si ça marche pas terrible... Et c'est votre premier copain ?
p: oui
m: ou y en a eu un autre avant ? Nan ?
p: non c'est l'premier
m: d'accord, donc on peut pas comparer avec un autre !
p: nan ! (p et m rient simultanément discrètement)
après un silence, m hausse les épaules en regardant p
m: et vous, vous avez l'impression que votre désir, il est suffisant ? Vous avez pas l'impression que ça vous casse les pieds d'avoir des rapports ou... ?
p: (regarde dans le vide en haussant les sourcils) *bah ça m'casse les pieds quand j'ai une mycose !* (débit de paroles rapide, d'un ton agacé)
m: ouais
p: sinon ça va ! (en hochant horizontalement la tête)
m: mais vous avez du plaisir ou bof ?
p: oui ! Oui, j'ai du plaisir oui. (débit rapide en appuyant sur « oui » et en se repositionnant sur sa chaise.)

Lorsque le médecin questionne son désir, elle utilise deux questions. La première interroge de façon neutre le ressenti de son désir ; dans la deuxième, elle questionne un déplaisir aux rapports sexuels. Pour cela elle utilise une expression à la fois populaire et polie « *casser les pieds* ». Celle-ci est reprise littéralement par la patiente, qui la rabroue en revenant à une cause médicale pouvant expliquer à elle seule le prurit. Lorsque plus loin elle répond au médecin qu'elle a du plaisir, la triple répétition « oui »

d'un ton autoritaire semble exprimer l'envie que les questionnements psychosociaux s'achèvent plutôt qu'une réponse sincère à sa question. Le comportement presque agressif de la patiente permet d'exprimer au médecin sa non volonté d'aller plus loin sur ce sujet.

5.1.3. Réponses des médecins face à la résistance ou à l'ambivalence des patients

Lorsque les patients manifestent une ambivalence ou une résistance à aborder le champ psychosocial de leur vie pour expliquer leurs symptômes, la consultation prend des directions différentes. Soit le champ psychosocial est totalement abandonné, soit le médecin exprime l'impasse dans laquelle il se trouve, soit ses compétences permettent de lever l'ambivalence du patient, soit a lieu une importante négociation.

- Abandon du développement de l'attribution psychosociale

Dès la résistance par diversion à l'influence de facteurs psychosociaux que le médecin recherche chez la patiente de 59 ans ayant des céphalées et cervicalgies chroniques, celui-ci abandonne après une deuxième question restée en suspens « *et là y en plus que d'habitude ?* »[20] le développement de ces attributions possibles. Jusqu'à la fin de la consultation, il n'abordera plus ni ses émotions ni des évènements de vie ; la patiente non plus.

Il **expliquera** avec conviction l'ensemble des symptômes présentés de manière **unicausale** et mécanique après l'examen physique :

m: oui ben ça c'est des p'tites névralgies d'Arnold ça
p: ah oui
m: c'est du à votre cou hein, c'est clair hein, c'est sur hein, rallongez-vous. Non non…
puis :
p: je sais pas si les mots de tête c'est par rapport aux vertiges de Ménière, j'en sais rien, [j'dirais plutôt…
m: [nan, moi j'pense pas. Moi j'pense que tout vient d'votre cou là, en c'moment.

Face à la patiente qui développe différents symptômes sans interruption, en soulignant leur intensité ou leur pérennité, et suggère des conduites diagnostique et thérapeutique : *« et quand je fais ma prise de sang euh… mon bilan, demain, vous avez rien à rajouter des fois ? », « j'ai pas besoin de refaire de kiné ou… ? »,* **le médecin est agacé :**

p: parce qu'au début, j'avais ma.. pas mal euh..derrière, [comme ça, j'le sentais pas
m: [humhumhum

[20] Des « *contrariétés* ».

p: et plus ça va, plus ça m'fait mal. Nan, au niveau du ventre, j'ai pas..

m: tirez la langue. Humhum. Ok

p: et puis j'ai toujours la bouche sèche, toujours...

m: comment ? (débit rapide, haut volume sonore, ton agacé)

p: j'dis, j'ai toujours la bouche [sèche

m: [oui, oui nan mais ça.. hum

p: [mais bon ça], c'est tout l'temps hein

m: montez sur la balance.

[…]

m: bon... alors ! (se rassoit, tape énergiquement au clavier de l'ordinateur)

*p: alors là, Mr […], il m'avait dit de prendre euh.....du « liprofinod » ..quand euh..quand j'ai mal (*se revêt, debout)

m: hum hum hum

p: parce que maintenant, j'm'y colle quand même beaucoup plus hein,à jardiner à ceci, cela... Il m'avait dit « tout d'suite après euh, prenez ça, pour pas être... bloquée ! ». Maintenant... ben ça, j'en prends pas...j'en prends mais de temps en temps. Mais c'est le mal de tête, alors j'prenais de l'ibuprofène parce que maintenant on a l'droit d'en prendre de ça.... mais j'sais pas tout ça, dans quelle quantité [je peux prendre.. (m frappe énergiquement au clavier de l'ordinateur sans regarder p)

*m: [oui oui, nan, mais vous allez m'montrer votre...votre liste, et puis on va voir ça ! (*la main recouvrant entièrement la bouche, puis appuie sur ses lunettes, une main recouvrant entièrement un œil en appuyant sur son front)

Il limite les échanges verbaux avec la patiente, lui répondant par des régulateurs[21] « *hum hum hum* », énonçant ses consignes par des impératifs autoritaires « *tirez la langue* » « *montez sur la balance* », couvre sa bouche d'une main en parlant ; mais aussi les regards : il ne regarde pas la patiente, rivé à l'ordinateur et au clavier. Ses autres gestes expriment l'empressement : mouvements énergiques et convaincus et la lassitude (une main recouvrant entièrement un œil en appuyant sur son front). Le ton sur lequel il prononce la dernière phrase et le mot employé pour désigner ce qu'on pense être l'ordonnance de la patiente *« liste »,* finit d'exprimer un agacement teinté de dénigrement face à la multiplication des problèmes médicaux de la patiente. L'ensemble de ces attitudes donnent le sentiment que le médecin souhaite achever la consultation au plus vite.

- <u>Ecoute attentive</u>

[21] Les *régulateurs* sont des émissions vocales ou verbales produites par l'interlocuteur simultanément au tour du locuteur. Ils sont brefs « hmm », « oui », « ah », « d'accord, souvent produits en chevauchement et ne contribuent pas au développement thématique de l'échange. Ce sont des indices d'attention, d'écoute et d'engagement dans l'interaction.(42)

Dans la consultation concernant la patiente de 52 ans présentant une fatigue inexpliquée, une frilosité et des douleurs osseuses, le médecin commence par questionner « *le moral* », puis recherche les différents éléments d'un syndrome dépressif, ce que semble comprendre la patiente et qu'elle rejette.

Dans la suite de la consultation, la patiente continuera à exprimer sa souffrance et ses difficultés de diverses façons et de manière répétée : elle fait intervenir des tiers, signalant qu'ils ont remarqué sa fatigue « *même les gens ils me le disaient, ils me disaient « t'as une tête ! »*, ou parle d'elle à la troisième personne « *j'ai toujours fatiguée.. « ça va Hélène*[22] *? » ah non, je suis fatiguée. Hélène elle est fatiguée* ».
Lorsqu'elle demande au médecin de prendre sa tension artérielle et que celle-ci transmet sa normalité, la patiente renouvelle et répète sa plainte de manière convaincue[23] :

p: vous prenez la tension ?
m: ah oui ! Enlevez peut-être le gilet.
m: 12/7 ; non là, y a pas de problème.
p: non mais je suis faible. Faible. (augmentation du volume sonore)

La répétition décidée de cette plainte sonne comme une réponse à ce que la patiente entend dans « *y a pas de problème* ». Elle fait penser qu'elle peut y entendre une dénégation de ses symptômes.
Tout comme sa manière d'anticiper un lien que le médecin pourrait faire entre symptômes et psychisme, ici elle insiste sur la réalité de son symptôme malgré la normalité de l'examen physique.

En parallèle, elle exprimera au médecin ses incompréhension et interrogation face à ses symptômes :

p: je sais pas c'que j'ai, cette fatigue que j'ai, je le sens c'est aux... j'pense sur.. à l'intérieur
Ou bien :
p: là, je reviens, je reviens au lit moi hein?!
m: humhum
p: c'est dommage parce qu'en plus, je suis en congé, je vais faire que ça alors euh
m: oui
p: mais.. je sais pas..

Face à l'expression de cette souffrance et de son incompréhension, le médecin a une attitude très attentive d'écoute. Elle laisse la patiente exprimer longuement ses symptômes sans l'interrompre, lui

[22] Le prénom a été modifié.

[23] La répétition de la plainte après que le médecin ait transmis la normalité d'un paramètre objectivable lors de l'examen physique se produit également dans la consultation de la patiente de 59 ans souffrant de céphalées et cervicalgies chroniques. De plus, il s'agit du même paramètre objectivable, la pression artérielle :
m: 14/8... ça, ça va
p: nan mais là, vous voyez j'ai mal.. bon c'est paaas (débit très rapide)
m: humhumhumhum
p: mais j'ai mal les.. les deux tempes et entre les deux, hum

manifeste son écoute par des régulateurs, adopte une position favorisant une bonne compréhension face à elle, penchée sur le bureau, la regardant attentivement :

p: c'est venu petit à petit cette fatigue.. je, je j'arrive même plus à me lever pour aller travailler, rien du tout quoi hein
m: humhum (en regardant p attentivement penchée sur le bureau, face à elle)
p: ou alors soit je dormais pas de peur d'être obligée de me lever.. mais, je suis fatiguée, je.. je reste des jours sans manger, mais parce que j'ai même pas eu besoin, j'ouvre le frigo mais ça me, je le referme, ça me dit rien
m: ouais
p: comme là, j'ai .. comment vous expliquer.. une lourdeur
m: humhm, bah oui oui
p: je suis [...] pourtant c'est pas mon tempérament hein !
m: nan

Le médecin ne produit presque aucune reformulation du discours y compris lorsque la patiente utilise des marqueurs de recherche d'approbation discursive[24]. Lorsqu'elle en fait, ce n'est pas pour préciser le sens des propos de la patiente, y compris lorsqu'elle utilise un vocabulaire polysémique pouvant porter à confusion :

p: et ça.. lundi matin je suis allée leur faire les courses, je devais les ramener, mais j'ai été obligée d'aller au lit hein, je suis allée au lit pendant 1h et demi hein
m hoche la tête verticalement, discrètement et silencieusement
Et :
p: j'arrive pas à remonter
m: oui, depuis ? Depuis là, le mois de mars, y a un moment où vous étiez bien ou non ?
Et :
p: mais même moi je le voyais, j'étais, on aurait dit .. comment vous dire.. déconfite j'étais !
m: oui oui oui, déconfite

Elle semble remarquer l'ambivalence de la patiente (elle rit) mais ne la relève pas :

p : j'ai plus de force
m: ben si vous avez maigri aussi, en général, on perd les muscles hein d'abord, hein, donc euh..
p: oui mais bon, là j'ai quand même repris un peu de poids
m: ah oui ?
p: je sais pas, j'ai une balance qui déconne
m rit discrètement

[24] Cf note du paragraphe 3.1.1.8.3 pour une définition.

Y compris lorsque la patiente exprime l'anormalité de ses symptômes, elle la confirme littéralement:

p: j'ai passé des week-end.. un week-end, un week-end crois sur 48 heures, oh j'ai du faire plus de 24 heures de sommeil.
m: hum
p: ça fait beaucoup…
m: c'est beaucoup, effectivement.

Dans ce cas précis, on peut se demander dans quelle mesure l'absence de reformulation du médecin d'une part et la répétition et l'insistance de la patiente sur ses symptômes et sa souffrance d'autre part, sont liées.

- <u>Les compétences relationnelles du médecin font céder l'ambivalence à entrer dans le champ psychosocial</u>

Observons la suite de la consultation de la patiente de 29 ans présentant une fatigue inexpliquée en parallèle d'une sinusite chronique :

m : Et vous êtes fatiguée depuis quand ?
p: ben depuis longtemps mais là..... là c'est plus la perte de poids qui me... (se gratte le menton)*, non j'suis fatiguée globalement.* (débit rapide)
m: et vous mettez ça sur le compte de quoi? (alterne entre frapper au clavier et regarder la patiente)
p: bah euh.. la fatigue ? euh... manque de sommeil euh... travail enfant soucis machin et tout (énumération rapide en accélérant son débit de paroles, en souriant) *mais la perte de poids par contre j'suis plus euh…négative* (sérieuse)
m: oui mais bon (en dodelinant de la tête) *tout ça va ensemble !* (ton convaincu) *donc travail euh... boulot vous avez dit*
p: ouais (en marmonnant, se frotte le front)
m: famille, enfants (sourit en regardant p)
p: ouais (rire) *nuits entrecoupées tout ça !*
m: parce qu'ils ont quel âge? (sérieusement)
p: le p'tit il a 18 mois et le grand il a 4 ans
m: d'accord 18 mois et 4 ans (en frappant au clavier de l'ordinateur) *et sinon le moral ça va?*
p: c'est bof.
m: bof ouais.
p: la dernière fois je suis venue vous voir une fois et j'ai passé 2 heures à pleurer (P rit) *mais maintenant ça va mieux mais c'est vrai que c'est toujours difficile quand même...j'ai euh...* (P se gratte compulsivement la jambe)

m: alors (en lisant à voix haute le contenu de la précédente consultation) *« faut qu'je sorte de cette histoire au travail, a beaucoup de charme, me plait beaucoup, enfant veut les voir plus »*
P rit
m: « mère n'a jamais travaillé et c'était pas une bonne mère », d'accord, « pas vraiment de spécificité, stress tous les jours, a décidé de ne plus aller les chercher », c'est toujours comme ça l'organisation ? (m regarde p et sourit)
p: euh... ouais sauf que j'me suis fait virer entre temps (rire)
m: et alors là vous bossez plus ?
p: non non j'bosse encore pour l'instant et j'dois arrêter d'ici quelques semaines

Une fois que le médecin prend conscience juste précédemment à cette séquence que la fatigue n'est pas en rapport avec la sinusite alors que cette dernière fait l'objet de la consultation depuis 13 minutes, elle change d'attitude et devient plus directive. Comprenant que la patiente a ses propres hypothèses explicatives, elle la questionne directement à ce sujet « *et vous mettez ça sur le compte de quoi ? »*. C'est à partir de cette question que la patiente commence à développer ses soucis personnels.
Lorsque la patiente prononce de manière ambivalente la première attribution psychosociale à sa fatigue, le médecin ne s'arrête pas à cette réponse fuyante. Tout d'abord elle exprime sa pensée par une exclamation. La patiente ayant mené l'ensemble de la consultation jusqu'alors[25], elle retrouve ainsi une juste place vis-à-vis d'elle. Son fond est holistique : pour le médecin, les troubles du sommeil, les soucis liés à ses enfants et travail et son amaigrissement sont liés. Puis elle décortique la réponse de la patiente, lui faisant développer par des questions courtes et précises ses différentes attributions les unes après les autres. Sa façon de faire lui permet d'obtenir les réponses tout en restant empathique : elle regarde la patiente en la questionnant, répond à ses sourires, manifeste son écoute en répétant ses propos. La patiente ayant commencé à se confier, le médecin pose alors une question directe sur son humeur « *Et sinon, le moral, ça va ?* ».

L'ajustement communicationnel du médecin à la patiente tout en restant empathique et la précision de son écoute puis des questions s'ensuivant permettent à la patiente de dépasser sa difficulté et ambivalence à confier ses préoccupations personnelles.

- <u>Les efforts de communication du médecin ne permettent pas de lever les résistances du patient</u>

Cette analyse est inhabituelle par sa longueur. Elle concerne la patiente de 24 ans présentant des troubles du transit et un prurit vaginal récidivant. Nous avons fait le choix de la présenter du fait de la richesse et des efforts de communication du médecin pour rechercher des attributions psychosociales aux

[25] Il s'agit de la patiente se positionnant comme « experte » de son symptôme, cf paragraphe 3.1.1.8.4.

symptômes ou répondre à la résistance de la patiente. Ces interactions aboutissent à une situation de négociation durable que nous n'avons pas retrouvée dans d'autres séquences.
En parallèle, une partie de la résistance de la patiente peut être expliquée par une maladresse de communication du médecin en début de consultation, nous la présentons à la suite. Les procédés principaux sont présentés en caractères gras.

Voici la suite à la réponse inattendue concernant les attributions causales aux troubles du transit, que la patiente émet :

m: et est-ce que vous avez l'impression que c'est lié au stress la qualité de vos selles, de ce que vous mangez, est ce que vous avez essayé de faire un lien ?
p: moi j'ai l'impression que c'est lié au... à l'inactivité.
m: ah ! (surprise)
p: quand je fais rien, j'ai, j'ai l'impression d'avoir plus souvent la diarrhée.
m: ah, tiens, je croyais que vous alliez me dire l'inverse. (en regardant p avec interrogation)
p: non
m: alors, ou alors c'est parce que, quand vous faites des choses, vous évacuez votre stress ?
p: peut être
m hausse les sourcils et fait une moue dubitative en tapant à l'ordinateur
m: point d'interrogation....
m: c'est possible hein ! Alors donc vous faites toujours quelque chose du coup ? (m sourit et regarde p en attendant sa réponse)
p: ben là ces temps-ci, je faisais pas grand-chose dans la journée, au chômage euh...

Le médecin **exprime** verbalement **sa surprise** à la patiente**.** Elle **ne s'y arrête pas,** l'interrogeant à nouveau, cherchant à comprendre son système de pensée. Cependant, elle utilise une **question suggérant une réponse** «*alors, ou alors c'est parce que, quand vous faites des choses, vous évacuez votre stress ?* ». Cette proposition va dans le sens d'une participation psychosociale aux troubles du transit : « *la diarrhée* » secondaire à l'inactivité pourrait s'expliquer par un « *stress* » présent chez la patiente, qui l'« *évacuerait* » grâce à l'activité. Sa réponse : « *peut-être* » ne tranche pas cette hypothèse. Le médecin **manifeste** alors initialement **sa perplexité** par ses mimiques et verbalement « *point d'interrogation…* » puis **donne du crédit à l'attribution de la patiente,** qui est « *possible* ».
Ici médecin et patiente n'attribuent pas les symptômes aux mêmes hypothèses causales, se le manifestent mutuellement mais le médecin transmet à la patiente la plausibilité de sa pensée.
Dans la suite immédiate, le médecin **ironise de façon bienveillante** en souriant à la patiente qui répond de façon terre à terre ; **elle n'adhère pas à l'humour que le médecin utilise** dans le but de la faire réfléchir à sa suggestion.

Les différences de points de vue se poursuivent lorsqu'elles cherchent des raisons à la récidive du prurit vaginal. La **proposition d'attribution climatique qu'émet la patiente est l'occasion pour le médecin de réintroduire une attribution psychosociale** :

p: pendant le week-end, on était au bord de la mer, est-ce que ça joue euh ?
[…]
p: le sel ?
m: ooppff, sur une peau saine, c'est pas gênant. Beh, moi j'pense que c'est pas le problème que ce soit pas..sensible au Gynopévaryl®, j'pense qu'il doit y avoir un problème d'équilibre effectivement là aussi. Euh.. alors bon c'est vrai que vous êtes stres...

Après avoir transmis clairement son désaccord avec l'attribution de la patiente, elle propose « *un problème d'équilibre* ». **Le mot « *équilibre* » est polysémique**, il fait référence à l'équilibre de la flore bactérienne locale mais peut aussi évoquer un équilibre plus global incluant l'état psychologique de la patiente. L'association de pensée que fait le médecin avec l'énoncé immédiatement après sur le stress y fait penser.

Après l'éviction de ce sujet par la patiente, elle lui répond avec bienveillance et humour mais **la patiente insiste** en interrogeant à nouveau l'hypothèse de l'influence de la sécheresse de l'air, **obligeant le médecin à réexprimer son désaccord** plus directement:

p: mais bon comme j'vous avais dit la dernière fois, chez nous c'est très sec. Y a 20% d'humidité dans l'air euh... on arrive difficilement à arriver à 30% avec l'humidificateur
m: il faut plus d'eau ! (m sourit)
p: oui ! Alors est ce que ça joue, est ce que... ?
m: j'vous dis, moi j'y crois pas beaucoup à ça. Vous avez l'impression que c'est depuis que vous avez déménagé que vous avez ça ?
Elle l'exprime sans autorité, grâce au verbe « *croire* » qui exprime une opinion plus qu'un savoir.

Par ailleurs nous remarquons que **pour la deuxième fois le médecin utilise l'humour après un désaccord,** il peut viser à adoucir[26] les tensions actuelles avec la patiente.

La patiente confirmant la récidive plus fréquente du prurit vaginal depuis son déménagement, le médecin exprime à nouveau son hypothèse de stress, en rapport avec l'inactivité actuelle de la patiente :

[26] En analyse de discours, on parle d'*adoucisseur*, traduction du terme anglais *softener*. Cette notion repose sur le principe que les interactants doivent « adoucir » les actes menaçants l'image que chacun renvoie à l'autre. Il s'agit de procédés lexicaux ou syntaxiques, prosodiques ou non verbaux : un sourire par exemple. Le conditionnel est parfois un adoucisseur (ex : « je venais vous demander un service »), tout comme des figures de style comme la litote : « je ne suis pas certain d'avoir bien compris »), les formules de politesse « excusez moi de vous déranger mais… » ou le recours à certains termes : « deux *petites* minutes et je suis à vous » « je viens *juste* reprendre mon parapluie ». (33)

m: moi j'pense plus que c'est aussi, faudrait voir c'que ça va donner avec la reprise du travail, (retire ses lunettes et met une branche dans sa bouche en parlant) *parce que je pense que le stress... bon on sait pas trop comment ça marche mais, ça modifie aussi les défenses immunitaires donc est ce qu'il y a pas un truc comme ça ? L'humidité dans l'air ambiant, j'en ai jamais entendu parler qu'ça puisse provoquer ça.*

Elle **argumente** cette fois son hypothèse **par un élément physiopathologique** : le stress « *modifie aussi les défenses immunitaires* » **tout en en soulignant l'incertitude** « *on sait pas trop comment ça marche* » qu'elle propose de façon interrogative et non affirmative. Cette fois, elle **rejette l'hypothèse** attributive de la patiente **de façon plus radicale**, n'ayant « *jamais entendu parler* » de ce lien causal.

Après un argumentaire de la patiente exprimé de façon convaincue « *ben ça dessèche la peau ! donc j'me dis bon, ben j'vois pas pourquoi ça dessécherait pas…* », le médecin **conclut la discussion pragmatiquement** « *bah de toutes façons, vous pouvez mettre du Pevaryl® en lait aussi avant les rapports par exemple, pour essayer de diminuer la gène […] et puis buvez plus d'eau, parce que quand même, une bonne façon d'hydrater les muqueuses qui sont sèches, c'est de boire !* ».

C'est à ce moment-là de la conversation que la patiente recherche un autre effet indésirable de la pilule contraceptive[27]. Le médecin exprime par ses gestes et mimique son scepticisme puis ironise de façon bienveillante avant de **l'interroger directement sur ses attributions** :

P : et j'me demande, la pilule ça assèche pas aussi la peau ?
M : pas que je sache (lève les yeux au ciel et élève une main)
P : je sais pas je…
M : mais tout est possible dans la nature ! (ton rieur)
P sourit
m: pourquoi ? Vous, vous mettez aussi ça sur ce compte-là ?
p: bah je sais pas, j'essaye de chercher des…raisons.

La patiente exprime l'importance de « *chercher des raisons* » à son symptôme.

Le médecin cherchera l'existence d'un stress une dernière fois **à l'occasion d'une discussion sur sa vie de couple, à son initiative :**

m: et depuis que vous êtes au chômage, vous êtes pas plus stressée justement, vous êtes pas moins disponible ? (regarde p en joignant les mains)

Elle propose un stress et une indisponibilité liés à la période de chômage de la patiente.

[27] Cf 5.1.2.3

La patiente réfute sa **question-suggestion** en jouant sur la polysémie du mot « *disponible* » dans ce contexte :
p: bah non, au contraire, je suis plus disponible (rit discrètement).

Le médecin parle d'une disponibilité psychique, donc plus propice à ressentir du désir physique, tandis qu'elle interprète la réponse de la patiente comme une possibilité à disposer de son temps à sa convenance :
*m: aah, ben ça dépend, y a plusieurs types de disponibilités ! On a qu'ça à faire, mais on est pas forcément euh.. du coup, l'esprit aussi tranquille quoi. Si ? Pour vous ça change rien ? (*m rit en retour et se repositionne, une main soutenant son visage)
Mais même suite à cette précision, la patiente réfute la suggestion : *« non non non ».*

L'ouverture de la consultation permet des hypothèses pour comprendre la fermeture et la résistance de la patiente :

Le premier motif de consultation annoncé est la lecture d'examens biologiques :
m: donc, vous veniez parce que, vous me disiez ?
p: j'ai reçu, j'ai reçu leeeess résultats
Puis le médecin regarde son dossier sur l'ordinateur :
m: alooors, que je reprenne votre dossier. Alors, vous aviez vu ma collègue
p: non, c'était vous !
m: ah oui c'était moi ! Au téléphone, tout à l'heure, j'ai cru que vous me disiez que vous aviez refait un contrôle avec ma collègue.
p: non.
m: non ? D'accord, je confonds avec quelqu'un d'autre !
p : d'accord.

L'entrée dans la consultation **commence par une confusion,** le médecin pensant que la patiente a consulté sa consœur la fois passée alors que c'était elle-même. Elle reconnait cette erreur en lui indiquant « *qu'elle la confond avec quelqu'un d'autre* ». La patiente réagit de façon neutre.
Puis le médecin **se remémore le contenu de la consultation précédente en le lisant à voix haute :**

m: alors, que j'regarde. « […] récidivante, après chaque voyage en Inde, chez moi c'est très sec », c'était le 30, donc la semaine dernière. Vous avez changé d'appart, vous êtes au chômage.
puis
m: d'accord. « jeune diplômée école de commerce, normalement signe demain. Deuxième problème pour avoir mon avis : éruption prurigineuse après les épilations électriques » ah oui c'est vous ça aussi.. prendre un anti allergique pendant […]
p: j'ai pas encore essayé ça

m: « émotive, oui, en ce moment je déprime, ça m'prend comme ça ; père mort en 2005 (en haussant les sourcils) *» : là on déroule un certain nombre de choses..*

p: hum (regarde la table et range des papiers)

m: « cancer généralisé, mais ça avait commencé avant ; (hoche la tête et fait une moue compréhensive) *il me maannque.. j'arrive pas à m'en débarasseeerr »*

P à nouveau baisse le regard sur « *il me manque* »

Puis

m: c'est vrai que ça fait plein de petites choses. « je lui fais remarquer que plus facile de parler des souris que de son père », d'accoooord. Votre « mère » en plus, « dit qu'elle se sent seule... euh, pas l'impression d'avoir besoin de parler de tout ça ». « d'avoir besoin de parler », j'ai mis.. de. ; décès d'son père.. oui […] ; « prendre le temps de parler de son père la prochaine fois pour voir si utile d'aller voir un psy » d'accord.

p fait de petits mouvements avec ses doigts et regarde m

m: donc, y a plein de p'tites choses dans tous les coins, et on commence par ça ;

La lecture à voix haute du contenu de la consultation précédente entraine une longue énumération de différentes problématiques. Certaines sont d'ordre personnel comme le statut professionnel actuel de la patiente, lu sans ménagement : « *Vous avez changé d'appart, vous êtes au chômage »*. Elle manifeste qu'elle ne se souvenait pas d'une de ses problématiques *« ah oui c'est vous ça aussi.. »*, discutée la semaine passée *: « c'était le 30, donc la semaine dernière »*. En lisant la suite, elle énumère l'expression de la douleur émotionnelle de la patiente suite à la maladie puis le décès de son père : « *émotive, oui, en ce moment je déprime, ça m'prend comme ça ; père mort en 2005 », « cancer généralisé », « il me maannque.. j'arrive pas à m'en débarrasseeerr »*, son discours est accompagné de mimiques compréhensives et bienveillantes, les mots « *manque* » et « *débarrasser* » sont prononcés d'un ton plus grave en allongeant leur son. A ces paroles, la patiente baisse le regard et s'affaire au rangement, ce que le médecin ne perçoit pas, lisant à partir de l'écran de l'ordinateur. Enfin, **la fin de la lecture est composée d'éléments semblant destinés au médecin seulement.** Le contenu de *« je lui fais remarquer que plus facile de parler des souris que de son père »* sous-entend un avis personnel du médecin au sujet de la difficulté de la patiente à aborder le sujet de son père décédé, puis *« prendre le temps de parler de son père la prochaine fois pour voir si utile d'aller voir un psy »* est un pense-bête pour prévoir les sujets à aborder à la prochaine consultation – celle-ci.

Cette lecture à voix haute permet au médecin de se remémorer le contenu de la consultation précédente afin d'en conclure les actions à mener lors de celle-ci. Cependant par cette démarche, elle répète à la patiente ne pas se souvenir d'elle et la contraint à se confronter à des sujets douloureux et difficiles pour elle dès l'ouverture de la consultation, sans qu'elle en ait fait la demande explicite ou implicite (pour le moment, elle consulte pour obtenir un retour suite à des examens complémentaires). De plus, elle la prévient indirectement que ces sujets difficiles seront réabordés au cours de la consultation. Bien que non intentionnelle, la façon de faire du médecin est maladroite. Cet écueil de début de consultation a pu

participer aux différents modes de défense de la patiente, de son comportement fermé, à sa résistance à aborder tout sujet psychosocial, jusqu'à sa quasi agressivité.

5.2 **Evolution des interactions lorsque les patients cherchent à obtenir l'avis des médecins quant à la participation de facteurs psychosociaux à leurs symptômes**

Certains patients ayant fait une première proposition d'attribution psychosociale à leurs symptômes la renouvellent. Observons de quelles façons et comment les médecins y réagissent.

5.2.1 Renouvellement des attributions psychosociales à leurs symptômes

Certains patients n'ayant pas obtenu de réponse, ou une réponse différente de celles à laquelle ils s'attendaient renouvellent leurs propositions d'attributions. Voici de quelles façons.

- L'attribution psychosociale initiale est développée suite à une pression artérielle limite

Après que le médecin – affairé à l'examen physique – n'ait fait aucune réponse à la proposition de « *stress* » des « *derniers temps* » du patient de 43 ans présentant une douleur thoracique, celui-ci la renouvelle en la développant.

p: j'vous dis, quand j'bouge pas d'trop, ça va. C't'après-midi, qu'est-ce que j'ai eu mal au boulot !
m: 14/8
p: je sens qu'j'suis un p'tit peu...j'ai, j'ai une tante à M[…] qui est, qui est décédée, et y a eu l'enterrement jeudi. Donc ça, ça m'a un peu...
m: oui, un p'tit peu plus même ! (on entend le brassard à tension se dégonfler)
p: alors p't'être que tout ça, ça me stresse !

Cette deuxième proposition intervient immédiatement après la prise de la pression artérielle. Ce placement séquentiel fait penser qu'elles sont en lien. Le patient semble savoir que le chiffre de 14/8 est à la limite de la norme. Il semble associer tension artérielle anormalement élevée à stress.[28] Un élément objectivable corporel valide ainsi ce qu'il a proposé précédemment. N'ayant pas obtenu de réponse, il

[28] Le même procédé a lieu dans la consultation du patient de 61 ans parlant de sa petite-fille hospitalisée. Suite à une pression artérielle à la limite de la normale, le patient évoque un « énervement » :
m: 14/8
p: hum, c'est pas terrible ça !
m: allez-y, vous allez pouvoir descendre !
p: j'suis pas trop énervé mais...
m: mais un p'tit peu quand même ?
p: ouais j'le sens ! J'le sens parce que j'ai.. j'ai mes p'tites douleurs qui sont là-haut

renouvelle sa proposition en apportant des explications à son « *stress* ».

- Faire évoluer sa proposition d'une probabilité à une affirmation

La patiente de 33 ans renouvellera l'attribution « *psychologique* » à son irritation linguale, par l'intermédiaire du médecin hospitalier consulté. Cette seconde fois, elle ne transmet pas l'hypothèse incertaine de cette dernière, mais son affirmation :
p: la dame... le médecin qui m'a reçue à l'hôpital, il m'a dit que c'est aussi psychologique hein !

« *Ça pouvait être aussi* » devient « *c'est aussi* ». Il existe une progression dans le sens d'une plus grande plausibilité dans l'expression de l'attribution psychologique transmise au médecin.

- Interrogation directe de l'avis du médecin

Cette même patiente interroge ensuite directement le médecin sur son opinion personnelle quant à une participation psychologique à son symptôme :
p: vous, vous pensez aussi qu'c'est un facteur psychologique ?

Sa question intervient juste après avoir été elle-même à l'initiative de l'examen physique concernant ce symptôme[29] : *« alors est ce que vous pourriez regarder aussi euh...juste euh. ».* (en montrant sa bouche). Ces différents moments de la consultation lors desquels la patiente aborde ce symptôme – alors même qu'il ne fait pas l'objet principal de la consultation – fait penser qu'il est un sujet d'inquiétude pour elle.

- Renouvellement des réponses non préférées

Lorsque le médecin interroge la patiente de 26 ans sur les causes de la restriction alimentaire par des questions chargées de la représentation enfantine qu'il semble avoir d'elle, celle-ci répond à nouveau de façon non préférée. Elle renouvelle le rejet des suggestions du médecin avant d'émettre une nouvelle attribution psychosociale :

m: mais c'est par rapport à pas vouloir faire de cuisine ou c'est par rapport à... ?
p: nan nan, c'est .. (ton sûr)
m: nan ?
p: si, il doit y avoir un facteur, p'têtre, p't'être que ça va bien avec mon copain et que j'me sens pas très, trop à la hauteur et que .. ou je sais pas, c'est..c'est, c'est toujours euh...toujours les, des des soucis qui

[29] Il nous faut préciser que ce symptôme n'est en réalité qu'annexe dans la consultation, celle-ci étant dédiée à un suivi diététique prévu depuis la précédente rencontre. C'est à l'initiative de la patiente qu'il est abordé : « *et euh.. j'voulais que vous regardiez aussi euh... bon, la langue.. enfin, vous savez, bon, c'est toujours le même problème hein, mais là, elle est assez irritée »* annoncera-t-elle en début de consultation.

reviennent euh, de temps en temps quoi

5.2.2 Réponses des médecins

Lorsque les patients insistent afin d'obtenir une réponse aux attributions psychosociales de leurs symptômes, les médecins y répliquent différemment. Leurs réactions vont d'une grande adaptabilité à l'ignorance ; leur prise en charge peut également évoluer lorsqu'ils prennent conscience de la gravité des symptômes.

- Répondre à la demande du patient

Dans le cas de la patiente de 33 ans présentant une irritation linguale, le médecin manifeste initialement succinctement son accord avec les attributions pluricausales de médecin hospitalier :
p: enfin voilà ces derniers temps, j'pense que c'est aussi la fatigue, elle a dit aussi que ça pouvait être aussi psychologique, (en comptant sur sa main, désigne le *pouce), la fatigue* (en désignant l'index)…
m: ouais

Puis, tandis que la consultation est consacrée à un suivi diététique, il répondra à l'ensemble des demandes de la patiente au sujet de l'irritation linguale.
Lorsqu'elle répètera l'attribution en cherchant son avis avec un marqueur de recherche d'approbation discursive, il réitèrera son accord :
p:la dame... le médecin qui m'a reçue à l'hôpital, il m'a dit que c'est aussi psychologique hein !
m: ben, il a raison hein

Puis répondra affirmativement à la fois comme une possibilité et avec conviction lorsque la patiente lui demande son avis sur l'hypothèse psychologique du symptôme :
p: vous, vous pensez aussi qu'c'est un facteur psychologique ?
m: ça peut, ah oui, ça j'peux vous dire

Il accèdera à sa demande d'examen physique, verbalement et dans les faits :
p: alors est ce que vous pourriez regarder aussi euh...juste euh...
m: ouais, je vais regarder
Puis :
ouvrez
p: elle est très irritée
m: ah ouais, elle est très irritée

Enfin, lorsque la patiente lui suggèrera à la fin de l'examen physique : *« c'est pas forcément une mycose d'ailleurs »,* il soulignera la concordance des différents avis médicaux :
m: ah ben nan, c'est c'que j'vous disais

p: oui oui
m: on est d'accord avec le médecin de l'hôpital hein, j'vous l'ai dit.

Répondre à l'ensemble des demandes de la patiente puis souligner la concordance des avis diagnostiques de plusieurs médecins est une façon d'apaiser et de rassurer l'inquiétude de la patiente.

- La prise de conscience du sérieux des symptômes fait céder la résistance

Dans la consultation concernant la patiente de 26 ans, le regard du médecin sur les symptômes présentés par la patiente va basculer lorsqu'il prend conscience de la gravité de la restriction alimentaire :

p: si, il doit y avoir un facteur, p't'être, p't'être que ça va bien avec mon copain et que j'me sens pas très, trop à la hauteur et que .. ou je sais pas, c'est..c'est, c'est toujours euh...toujours les, des des soucis qui reviennent euh, de temps en temps quoi
m: ouais ? Mais au point de t'empêcher de te nourrir correctement tu penses ?
p: au point d'manger eeuuhh.. une pomme le soir
m: ah oui (air grave)
p: le midi j'mange bien mais le soir euh...
m: ah oui, ah oui, c'est pas beaucoup, ah oui, carrément.

La demande que la patiente réussît finalement à exprimer après des difficultés dépasse les représentations bloquantes du médecin du fait du sérieux et de la potentielle gravité de ses symptômes. A compter de ce moment-là, il cesse de banaliser les troubles du sommeil et la restriction alimentaire, questionnera les symptômes, le ressenti et les attentes de la patiente.

- Le médecin n'entend toujours pas, ou ignore encore

Lorsqu'à la suite de la prise de la pression artérielle, le patient de 43 ans présentant une douleur thoracique développe la cause possible de son stress, le médecin n'y apporte aucune réponse :

m: 14/8
p: je sens qu'j'suis un p'tit peu...j'ai, j'ai une tante à […] qui est, qui est décédée, et y a eu l'enterrement jeudi. Donc ça, ça m'a un peu...
m: oui, un p'tit peu plus même ! (on entend le brassard à tension se dégonfler)
p: alors p't'être que tout ça, ça me stresse !
m: c'est plus 14/9 que 14/8
p:[inaudible, chevauchement de paroles]
m: [non, ça va. Allez ! venez, vous.. Non non, c'est une douleur de paroi que vous avez, vous avez pas lieu de vous inquiéter !

Le médecin reénonce le chiffre de la pression artérielle le modulant puis transmet son diagnostic final au patient : la douleur ressentie est une douleur pariétale. Sa négation « *Non non, c'est une douleur de paroi* » indique qu'il cherchait une autre cause, éliminée[30] suite à l'examen physique.
Si le médecin semble lui-même rassuré suite à l'examen physique et indique au patient qu'il n'a « *pas lieu de s'inquiéter* », les informations que le patient lui donne au sujet de son stress et d'évènements difficiles qu'il vient de vivre resteront ou inentendues[31] ou ignorées, n'étant reprises à aucun autre moment de la consultation par le médecin.

- <u>Le médecin fait le choix de ne pas y répondre</u>

Observons la suite de la conversation autour des troubles du sommeil de la patiente de 50 ans :

m: vous avez l'impression que vous êtes agitée par…parce que quoi? Parce que vous êtes angoissée, parce que vous êtes énervée ou vous savez pas pourquoi tout simplement euh? (en regardant p, débit rapide sans pause entre les différentes propositions ; ton et moue infantilisants sur "*ou vous savez pas pourquoi*")
p: ben j'fais des cauchemars… (en fermant rapidement les paupières)
m: vous faites des cauchemars, [ouais hmm (puis tourne le regard vers l'ordinateur à la fin de sa phrase)
p: j'fais des rêêves,[j'fais.. (en regardant m)
m: [sinon, vous pouvez essayer,[on peut...
p: [j'ai mon fils…]
m:[essayer l'Tranquital®] hein, vous pouvez essayer voir hein…(regardant toujours l'ordinateur)

Lorsque la patiente indique « *faire des cauchemars* », le médecin répète littéralement son expression. Il transmet ainsi – volontairement ou non – qu'il l'a bien entendue. Pourtant, il détourne immédiatement le regard vers l'ordinateur tandis que la patiente l'observe attentivement.
Alors qu'elle initie le développement de son symptôme, il l'interrompt afin de proposer une thérapeutique. Le médecin choisit de ne pas développer le contenu des rêves ou leurs causes supposées avec la patiente, au profit de la prescription d'un médicament.
Un long chevauchement de paroles a lieu ensuite : la patiente ajoute immédiatement après ce qui semble être la fin du tour « *vous pouvez essayer* » un énoncé totalement abandonné par la suite : « *j'ai mon fils*… ». Le médecin poursuivant sa proposition thérapeutique, elle répare elle-même le chevauchement en s'interrompant, évitant la cacophonie. Le placement de cet énoncé, intervenant au tour de paroles succédant immédiatement à sa plainte fait penser que « *son fils* » a probablement un lien avec ses cauchemars, mais cela restera inconnu.

[30] Le médecin ne précisera pas au patient les autres causes qu'il cherchait.

[31] Le médecin semble prendre la tension artérielle au stéthoscope car l'on entend la pompe du brassard à tension avant la séquence présentée. Ainsi, il peut empêcher le médecin de bien discerner les dires du patient.

5.3 **Le patient adhère progressivement aux attributions psychosociales qu'émet le médecin**

Les premières attributions psychosociales à l'acné tardive que présente la patiente de 33 ans sont recherchées par le médecin, à sa propre initiative. La patiente anticipe le mode de pensée du médecin et rejette avec humour le lien qu'elle recherchait entre stress déclenché par le travail et l'acné. Dans la suite de la consultation, le discours de la patiente va progressivement évoluer d'un rejet des attributions psychosociales à son symptôme, à leur acceptation et à une participation active à la psychothérapie que le médecin met en place. Observons comment.

Au début de la consultation, elle rejettera de quatre façons successives le lien que le médecin recherche entre travail et acné :

m: [ben oui mais en même temps...] (Moue en regardant l'ordinateur)
p: on m'a beaucoup dit euh... c'que tu manges... le streeess, le
m: oui, oui, oui (en hochant positivement la tête, s'asseoit au fond de sa chaise, une main sur le menton en regardant p)
p: le ch'ais pas quoi, pis en fait euh...
m: le chômage c'est stressant aussi (en dodelinant la tête)
p: ouais enfin, j'étais payée, j'avais plus que mon salaire euh j'étais.. (en souriant)
m: d'accord
p: avec la […], j'étais avec le licenciement économique, j'étais... financièrement mieux que quand j'travaillais donc, j'étais pas stressée euh.. euh.. quand on est au chômage, effectivement on peut être stressé, moi j'étais nan, moi j''en ai profité pour euh..pour maigrir un peu, faire du sport, penser à moi faire plein d'choses donc euh nan j'ai pas..
m: et ça a rien changé sur l'acné ?
p: nan, pas plus que ça, donc du coup euh... c'est pénible quoi ! Et alors du coup, quelqu'un m'avait... j'ai retrouvé en rangeant chez moi...

D'abord de façon indirecte en **banalisant les attributions** des tiers « *le ch'ais pas quoi, pis en fait euh...* » puis en **argumentant l'absence de stress** lors de sa situation personnelle de chômage – qu'elle compare à un cas plus général – puis **de façon directe** « *j'étais pas stressée*, et enfin répond à nouveau par la négative en l'adoucissant par un modulateur « *nan, pas plus que ça* » lorsque le médecin interroge directement les conséquences sur le symptôme.
Au bout de la quatrième infirmation du lien stress-acné, elle exprime la pénibilité du symptôme puis engage la conversation sur la thérapeutique. **Le médecin** relève le traitement mais n'y répond pas, elle **fait préciser le symptôme** en interrogeant un élément du discours de la patiente :

p : […] j'ai retrouvé en rangeant chez moi…

m : ouais ! (échange de sourires)
p : ma pharmacie cette pommade, qui s'appelle du Zindacline®, ou j'sais plus quoi
m : ouais, dans, dans, ouais
p : une espèce...des antibiotiques, je n'sais quoi et là au moins, c'est vrai que je sentais un p'tit effet, en tout cas quand j'avais un bouton, j'le mettais, 2 jours après, j'avais plus mal et ça s'était déjà résorbé
m : donc ça fait mal ouais ?

La patiente amplifie alors sa douleur de façon humoristique, ce que le médecin relève, **jouant avec ses mots de façon humoristique en proposant une interprétation symbolique** à l'acné:
p: ben si nan, mais ça fait très très mal ! J'sais pas, [ça doit...
m: [ben même si vous mettez d'l'Hexomedine®
p: atteindre le nerf je n'sais quoi ! Je sais pas ! (en riant)
m rit
rire sonore de p en baissant la tête
m: vous voulez dire que vous avez une représentation particulière de vos boutons ! (en regardant p en souriant, prononcé calmement)
p: ah oui oui nan mais... (en fermant les yeux et hochant la tête négativement et souriant)
m: ils vous atteignent profondément ! (en souriant, appuie sur « profondément »)

La patiente fait une plaisanterie, le bouton est si douloureux qu'il doit toucher un nerf. Le médecin l'**interprète comme une « profondeur », terme polysémique**, pouvant être compris comme en lien avec la *psyché,* les émotions.
La patiente répond « *ah ouais profondément ! Nan ça m'énerve surtout ! Pis maintenant j'suis à nouveau dans une boutique, j'peux pas… j'en ai marre quoi !* », ne prenant pas au sérieux sa proposition et réaxant son discours sur la pénibilité du symptôme.
A ce stade de la consultation, la patiente cherche à trouver une solution thérapeutique à l'acné tandis que le médecin cherche à comprendre ce symptôme. Bien que ces intentions soient différentes, il existe une bonne alliance entre elles, partageant leurs demandes ou hypothèses causales avec humour**.**

A la suite, la patiente va pour la première fois **confirmer l'existence d'un stress, mais sans rapport direct avec l'acné.** Alors qu'elles discutent de l'âge du début du dépistage du cancer du sein, elle exprime :
p: nan mais ça stresse, j'pense quand on est entre copines...
m: donc vous êtes quand même du genre stressée hein ?! (sérieusement, avec discret sourire à la fin)
p: nan mais oui... bah ! Peut-être, quand même ! Oui oui oui ! (en haussant plusieurs fois les épaules et tournant la tête)

Le médecin relève un élément précis du discours de la patiente afin d'en tirer une affirmation demandant confirmation sur son tempérament plus global, allant dans le même sens que la recherche d'attribution

de facteurs psychosociaux à l'acné. La patiente a une réponse d'abord négative puis évoluant positivement avec une triple affirmation.

Puis le médecin propose une action thérapeutique pour l'acné, à type de traitement hormonal : « *parce que une des solutions, ça peut être de prendre une pilule* » que la patiente rejette, n'étant pas *« hyper fana d'la contraception […] orale* ». Alors que cette discussion s'achève, le médecin ajoute :
m: donc bon... les symptômes c'est compliqué, les symp.. bon, la peau c'est compliqué aus[si hein
p: [ouais ouais ouais
m: [ça atteint comme vous dites des choses profondes... éventuellement

Elle propose à nouveau indirectement une explication psychique aux symptômes. Elle exprime que la peau ou les symptômes la touchant, sont particulièrement « *compliqués* ». Elle associe la peau à un organe pouvant être le lieu particulier d'expression de « *choses profondes* », probablement d'émotions, de traumatismes psychiques… Cette association est **affirmée comme une théorie**, une connaissance du médecin puis **modulée secondairement de façon plus prudente** avec l'adverbe « *éventuellement* » et en souriant. On remarque qu'elle s'appuie sur une chose que la patiente semble avoir dite « *comme vous dites* » mais ce n'est pas le cas dans le discours de la patiente, elle-même a interprété « *le nerf* » comme une « *chose profonde* ».

A partir de cette explication psychosomatique que le médecin émet à propos des symptômes en général, puis des symptômes cutanés en particulier, la patiente va communiquer des éléments de son passé médical corroborant l'idée de la participation psychosociale à l'expression de symptômes.

Elle commence, immédiatement après la séquence citée – avant que le médecin n'ait fini de s'exprimer – en **rapportant un eczéma dans la petite enfance** :

p: d'façon moi j'ai d'l'eczéma hein...depuis qu'jsuis petite (en se passant la main dans les cheveux)
m: humhum
p: j'ai fait un eczéma à 5mois... à 5 semaines qui s'est appelé euh... comment il s'appelle c'ui là ? Euh.... de l'eczéma.... interconstitutionnel ça existe ? (en se penchant, menton dans la main cherchant le regard de m)
m: constitutionnel non, y a un autre nom mais j'vois c'que vous voulez dire
p: voilà, un truc comme ça ! Donc en fait, voilà, j'ai ça depuis qu'jsuis toute petite, que maintenant j'ai fait trois cures à la Roche Posay, que j'ai réussi à, à... à évacuer, j'sais pas comment on peut dire.. les cures m'ont fait beaucoup de bien mais enfin quand j'étais p'tite.. p't'être que j'étais un bébé stressé mais...(en regardant m et souriant ironiquement) *on m'a beaucoup dit aussi que l'eczéma, ça pouvait être le stress.*

Bien qu'elle semble remettre en doute le stress attribué par des tiers, le placement séquentiel immédiat après que le médecin ait introduit l'explication psychosomatique aux symptômes cutanés fait penser qu'elle ne rejette pas totalement cette hypothèse.

Le médecin propose une explication à l'eczéma semblant reposer sur des connaissances psychanalytiques :

m: d'accord. Vous disiez « on m'a dit qu'c'était le stress », l'eczéma du nourrisson, c'est peut être aussi.. alors, ça dépend des hypothèses mais la relation mère enfant
La patiente répondant succintement « *ouais* », le médecin cesse d'affirmer et questionne :
m: c'est à dire que... vos parents, ils sont angoissés ?
Le médecin semble ajuster son niveau théorique d'explication à ce que la patiente émet comme niveau de compréhension et d'acceptation. Elle répond :
p: ben, j'étais la première, j'étais la numéro un ! (en souriant)
m: ouais
p: c'est vrai (ton plus bas)
m : et alors ? ils étaient plus angoissés pour vous ?
p : bah… surement ! (en écarquillant les yeux)
[…]
p : c'est vrai, c'est vrai ! (en hochant la tête positivement en regardant m. Puis se pince les lèvres)
[…]
p : ah c'est possible… ah, vous voyez ça vous ? Ah ouais ? (ton bas, débit rapide, se repositionne sur sa chaise)
m rit
p : j'vais appeler Maman ce soir ! (en riant)

Cela parait résonner progressivement chez elle : elle donne l'impression d'une **prise de conscience** lorsqu'elle affirme « *c'est vrai* » d'un ton bas, puis le répète avec conviction (hochement positif de la tête) jusqu'à en plaisanter avec le médecin.

Puis, plus loin, la patiente rapportera un autre symptôme cutané passé, **une dépigmentation,** qu'elle attribue sans hésitation à un « *énervement* » et un « *stres*s » suite à la projection d'échec au baccalauréat par des tiers:

p: vous savez qu'j'ai fait une dépigmentation ?! 'fin j'sais pas si j'vous l'ai dit en fait... ouais ! (débit rapide, sourit en regardant m)
m: euh.. non !
[…]
p : et j'en ai là dans l'cou en fait là aussi ! (en dégageant son cou et en le montrant à m)

p: depuis le bac ! Depuis l'année du bac ! Parce qu'on m'a, on m'a, on m'a dit qu'j'aurai pas mon bac, on m'a, on m'a énervée (appuyant sur le mot et fermant rapidement les paupières) *avec ça parce que j'étais..*
m: on qui ?
p: bah les profs euh...(se recoiffe) *tout l'monde, avec le stress... effectivement, moi j'dis qu'jsuis pas stressée mais p't'être que*....(rit en s'asseyant au fond de sa chaise) *du coup c'est sorti comme ça quand j'ai.. l'année du bac !*

Cette deuxième attribution psychosociale à son initiative survient après que le médecin l'ait interrogée à propos du climat affectif et d'anxiété régnant chez elle lorsqu'elle était enfant et avoir à plusieurs reprises émis des **liens entre ces symptômes et son passé, sous forme souvent hypothétique et avec humour bienveillant :**

m: et alors elle était comment avec vous ? Avec ses enfants ? Elle était quand même…
p: ben souvent elle nous dit « ah mais j'vous ai tellement crié d'ssus quand vous étiez p'tits", nous on s'en souvient pas ! Parce qu'en fait main'nant, j'ai des nièces, mon frère a des enfants, et quand mon frère crie, elle dit « han, j'me r'vois moi crier » et tout, et j'dis, « bah moi c'est vrai qu'j'm'en souviens pas... plus que ça mais.. apparemment... enfin..
m: peut-être votre peau s'en souvient ! (regardant p d'un air complice puis riant)
p: p't'être que ma peau s'en souvient ! (en riant)
puis, à propos de sa mère :
p: j'pense qu'elle était beaucoup dans l'fonctionnel... euh... mon frère était très speed euh lui aussi ! Parce qu'ils s'ressemblent les deux mais... et c'est vrai qu'moi j'étais beaucoup plus euh... posée, tranquille... c'est sur
m: humhum. A quel prix ?! (en se souriant)
m répond au téléphone
p: à quel prix vous m'disiez, peut être ! (en souriant)
m: oui c'est à dire peut être que vous avez encaissé pas mal de trucs et que...
p: humhum
m: la fe... la peau c'est.....
p : vous savez qu'j'ai fait une dépigmentation ?!

Entre les deux reports de symptômes cutanés anciens, **le médecin explique de façon imagée sa conception du symptôme et la difficulté de lui attribuer une cause précise et unique**. Ce passage vient en réaction à la séquence sur l'eczéma pour lequel la patiente parle de stress mais y propose aussi d'autres facteurs causaux:

p: ben euh...après, on nous a dit.. dans la famille, ça peut être génétique, alors après j'ai appris qu'j'avais une grand-mère qui effectivement faisait de l'eczéma... après on m'a dit qu'j'étais plutôt... moi j'étais très très blonde petite, j'avais la peau.. j'ai toujours la peau très blanche, enfin j'suis pas très...

m: hum

p: donc peau blanche, un peu blond et pis une peau sèche, ben en fait c'était l'résultat aussi pour avoir de l'eczéma

[…]

Elle utilise pour illustrer ce propos une métaphore de l'individu, représenté par un verre à pied (l'entièreté de l'individu) rempli avec diverses matières minérales (constitué de divers éléments)[32] :

m: j'vais vous parler d'mon verre à pied favori ! Euh... pour vous donner... une image ! Pour dire que c'est pas si simple que ça, de dire c'est ça ou c'est ça ! On pourrait dire que on est fait comme un verre à pied hein (en mimant un verre à pied)

m: notre corps et pis notre tête et puis qu'on est constitué par des choses qui s'mettent dedans

m: des gros cailloux

m: donc on met quelques gros cailloux et ça s'remplit vite

m: alors est c'que les gros cailloux c'est la génétique par exemple hein ?

p: oui

m: une fois qu'on a mis des gros cailloux, on met des cailloux un peu plus p'tits (en mimant)

m:une fois qu'on a mis des cailloux un peu plus p'tit, on met des graviers (en mimant)

m: il reste encore un peu d'place pour du sable et éventuellement on peut rajouter un peu d'eau, pis à un moment, on rajoute une goutte d'eau, (en mimant) *pis, pouit, ça déborde*

p: ah ouais, ouais

m: c'est l'symptôme !

p: ouais

m:on rajoute un p'tit truc et hop on a un symptôme !

p: ah oui

m alors que, avec la goutte en moins, y avait pas de symptôme

p: ouais

m: bon alors est c'que le symptôme il est fait par la goutte ou est c'qu'il est fait par tout c'qu'il y a dans l'verre ?

p: heinhein !

m: et il est du à quoi ? Aux gros cailloux, aux petits cailloux, aux moyens, au gravier, au sable ? Il est du à tout !

p: à l'interaction, à tout et pis […] ça explose

m: […] ça s'est remplit p'tit à p'tit, bon ! Donc, pour avoir un symptôme, il suffit d'pas grand chose

p: ouais

[32] Au départ de cette séquence, la patiente ne répond que par des régulateurs : « *hum* » « *humhum* », nous ne les avons pas rapportés afin d'alléger les verbatims.

m : quelle est la part du génétique et quelle est la part du reste, on en sait rien ! Donc c'qui est intéressant, à mon avis, humblement, c'est d'essayer d'agir sur ce que quoi on peut agir ! Le génome on peut pas l'changer ! (en riant)
puis :
m: on peut pas savoir exactement ! Donc pour les boutons c'est la même chose ! Quelle est la part de, quelle est la part de, quelle est la part de…

Le médecin explique par cette métaphore qu'un symptôme est la résultante de divers éléments : un patrimoine génétique, des prédispositions, d'autres éléments et un facteur déclenchant. Il est vu comme la conséquence de la rupture de l'équilibre de l'individu, un « *débordement* ». Le facteur déclenchant, parfois visible, parfois anecdotique « *il suffit d'pas grand-chose* » parait être la cause du symptôme, il entraine le débordement. Pourtant selon le modèle de symptômes du médecin, les choses sont plus complexes, celui-ci aurait pu n'être à l'origine d'aucun symptôme sans les autres éléments constitutionnels de l'individu.

6. Finalité des consultations

Nous choisissons de rendre ici les finalités des consultations les plus riches sur le plan interactionnel autour des attributions psychosociales.

6.1. Lorsque les patients résistent à l'attribution psychosociale

6.1.1. Réponse médicamenteuse, patiente satisfaite

Face à la patiente de 59 ans ayant des céphalées et des cervicalgies chroniques, le médecin **répond finalement de façon purement médicamenteuse.**

m: moi, je traite comme une névralgie d'Arnold, c'est à dire, due à votre arthrose du cou. Et on va voir, à mon avis, tous les troubles devraient s'amender à cause de ça. A savoir, vous prenez du piroxicam, à mon avis, ça va être assez spectaculaire même un comprimé matin que vous dissolvez dans de l'eau (ton convaincu et enthousiaste, en signant les ordonnances)
[…]
p: alors ça, ça va m'soulager les maux de tête [et...et le genre de.... d'oreilles bouchées quoi ? (en désignant ses tempes et gesticulant la tête)
m: voilà; exactement ! et vot' cou et tout ça, voilà, tout à fait voilà ! (en regardant p en souriant)
p: d'accord
m: et ça vs faites tous les 2 pendant 14 jours
p: d'accord.

m:et j'pense que ça va améliorer tous ces troubles-là.

Le vocabulaire et le comportement non et para verbal persuasif, radical « *tous les troubles* » « *vot' cou et tout ça* » « *tous ces troubles-là* » et hyperbolique (le résultat attendu est « *spectaculaire* ») utilisés pour convaincre de l'efficacité du traitement, masque pourtant une incertitude diagnostique verbalisée indirectement : il ne traite pas une névralgie d'Arnold mais « *comme une névralgie d'Arnold* ».
Le médecin cherche à convaincre la patiente ou lui-même de son bon choix thérapeutique.
La patiente accepte le diagnostic du médecin, le traitement prescrit et projette une prochaine consultation de suivi : « *donc là je fais le traitement, après je.. et je reviens vous voir après* », **visiblement satisfaite**.

6.1.2.Le médecin dit ne pas savoir et prescrit des examens complémentaires

Suite à la résistance de la patiente de 52 ans ayant une fatigue persistante et des douleurs osseuses et à la répétition de ses plaintes, le médecin **exprime à la patiente ne pas avoir d'explication** à ses symptômes :

m: hum. Parce que c'est vrai qu'en tout cas, je retrouve rien à l'examen clinique qui puisse expliquer cette euh..fatigue

Elle est faite prudemment, après l'examen physique, en distinguant une absence d'explication générale d'une absence d'explication après examen du corps : celui-ci n'a pas permis d'expliquer la fatigue.
Elle sous-entend – consciemment ou non – que l'explication pourrait être ailleurs.

Elle propose d'explorer ses symptômes par des **examens complémentaires supplémentaires** à type de biologie et d'imagerie :
m: ouais. Bon écoutez, le mois dernier, y avait quand même de petites anomalies euh sanguines
p: ouais
m: donc j'pense qu'il faudrait vérifier
puis
m: donc ça, faudra..faut vérifier, peut être à ce moment là faire une échographie au niveau du foie
et
m: pour compléter un peu et puis on va faire une prise de sang, être un p'tit peu plus..générale

La patiente n'a l'air ni surprise ni inquiète de l'absence d'explication :
m: hum. Parce que c'est vrai qu'en tout cas, je retrouve rien à l'examen clinique qui puisse expliquer cette euh..
p: [non voilà.. c'est juste, moi ce que je ressens c'est
m: [fatigue
p: cette faiblesse quoi, voilà

6.1.3. Conflit d'attribution, résistance de la patiente, ironie du médecin

Dans le cas de la patiente de 24 ans ayant des troubles du transit et un prurit vaginal, le médecin s'adapte à ses attributions psychosociales. Celle-ci attribuant plusieurs de ses symptômes à sa contraception, le médecin lui propose d'en changer en vue d'un **test diagnostique et thérapeutique** ; elle ajoute :

m: et là on arrêterait de penser que c'est le stress ou que c'est l'humidification, ou le stress du boulot ou je sais pas quoi. Ça permettrait de faire un test. (m se gratte le cuir chevelu)
p hoche la tête

On assiste jusqu'à la fin de la consultation à un **conflit d'attribution** entre le médecin et la patiente. La patiente propose des attributions ou questionne le médecin à ce sujet jusqu'à la fin de la consultation tandis que le médecin **l'adresse à un confrère gynécologue** (la patiente ne souhaitant pas de stérilet) **soulignant ses contradictions avec ironie**, restant elle aussi sur la nécessité de parler de son père décédé jusqu'à un dernier énoncé. A ce moment de la consultation, elles sont éloignées l'une de l'autre physiquement, la patiente rangeant des affaires et le médecin étant concentré sur l'ordinateur, visages fermés.

m: d'accord. Alors, je t'adresse Mlle […] qui a plein de points d'interrogation à propos de…désagréments… qui se demande … si ils pourraient... être liés à la contraception, con..tra..cep..tion orale. Nous en concluons que tester un autre mode contraceptif : stérilet ou anneau pourrait peut-être... euh...éclaircir la situation. Ah, j'lui ai pas dit toutes les [...], gnagnagna, deux points, une sécheresse, aaaaah! vaaaginale, mycose ré..ci..di..vantes, euh.. émotivité... J'en ai oublié? (m dicte à voix haute ce qu'elle frappe au clavier)
p: je m'demandais aussi si les selles molles.. C'était du à ça, mais…
m: non, ça, moi j'pense que c'est pas ça. J'pense que ça, c'est une réaction à votre… au fait que vous faites plutôt des billes et que l'organisme… j'pense pas. On peut lui mettre "irrégularité des selles" mais moi j'y crois pas à ca par contre.
m: merci de me tenir.. Aaaah, te…nir au courant. Amicalement. Imprimer.
Parce que effectivement, si mettre un stérilet ou un anneau, ça transforme votre vie, (en souriant franchement) *ce serait bien ! Qui sait ?! .. En tout cas, il faut chercher!*
p: oui, ben oui. (presque inaudible)
m: alooors.. (m imprime, se lève puis ramasse le courrier tombé au sol, le signe)
m: et puis si le changement de pilule change, change rien à votre émotivité, il faudra peut-être quand même reparler du papa! (m sourit en parlant et donne le courrier à p)

6.2. Lorsque les patients sont ambivalents à aborder le champ psychosocial

La patiente de 29 ans ayant une sinusite chronique et une fatigue, se confie ensuite au médecin au sujet de son vécu douloureux au travail. Le médecin l'encourage à poursuivre, puis alors que la patiente lui demande une prise de sang, elle **explique le lien possible entre ses symptômes et les émotions et événements de vie actuels.** Elle explique qu'il est possible que la fatigue puisse être en lien linéaire avec son mode de vie urgent actuel:

m: parce que vous parlez de votre fatigue et moi j'ai l'impression aussi que ça peut être, on peut faire une prise de sang pour vérifier mais d'abord c'est pas le bon moment de faire une prise de sang parce que vous avez une infection, et puis c'est p't être simplement dû aux conditions de travail et à tout ce que, à ce deuil que vous êtes en train de faire en même temps que vous bossez, ça fait beaucoup de choses à gérer.
p: oui effectivement oui j'ai conscience (rire)
m : donc la fatigue elle peut être due simplement à ça, c'est une sorte de surmenage aussi donc ça me parait intelligent d'attendre une semaine pour faire une prise de sang

Elle explique aussi de manière imagée les **conséquences des tensions sur son organisme** :
p: mais jusqu'à perdre du poids comme ça ?
m: ah ben quand on est surmené... vous mangez vos batteries quoi

Elle **prescrit également une prise de sang que lui demande la patiente, tout en la temporisant et en lui disant qu'elle la pense inutile** :
p :ouais voilà là j'suis à mon poids de 16 ans en fait c'est un peu trop
m : (hochement positif de tête) *alors euh on va vérifier quand même des p'tites choses ... y a des diabétiques dans la famille ?*
p : non
m : on le fait par acquis de conscience mais franchement j'pense qu'on ne trouvera rien, on va faire la TSH par acquis de conscience, vous êtes un peu pâlotte vous aussi
p :ouais j'pense que je suis fortement anémique (rire)
et
m : donc on fait la prise de sang dans 8 jours, j'vous la donne maintenant et on la fait dans 8 jours, (p hoche positivement la tête) *mais j'pense que c'est le climat au boulot quoi... ça parait logique*.

La consultation se termine par la prescription d'un **arrêt de travail**, tout aussi thérapeutique qu'ayant une **valeur de test diagnostique** :
p: moi est ce que j'vous arrête huit jours que (souffle) *vous sortiez la tête de l'eau*

6.3. Lorsque le médecin résiste à l'attribution psychosociale

Voici la suite de la séquence dans laquelle le médecin ignore le discours de la patiente de 50 ans ayant des troubles du sommeil, à propos de son fils :

p: Tranquital®, j'ai déjà essayé . (débit rapide et ton sur)
m: et alors, ça donne quelque chose? Parce [que... (débit rapide, regarde p)
p: [nan. (ton déterminé et en hochant la tête négativement)
m: comme c'est du magnésium avec; non? (débit rapide)
p: nan. (ton identique, en hochant la tête négativement à nouveau)
m: ça vous fait rien... Alors faut garder ça, y a rien de... Nan. Mais essayez d'en prendre qu'un quart et pas tous les soirs. (en regardant l'ordinateur)
p: humhum. (Regarde dans le vide, puis hausse les sourcils longtemps)
(M regardant son ordinateur ne la voit pas)

Suite au médicament que le médecin propose, la patiente indique l'avoir déjà expérimenté dans le passé. Lorsque le médecin questionne son efficacité, elle l'interrompt en y apportant une double négation verbale et gestuelle. Elle la répètera ensuite, le médecin argumentant favorablement sa proposition thérapeutique : « *comme c'est du magnésium avec* ». Devant la clarté de cette négation, il prend en considération le jugement négatif puis conclut par l'inertie thérapeutique « *alors faut garder ça* », n'ayant pas trouvé d'alternative au Lexomil®[33]. La vague réponse vocale et la mimogestuelle de la patiente affichent son scepticisme et son insatisfaction.

6.4. Lorsque la résistance du médecin a cédé face à la gravité des troubles

Une fois que le médecin a pris conscience de la gravité de la restriction alimentaire de la patiente de 26 ans, il reprend ses mots pour l'interroger :

m: ah oui, ah oui, c'est pas beaucoup, ah oui, carrément. Mais pourquoi, si tu m'dis qu't'es bien avec tes copains, pourquoi, pourquoi, tu dirais que tu serais pas à la hauteur ?
p: bah je sais pas c'est...
m: par rapport à quoi ? Pourquoi, tu t'mets la barre si haut que ça ? Ou ils sont aussi intelligents que ça ou si euuhh.. ?
p: nan c'est pas ça, mais c'est que euh...je, j'ai l'habitude de me comparer pas mal aux autres et euh..
m: hum, et alors, tu les trouves mieux qu'toi ?
p : ouais ! (ton convaincu, dit très rapidement)
m: boh, ob ! Là ! Qu'est ce qui t'prend là ?! (surpris et autoritaire)
p: et euh... j'sais pas, c'est... (grimace un sourire forcé)
m: en quoi tu, tu mets ce...niveau par rapport aux autres par rapport à quoi ? Par rapport à tes capacités euh intellectuelles ? À tes capacités physiques, à tes capacités sociales ? Par rapport à quoi ?

[33] Pour rappel, le médecin avait largement recommandé à la patiente de ne plus en consommer, désignant le Lexomil® de « *cochonnerie* » « *rendant vite dépendant* ». Cf paragraphe 4.2.2.

p: c'est euh... je saurais pas vraiment l'expliquer

La patiente répète ne pas savoir, puis est interrompue par une nouvelle question du médecin à réponses suggérées multiples. Lorsqu'elle lui répond qu'elle trouve *« les autres » « mieux qu'elle »*, il lui demande d'un ton autoritaire « ce qui lui prend », semblant à la fois la gronder et la rassurer. L'intention du médecin parait bienveillante voire protectrice tout en ayant des paroles assez brutales. Puis il l'encourage à développer son ressenti au moyen de questions suggestives.

Plus loin, la patiente fait un lien spontané entre ses troubles du comportement alimentaire et les « problèmes » de sa mère à deux reprises :

p: ouais, mais euh... j'pense que ma mère y est... enfin les problèmes de ma mère y sont pour beaucoup.. je..
m: oui, possible, c'est possible, oui oui (hoche la tête en regardant p puis attend*)*
p: parce que euh...[inaudible
m:[ouais, c'est possible que ça ait une influence hein
p: c'est..
m :*ouais ben faut qu'tu fasses attention parce que si c'est au point qu'ça ait un retentissement sur ta fatigue, sur ton physique et tout, c'est embêtant hein !*

Le médecin confirme d'abord avec plusieurs affirmations la plausibilité de l'attribution de la patiente. Puis il lui recommande de « faire attention » avec un verbe injonctif : falloir et en argumentant par les conséquences néfastes pour sa santé à quoi ses troubles du comportement alimentaire pourraient conduire. Cette exclamation ressemble à une remontrance. Bien qu'elle ait l'air très bienveillante, elle responsabilise la patiente, donnant l'impression que les troubles du comportement alimentaire peuvent être contrôlés par sa volonté. Elle clôt la discussion au sujet de la mère de la patiente, il n'en sera plus question, celle-ci répondant un court « *ouais* ».

Puis le médecin lui propose une psychothérapie spécialisée en prenant soin de rechercher un bon correspondant ; ce que la patiente accepte :

p: j'y ai pensé mais euh.. j'ose pas, je sais pas qui voir euh..
m: Je vais t'indiquer des gens puis *: Alors maintenant, qui on pourrait t'emmener aller voir qui soit bien…* (en ouvrant un classeur)

6.5. Lorsque le patient cherche confirmation auprès du médecin

Le médecin a confirmé à la patiente de 33 ans que l'irritation linguale qu'elle présente pouvait être en partie expliquée par des facteurs « psychologiques ». Il a répondu à l'ensemble de ses demandes. A la

fin de la consultation, alors que le médecin l'accompagne à la sortie du cabinet, elle résume avec **humour l'abstention thérapeutique** recommandée par le médecin et ce qu'elle en tire, elle :

p: donc, il faut qu'ça passe quoi ! (en se levant pour sortir du cabinet)
m: et oui ! Il faut qu'ça passe et moins vous en faites, mieux c'est ! (passent hors champ caméra)
p: hum, ouais, ça c'est vrai.
m: c'est l'abstention qui est le premier traitement.
p: et moins j'm'en fais aussi, haha ! (rit après sa phrase)
m: oui, ça, ça joue aussi (ton calme et empathique)

6.6. Lorsque le patient adhère progressivement aux attributions psychosociales qu'émet le médecin

La patiente de 33 ans présentant une acné a progressivement intégré les explications psychosomatiques des symptômes proposées par le médecin, alors qu'elle avait rejeté un lien initial entre acné et facteurs psychosociaux.

Finalement dans cette consultation, **le médecin répond aux demandes initiales de la patiente** en réalisant les vaccins qu'elle a apportés et en traitant l'acné par la prescription d'antibiotiques per os.
En parallèle, comme s'exclame la patiente « *oui ben c'est très…. C'est d'la psycho là !* » a lieu une **séance de psychothérapie**, à l'initiative du médecin mais que la patiente accepte. En plus de l'accepter, elle y participe. **Les explications psychosomatiques** qu'émet le médecin **favorisent l'émergence de sa part d'éléments de sa vie personnelle et familiale**. Nous présentons un exemple où après avoir exprimé son accord avec l'explication du médecin au sujet du corps « *encaissant le stress* », elle ajoutera des informations précisant le rôle qu'elle tient dans la famille :
m: mais voilà mais peut être que, c'est votre corps qui encaisse votre stress (ton et mimique sérieux)
p: ouais ouais
m: c'est à dire que vous, en apparence vous avez dû jouer un peu le tampon et.. (en faisant des mouvements d'avant en arrière, les deux mains devant elle)
p: ouais, toujours toujours (en fermant les yeux)
m: essayez de vous
p: le tampon entre ma mère mon frère, toujours ! (en tapotant sur le bureau à deux endroits différents)
Oui oui toujours ! Parce que j'suis plus calme de … euh, comme ça là...

Tandis que la patiente n'abordait la thématique familiale qu'en réponse à des questions du médecin, à la fin de la consultation, elle **ajoute des informations supplémentaires spontanément**, après une réflexion du médecin la concernant personnellement :
m: vous vous occupez d'vous!
p: voilà! Après m'être occupée …(sourit) *des autres!*

m: ah oui? (en regardant p les yeux écarquillés et hochant la tête positivement)
p: enfin de Maman de.. de.. Oui, j'me suis beaucoup occupée d'Maman c'est vrai

Cela peut faire penser que la patiente se sent en confiance et que les façons de faire du médecin ont favorisé la parole de la patiente. C'est aussi la marque d'une **alliance thérapeutique forte.**

Concernant la cause de l'acné, elle confirme l'hypothèse du médecin d'expression du stress à travers la peau **sous forme d'hypothèse**, en **reformulant l'image personnifiée de l'acné :**
m: il vous reste les boutons! Qui vous disent euh…
p: là, oui là… il reste quand même un p'tit peu d'stress peut être qui ressort!

7. Thématiques des facteurs psychosociaux attribués aux symptômes par les patients

Nous regroupons ici par thèmes, les attributions psychosociales finales aux symptômes, retenues par les patients. Une partie d'entre elles ayant déjà été exposée au cours des analyses précédentes, nous leur laissons la parole et les exposons dans leur version brute.

7.1. L'innommé, le montré[34]

p: elle s'est r'trouvée à l'hôpital, elle mangeait p'us !
[…]
p : y a que'qu' chose dans sa... (en désignant ses tempes et mimant des arrondis)

7.2. Le « *psychologique* », entité globale

p: donc elle m'a redonnée un bain de bouche et puis les choses se sont... se sont...enfin voilà, les choses allaient beaucoup mieux mais bon c'est pas... enfin voilà ces derniers temps, j'pense que c'est aussi la fatigue, elle a dit aussi que ça pouvait être aussi psychologique, la fatigue… [35]

7.3. Le « *stress* »

m: il vous reste les boutons! Qui vous disent euh…
p: là, oui là… il reste quand même un p'tit peu d'stress peut être qui ressort!

[34] Bien qu'il ne s'agisse pas des symptômes du patient concerné dans la vidéo mais de ceux d'un tiers, nous avons conservé ces verbatims car ils illustrent des attributions que nous n'avons pas retrouvées dans d'autres vidéos.
[35] A propos d'une irritation linguale.

p : ça va beaucoup mieux. Y a des fois j'me d'mande si c'est pas quand j'suis stressée ça...tape un peu.[36]

Le stress est parfois attribué aux symptômes par des tiers :
p: on m'a beaucoup dit euh... c'que tu manges... le streeess, le…
Puis
p: on m'a beaucoup dit aussi que l'eczéma, ça pouvait être le stress.

7.4. Les « *préoccupations* », les « *soucis* »

p : si, il doit y avoir un facteur, […] c'est..c'est, c'est toujours euh...toujours les, des des soucis qui reviennent euh, de temps en temps quoi.[37]

p: alors lui, il dit que, si vous voulez, d'après lui, ma grande fatigueee, bah, c'est du à toutes les préoccupations.[38]

7.5. « *L'angoisse* », « *l'anxiété* »

p: c'était les symptômes de l'angoisse peut être ? (puis rit)

p: oui oui oui, mais bon.. Par contre en ce moment, alors oui, y a aussi ça!... Mais j'pense pas qu'ce soit l'Advi®l, mais j'ai une espèce de…alors est ce que c'est l'anxiété c'est possible, j'ai une espèce de boule et je vomis beaucoup. Par contre, quand je mange..mange.. déja j'avais ce problème

7.6. L'émotivité, « *les nerfs* », l'énervement

p: voilà. Non, j'suis très émotive.
[…]
p: oui mais j'réagis comme ça ! Ou j'ai une crise de foie (ton sérieux)
m: hum
p: ou je réagis avec de la tension.

p: ouais mais bon, là c'est euh…pis j'vous dis, par.. Là, j'ai aussi, euh, c'est p't'être les nerfs, c'est p't'être l'angoisse et tout ça (en montrant son épigastre en grimaçant)

m: 14/8

---

[36] A propos d'une aponévrosite plantaire.

[37] A propos d'une restriction alimentaire.

[38] La patiente évoque l'hypothèse explicative de son « *psy* ».

p: hum, c'est pas terrible ça !

m: allez-y, vous allez pouvoir descendre !

p: j'suis pas trop énervé mais...

m: mais un p'tit peu quand même ?

p: ouais j'le sens ! J'le sens parce que j'ai.. j'ai mes p'tites douleurs qui sont là-haut.

7.7. Concernant des proches

7.7.1. Décès d'un proche

p: je sens qu'j'suis un p'tit peu...j'ai, j'ai une tante à […] qui est, qui est décédée, et y a eu l'enterrement jeudi. Donc ça, ça m'a un peu...

puis

p:µalors p't'être que tout ça, ça me stresse !

7.7.2. Difficultés vécues par un proche

p: ouais, mais euh... j'pense que ma mère y est... enfin les problèmes de ma mère y sont pour beaucoup.. je..[39]

p: et d'ailleurs quand Aline n'a pas été bien, euh... j'me suis tapée d'la tension. Ca, j'le, j'le sens hein... tout d'suite ça...

7.7.3. Maladie d'un proche

p: hé j'vais vous raconter une histoire, ma p'tite fille est déprimée ! Vous vous rendez compte ?

puis

p: ah ouais ouais, oohhh, nan mais, je.. j'étais malade ! Ça m'a rendu malade ! Mais incroyable hein ! D'la voir dans cet état là et tout ça ! Et pis

7.7.4. Difficultés entrainées par des proches[40]

m : famille, enfants ?

p : ouais (rit), nuits entrecoupées, tout ça !

7.8. Vécu intrafamilial

[39] Dans le cours d'une discussion sur les raisons d'une restriction alimentaire.

[40] Concernant une fatigue.

m: et pourquoi maintenant? (en regardant p dans les yeux et souriant)
p: c'est c'que m'avait dit l'médecin, l'médecin m'avait dit ça aussi "ça peut revenir plus tard". Pourquoi maintenant? Bah parce que j'suis plus à la maison! Ahah! (rit franchement en regardant le médecin) *Nan, ça fait longtemps déjà! Mais euh… Oui pis…* (en regardant au plafond) *oui euh… pourquoi maintenant? Oui, j'suis plus à la maison, c'est sûr que ça peut être une.. aussi...*[41]

7.9. Concernant le travail

7.9.1. Le travail, comme période de vie

m: depuis quand ?
p: ben, ça fait, ça fait.. en fait, j'pense qu'c'est depuis vraiment... depuis vraiment qu'j'travaille, depuis, depuis euh... 6-7ans alors... ça vient, ça part...[42]

7.1.1. Le licenciement, vécu comme une « séparation »

p : après c'est toujours difficile hein… de vivre une séparation même si c'est pas réglé pareil (rit) surtout qu'il avait beaucoup de place dans ma vie donc.. mais des fois c'est c'qui faut donc..[43]

7.9.2. Travailler sans plaisir, par dépit [44]

p: mais bon, je euh.. j'attends ! Ça s'trouve.. c'est mieux que rien mais bon !

7.9.3. Difficultés relationnelles avec des supérieurs hiérarchiques

p: alors euh.. moyen.. c'est c'est.. ça s'passe bien avec les collègues, au niveau relationnel, très bien même
m: humhum
p: mais euh, avec la hiérarchie..

7.9.4. Incertitude quant à une perspective d'évolution

p: ouais, l'évolution, j'ai pas de, j'ai pas de vision dans le temps du tout

---

[41] Le médecin l'interroge à propos de la guérison récente d'une dépigmentation cutanée.

[42] A propos d'une acné.

[43] Nous précisons que la patiente parle bien du travail, ce verbatim est inséré dans une longue séquence consacrée aux raisons de son licenciement. Le symptôme interrogé est une fatigue.

[44] Suite à un questionnement du médecin sur une restriction alimentaire. Tous les verbatims suivant jusqu'à la prédiction d'une mauvaise nouvelle concernent ce symptôme et cette patiente.

puis

p: là, je, je pense que si on me propose la même chose, je, je préférerais le, le chômage

m: ouais, ouais

p: j'ai plus de stabilité au chômage que là

7.10. La prédiction d'une mauvaise nouvelle

p: vous savez qu'j'ai fait une dépigmentation ?! 'fin j'sais pas si j'vous l'ai dit en fait... ouais !

m: euh.. non !

p: nan, j'vous l'ai pas encore dit !

[...]

p: depuis le bac ! Depuis l'année du bac ! Parce qu'on m'a, on m'a, on m'a dit qu'j'aurai pas mon bac, on m'a, on m'a énervée avec ça parce que j'étais

m: « on » qui ?

p: bah les profs euh... tout l'monde, avec le stress... effectivement, moi j'dis qu'jsuis pas stressée mais p't'être que.... du coup c'est sorti comme ça quand j'ai.. l'année du bac !

5.11. Manque de confiance en soi

p: si, il doit y avoir un facteur, p'têtre, p't'être que ça va bien avec mon copain et que j'me sens pas très, trop à la hauteur et que .. ou je sais pas, c'est..c'est, c'est toujours euh...toujours les, des des soucis qui reviennent euh, de temps en temps quoi

p: nan c'est pas ça, mais c'est que euh...je, j'ai l'habitude de me comparer pas mal aux autres et euh..

m: hum, et alors, tu les trouves mieux qu'toi ?

p: ouais ! (ton convaincu)

7.12. Traumatismes psychiques vécus à l'adolescence

p: j'pense aussi, par rapport à, à ..... à mon passé quand j'étais ado et tout ça

m: hum

p: j'ai pas, j'ai pas complètement euh

m: intégré tout ça ? Ouais

p: euh, mouais, intégré qu'ça a changé, qu'jsuis plus euh... parce que bon, j'en ai eu des moqueries et tout ça et..

m: humhum

p: et j'ai pas... ça reste en tête quoi, c'est pas

m: oui oui, c'est un truc que t'as pas encore.. sur lequel t'as pas encore tiré un trait quoi

p: nan

DISCUSSION

A partir de l'enregistrement vidéo de 18 consultations de médecine générale, l'étude des interactions médecin-patient autour de la participation d'événements psychosociaux à des symptômes physiques a permis de mettre en lumière une grande richesse de situations relationnelles, communicationnelles et d'attribution aux symptômes. La diversité et la complexité de ces situations révèlent la singularité des consultations de médecine générale dès que les symptômes et l'histoire du patients sont envisagés dans leur entièreté.
Nous proposons de discuter les résultats de l'étude susceptibles d'apporter le plus d'implications pratiques aux médecins généralistes.

1. Contexte

1.1. Situations médicales

1.1.1. Types de symptômes

Parmi les motifs des consultations que nous avons examinées, on remarque la prépondérance de **symptômes généraux** : les troubles du sommeil sont fréquents, la fatigue omniprésente. Ces symptômes ne sont pas sous-tendus par une logique d'organe entrainant des caractéristiques, horaire, ou rythme précis, liés à la fonction de l'organe.

La « fatigue » se retrouve dans toutes les pathologies ou presque, qu'il s'agisse d'infections aiguës – pneumopathie, chroniques – tuberculose, qu'il s'agisse de pathologies cardiovasculaires – insuffisance cardiaque, de pathologies cancéreuses, ou encore de pathologies inflammatoires ou auto immunes – maladie de Horton, polyarthrite rhumatoïde…

Au-delà de ces causes somatiques, la fatigue se retrouve au cours de pathologies psychiatriques. Citons en particulier la dépression, dont elle est un des symptômes cardinaux. (13) Certains syndromes dépressifs ou troubles anxieux se présentent sous une forme somatique prédominante. Une étude réalisée en soins primaires en Angleterre estime que c'est le cas chez plus de la moitié des patients.(44) Une présentation « psychiatrique pure » au contraire, ne se retrouve que dans 15% des situations.

De plus, le diagnostic de dépression caractérisée est souvent précédé de plusieurs consultations concluant à des symptômes médicalement inexpliqués. (9) Ainsi, des symptômes physiques peuvent doublement révéler une dépression: ils font partie du tableau de la maladie et des symptômes physiques incompris y sont fréquemment associés.

Dans notre corpus, les pathologies psychiatriques sont fréquentes parmi les antécédents des patients. Les questionnaires mentionnent des dépressions, des troubles anxieux, ou des troubles mal caractérisés « *Psy* » et des traitements par psychotropes[45]. Le médecin généraliste fait face à des patients présentant des symptômes physiques ainsi que des pathologies psychiatriques ou troubles psychologiques de façon indifférenciée.

Enfin, la fatigue peut largement dépasser ces cadres nosologiques, elle peut être « *globale* » comme le dit la patiente de 29 ans, qui secondairement confiera ses soucis au travail au médecin. Comme l'écrit François Athané, « la fatigue est banale parce qu'universelle »,(45) ouvrant – outre des champs multiples de causes – des champs multiples de façons de dire et d'être écouté et entendu.

Les autres **symptômes** les plus fréquents sont **fonctionnels** – au sens sémiologique du terme : il s'agit de douleurs, qu'elles soient abdominales, ostéo-articulaires ou à type de céphalées. Les douleurs sont par essence subjectives, appartiennent aux patients. Pour être comprises, elles nécessitent une écoute attentive du médecin.

Ces symptômes généraux ou subjectifs : fatigue, troubles du sommeil, douleur, pourraient donc, être une occasion pour le médecin d'aborder le contexte de vie du patient.

1.1.2. La confrontation au système de soin, à ses acteurs, à ses moyens

Dans notre corpus, les médecins cherchent à aborder le contexte psychosocial des patients, en particulier dans des situations complexes médicalement.

C'est le cas pour la patiente de 59 ans présentant des céphalées et cervicalgies. Elle a consulté plusieurs fois le médecin généraliste pour ces symptômes chroniques et récidivants ou pour d'autres – comme ce qu'elle appelle « vertiges » ou « migraines ophtalmiques »[46]. Elle a consulté également un spécialiste ayant prescrit une gouttière mandibulaire[47], confectionnée par une dentiste-kinésithérapeute[48], ainsi qu'un autre spécialiste s'occupant manifestement des pathologies rares (voire très rares[49]) que le

[45] A ce sujet, nous avons remarqué que pour trois vidéos, les médecins n'avaient pas stipulé d'antécédents psychiatriques dans les questionnaires alors qu'elles permettaient de savoir qu'ils prenaient des psychotropes (vidéos A023, A035 et B009). A ce sujet, l'étude de Haxaire et al p116 permet d'éclairer ces omissions.

[46] Lorsque le médecin lui demande d'expliquer ce qu'elle appelle « migraines ophtalmiques » elle répond : « *vous savez, on voit… les étoiles là, et c'est toouut… , ça fait une grande étoile.. c'est flou un p'tit peu, c'est euh…. […] nan, pis les oreilles, je sens qu'elles sont…* » : la patiente décrit éventuellement une aura visuelle mais pas de douleur migraineuse.

[47] La vidéo ne permet pas de savoir de quel spécialiste il s'agit. *« J'vous avais dit que monsieur […] il faisait faire un, un.. une gouttière parce qu'il pensait que mon mal à la tête venait de ça ».*

[48] *« parce qu'en plus, elle était kiné en plus avant, la dentiste »*

[49] La prévalence de la cirrhose biliaire primitive est de 1/10 000, celle de la porphyrie de 1/ 100 000. (46)

questionnaire mentionne : une cirrhose biliaire primitive, une « porphyrie familiale[50] ». Elle demande elle-même des examens complémentaires au médecin, qui s'empresse de les lui prescrire « *au cas où* »[51].
La médicalisation importante des symptômes dont souffre cette patiente évoquée dans cette consultation, est décrite dans les situations de symptômes médicalement inexpliqués : les facteurs psycho sociaux exercent un rôle notable dans leur apparition, évolution et pérennisation.(9) Au-delà des coûts de santé considérables qu'elles engendrent, ces situations entrainent de la confusion médicale. Les différents intervenants ne sont pas d'accord entre eux sur le diagnostic et la conduite à tenir : le spécialiste semble penser que la source est un SADAM[52] tandis que la dentiste à laquelle il l'adresse pense que « *c'est plutôt les cervicales* ».
La confusion diagnostique précède la confusion thérapeutique. C'est le cas pour la patiente de 33 ans présentant une irritation linguale. Celle-ci s'est vu prescrire soit un médicament à délivrance strictement hospitalière, soit un simple bain de bouche, soit l'abstention thérapeutique par le médecin généraliste pour un même symptôme.
Malgré tous ces moyens déployés, ni l'une ni l'autre n'a de diagnostic précis, la première n'est pas soulagée et c'est l'abstention thérapeutique, expliquée par un médecin empathique, qui rétablit la deuxième.

Le médecin généraliste est en première ligne face à des symptômes non caractérisés, ne correspondant pas à des tableaux cliniques de maladies. Ces situations représentent 70% de leurs consultations.(47) Il a un rôle essentiel à jouer afin d'empêcher la chronicisation des symptômes et la dérive vers des situations surmédicalisées. Lorsque la situation est complexe, éviter l'incohérence due aux multiples recours et aborder le contexte de vie des patients est essentiel.

1.2. Expression des symptômes et des demandes

1.2.1. Langage du patient

La patiente de 52 ans exprime par l'intermédiaire de mots polysémiques et métaphoriques ce qu'un vocabulaire médical désignerait comme des douleurs musculo-squelettiques et une asthénie. Dans son cas, le champ lexical employé renvoie à l'effondrement, à la destruction. Bien que le médecin ne le lui fasse pas remarquer, on peut penser que l'emploi de ces mots participe à l'évocation du syndrome dépressif qu'elle cherchera.

[50] Ni l'enregistrement de la consultation ni le questionnaire ne permettent de savoir si cet antécédent est familial ou si elle présente elle-même cette pathologie.

[51] *p : et quand je fais ma prise de sang euh… mon bilan, demain, vous avez rien à rajouter des fois ?*
m : ah oui, faites voir c'qu'il a demandé ; oui au cas où, vous avez raison !

[52] SADAM : Acronyme du Syndrome de dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire.

Citons Jean Claude Weber, médecin interniste, qui s'exprime à ce sujet : « l'imagination et les mots tentent de rendre compte d'un réel qui échappe », « la langue est le vecteur qui permet de *mi*-dire son corps ». (48) Dans un chapitre consacré à la *technê* médicale, il fait référence à la langue allemande dans laquelle existe deux mots pour exprimer le « corps ». Elle distingue le *Körper,* corps-machine-organisme, du *Leib,* « corps affecté et conjoint à l'âme ».

Traduire en signes de maladie, selon le paradigme médical s'appuyant sur une classification nosologique les symptômes présentés par exemple par cette patiente permet l'accès au *Körper,* mais empêcherait de remarquer l'idée d'effondrement et de destruction – donc de souffrance intense, pouvant évoquer – parmi d'autres possibilités – une dépression. Laisser le patient narrer ses symptômes et l'écouter permet d'accéder au *Leib*, à des éléments qu'un interrogatoire purement médical ferait taire.

1.2.2. Importance de la communication non verbale

Les patients cherchant à parler de leurs difficultés psychosociales peuvent avoir une mimo-gestuelle évocatrice. La patiente de 26 ans présentant initialement au médecin une fatigue puis une restriction alimentaire a en parallèle d'un discours très hésitant, des comportements moteurs répétés et une position fermée sur elle. Le médecin qui l'interroge en plaisantant ne parait pas le remarquer. En tant qu'observateur extérieur sans engagement relationnel avec la patiente, sa difficulté à dire et sa gêne paraissent manifestes. Dans un chapitre consacré à la dimension non verbale de la communication, Jean-Claude Abric citant Martin décrit des « gestes révélateurs » : (3) il s'agit de gestes incontrôlés qui « dénoncent » l'état psychique de leur auteur. Parmi eux, on distingue les *gestes de dérivation* (faire tourner un stylo par exemple) qui manifesteraient une tension interne, visant à réduire le stress et à se donner une contenance, et les *auto contacts*. Ceux-là sont des gestes centrés sur soi (grattage de la tête, contacts mains-visage par exemple) qui seraient une sorte « d'activité de libération du stress ou une manifestation de difficultés cognitives ».

De la même façon, la lassitude et la riche prosodie des patientes présentant respectivement une grande fatigue et des céphalées chroniques peuvent être des éléments entrainant le médecin à questionner le « moral » et les « contrariétés ».

Les spécialistes de la communication s'accordent à dire que 70% d'un message entre individus passe par sa forme et les éléments non verbaux tandis que 30% seulement passe par son contenu, le discours verbal (3). Le médecin aurait donc tort de ne prêter attention qu'à ce que lui dit le patient, et non aux manières dont il le dit. Les attitudes non verbales de ce dernier renseignent sur sa demande – parfois implicite, et sur son état émotionnel, qui doivent être prises en compte, s'il veut pouvoir agir le mieux possible.

1.2.3. Paradoxes, incohérences, demande cachée

Une autre attitude plus générale retrouvée chez certains des patients du corpus est le paradoxe et l'incohérence. On retrouve le paradoxe dans l'expression de la demande envers le médecin ou dans l'expression du symptôme ou de ses causes ; l'incohérence dans le rapport entre le discours et le comportement non verbal ou dans l'attribution causale aux symptômes.
La patiente de 29 ans présentant sinusite chronique et fatigue conjugue les deux. Elle fait comprendre au médecin que les symptômes discutés depuis 13 minutes, et auxquels il a apporté une réponse à la fois diagnostique et thérapeutique ne sont finalement pas de son ressort. Puis elle initie de façon ambiguë un deuxième motif de consultation : une fatigue. Il s'agit du seul exemple du corpus dans lequel la patiente souligne elle-même l'incohérence de ses symptômes. De plus, ses rires sont en décalage avec son propos lorsqu'elle aborde pour la première fois ses difficultés de vie. La suite de la consultation montre que ce qu'elle attend du médecin est de pouvoir parler de ses soucis au travail et sans doute la prescription d'un arrêt de travail.

Cette situation peut être comparée à ce que certains auteurs appellent « l'agenda caché ». Il a été mis en évidence que dans la majorité des consultations, la première demande exprimée par le patient n'est ni la seule, ni souvent sa principale préoccupation tandis que le médecin la considère le plus souvent comme la « vraie demande ».(23) L'agenda caché concerne l'inquiétude de maladies, que les patients n'osent pas présenter à leur médecin (cancer, VIH…) ou des questionnements ou un besoin de dire d'ordres psycho-social ou existentiel[53]. (49)

Une autre patiente, celle de 26 ans, présentera au médecin d'abord une fatigue puis « un point à la tête » tandis qu'elle cherche à aborder une restriction alimentaire et les souffrances et traumatismes psychiques qu'elle lui attribue. Dans son cas, elle répètera de nombreuses fois ne pas savoir pourquoi elle présente ces symptômes, avant même que le médecin ne l'interroge à ce sujet. Une étude de Salmon et al (50) s'intéressant aux signaux[54] psychosociaux que 36 patients ayant des symptômes inexpliqués glissent à leur médecin généraliste au cours de la consultation retrouve 9 patients disant ne pas savoir – par exemple : « I don't know whether it's anything or nothing ». Ainsi un quart des patients de leur étude présentant des symptômes physiques incompris s'interrogeaient sur la cause de leurs maux en disant « ne pas savoir » tôt dans la consultation.

Un comportement paradoxal et l'expression précoce de « ne pas savoir » à quoi sont dus les symptômes dans la consultation doivent interpeller le médecin sur la demande réelle du patient.

Afin de répondre à ces demandes cachées, Gallois, Vallée et Le Noc proposent de rechercher d'autres

[53] Précision intéressante pour la pratique, les auteurs ajoutent « ainsi, plus de la moitié des demandeurs de check-up ont en fait des questions sous-jacentes qui sont le vrai motif de la consultation ».

[54] Les auteurs parlent en anglais de « cues », la traduction peut être « indices », « signes », « signaux ».

motifs de consultation après la fin de l'exposition du premier, en utilisant une formule du type : « avez-vous autre chose dont vous vouliez parler ? ». (49) Cela permet d'éviter les nouvelles et importantes demandes alors que la consultation semble finie et ainsi de mieux hiérarchiser et organiser les actions à effectuer lors de la consultation.

1.3. Rôle du tiers

Dans certaines consultations, le tiers, qu'il soit professionnel ou personnel facilite les attributions psychosociales aux symptômes de la part des patients.

Deux patientes proposent au médecin les explications « *psychologique* » et à type de « *préoccupations* » à leurs symptômes que le « *psy* » et un médecin consulté à l'hôpital ont évoquées. Cela peut être un moyen d'appuyer leur propre attribution en vue d'une acceptation de celle-ci par le médecin auquel elles s'adressent. Au-delà de la transmission d'informations, on peut supposer que lorsque les patients pensent eux-mêmes que leur contexte de vie participe à l'expression de leurs symptômes, une explication semblable par un professionnel conforte leur ressenti et participe à diminuer leur incertitude et leur inquiétude vis-à-vis de la cause de leurs maux.

A contrario, concernant la patiente de 74 ans qui associe un pic hypertensif aux difficultés vécues par sa fille, c'est grâce à la discussion avec le médecin ayant lieu juste avant, concernant les difficultés de sa fille que le médecin apprend que la patiente a fait un pic hypertensif. Ici, c'est l'abord des facteurs psychosociaux – dont fait partie sa fille, un tiers – qui permettent au médecin de connaitre l'existence d'un événement somatique important dont la patiente n'aurait peut-être pas parlé d'elle-même sinon.

2. Différentes sensibilités médicales vis-à-vis des facteurs psychosociaux[55]

L'abord des facteurs psychosociaux du patient par le médecin dépend des interactions entre eux mais aussi de déterminants individuels. En effet, on retrouve des tendances répétées dans les façons de faire des médecins quel que soit le patient qu'ils rencontrent. Celles-ci ont lieu à la fois dans la manière d'aborder les facteurs psychosociaux, de répondre aux patients lorsqu'eux mêmes initient le sujet, mais aussi dans les réponses qu'ils leurs apportent.

2.1. Difficultés à aborder les facteurs psychosociaux

[55] Nous n'abordons pas la position du médecin C vis-à-vis des facteurs psychosociaux car les 2 vidéo ne permettent pas d'émettre un avis à ce sujet.

Le médecin A aborde moins souvent et moins facilement les vies psychosociales des patients que les autres médecins. Il résiste initialement aux « *tourments* » de la patiente de 26 ans, n'entend pas ou ne fait pas reformuler l'évènement de vie que le patient ayant la douleur thoracique lui raconte, ignore l'information de celle de 50 ans ayant les troubles du sommeil concernant ses cauchemars et son fils et abandonne la recherche de « *contrariétés* » dès la première diversion de la patiente à qui il s'adresse. Il semble avoir des difficultés ou ne pas désirer aborder les problématiques psychosociales des patients.

Le fait de ne pas prendre en compte les éléments psychosociaux que le patient apporte au cours de la consultation n'est pas chose rare. L'étude de Salmon et al sus-citée (50) montre que les médecins ignorent la majorité des opportunités que les patients souffrant de SMI leur offrent pour aborder leur vie psychosociale. Lorsqu'ils y répondent, ils les rassurent ou donnent une explication bénigne aux plaintes sans prendre en compte leurs préoccupations ou encore répondent de façon biomédicale (par une thérapeutique médicamenteuse, comme chez cette patiente ; par un diagnostic biomédical, comme chez la patiente ayant des cervicalgies chroniques ou celui ayant une douleur thoracique).

Une étude menée en collaboration entre anthropologue de la santé, psychiatre et médecin généraliste permet d'offrir un éclairage sur les raisons potentielles de ces pratiques. C.Haxaire, P.Genest et P.Bail ont étudié le savoir pratique de médecins généralistes face à la souffrance psychique de patients, à partir de quatre matériaux variés[56]. (8) Ils indiquaient que ceux-ci étaient démunis face à l'écoute du patient souffrant. Paradoxalement, ils indiquaient que la première réponse donnée aux patients était leur **écoute** mais elle n'était **jamais envisagée comme le traitement d'une pathologie**. C'est une différence fondamentale avec la pratique psychothérapeutique spécialisée. Les médecins ne recueillent pas la dynamique d'installation d'un symptôme mais l'histoire de vie du patient, le contexte social dans lequel il évolue et qui peut être à l'origine ou la conséquence du trouble. L'écoute comme réponse à la souffrance psychique est « essentiellement l'objet d'un constat » issu de la pratique, sans théorie, une « recette » plutôt qu'un savoir. Ce point est aussi paradoxal car, comme le souligne les auteurs, en pratique de médecine générale, à la différence d'une position psychothérapeutique classique passive et neutre, le médecin écoute et est écouté. Les difficultés évoquées par les médecins pour répondre à la souffrance psychique sont le **constat d'un défaut de formation, le manque de temps et la non-spécificité des catégories diagnostiques psychiatriques concernées**. L'écoute « empathique » voire compatissante est fréquente et la plus éprouvante pour les médecins qui reçoivent la souffrance de leurs patients « de manière souvent un peu abrupte, **sans outils pour gérer ce qui se dit à ce moment**, à savoir des histoires de vie bien loin de sa compétence technique. Il ne peut pas toujours maintenir la bonne distance avec son patient. » Ce constat entraine un désir imprécis quant à des formations et au recours à un professionnel plus compétent « le « psy », qu'il soit psychiatre, psychologue ou

[56] Ces quatre supports de données étaient des comptes rendus de consultations de médecine générale, des focus groupes de médecins généralistes, des observations menées par C.Noumbissi-Nana, interne de médecine générale sur la souffrance psychique et des courriers de médecins généralistes adressés aux urgences psychiatriques du CHU de secteur.

psychothérapeute » sans distinction. **Le recours aux « psy » se fait sur des critères subjectifs de compétences dépassées** « je n'y arrive plus » et non sur des critères répondant à des diagnostics de maladies.

L'étude montre aussi que les médecins sont **plus à l'aise dans la prescription** que dans l'écoute. Cependant lorsqu'ils prescrivent des psychotropes, **les règles de bonnes pratiques sont difficiles à assurer :** les tableaux cliniques ne sont pas souvent caractérisés, la durée est difficile à déterminer par avance et l'accompagnement psychothérapeutique n'est pas assuré par eux et souvent inexistant. Lorsque la situation diagnostique n'est pas claire, tous les médecins **temporisent avec des anxiolytiques** « en cas de crise » ou alors usent de toute la gamme des « **petits médicaments** » : « phyto » ou médicaments « placebo » de façon consciente. Certaines prescriptions d'antidépresseurs visent à « débloquer la parole puis à inciter le patient à consulter un « psy » ou tiennent lieu de **test diagnostique**, les patients n'ayant pas de dépression majeure arrêtant souvent la prise des traitements au contraire des autres. Une difficulté supplémentaire est la **difficulté à établir des contacts opérants avec les psychiatres, psychologues et psychothérapeutes.** Ils seraient trop peu nombreux, trop souvent indisponibles, les contacts trop à distance, les rendez-vous trop éloignés du temps de la crise et – à la différence de tous les autres spécialistes d'organe – ne font pas de retour aux médecins généralistes sur les prises en charge. Dans l'ensemble des corpus étudiés, « les médecins généralistes expriment une **ambivalence à l'égard de la « chose psy »** que la dénomination double dans le discours – « *psychiatre* » et « *psy* » – souligne ».

Cette étude décrit à quelque chose près la situation du médecin A avec la patiente de 50 ans ayant des troubles du sommeil. Les questionnements sur ses attributions aux troubles du sommeil se font dans le but précis de diminuer la prescription d'anxiolytique et non de répondre au besoin d'écoute de la patiente. Le temps qu'il vient de passer avec elle (plus de 30 minutes) explique certainement qu'il n'accorde pas davantage de temps à explorer ses troubles mais ne permet pas d'expliquer qu'il ne lui propose pas un prochain rendez-vous pour s'y consacrer. Il est gêné par la prescription de Lexomil® qu'il cherche à remplacer par de la phytothérapie, mais en prescrit tout de même. Le médecin est visiblement démuni : il ne peut pas lui-même répondre à la demande d'écoute de la patiente, il n'est pas satisfait de sa prescription et il ne propose pas d'aide spécialisée à la patiente, laissant celle-ci dans la même inertie : elle n'a pas pu se confier, elle ne se voit confiée à personne d'autre pour l'aider et poursuit les anxiolytiques qu'on lui explique être une « *cochonnerie* » présentant des risques pour sa santé, à type de dépendance, et qui n'ont dans le passé, pas empêché les cauchemars dont elle se plaint. Elle est visiblement insatisfaite des réponses données par le médecin.

2.2. L'écoute active

Au contraire du médecin A, le médecin B accueille sans difficulté les paroles des trois patientes du corpus, au sujet de leurs maux physiques ou d'événements de vie difficiles. Elle montre beaucoup des

critères d'une « écoute active ».[57] (22) Sa posture favorise un échange communicationnel optimal : face aux patientes, relativement penchée sur le bureau, mains visibles, non croisées ; elle les regarde attentivement, manifeste son écoute par des hochements positifs de têtes ou des régulateurs, et n'interrompt presque jamais la parole.

Lorsque les patientes se confient d'elles-mêmes et que les plaintes sont clairement exprimées, l'attitude du médecin permet de les accompagner dans leur discours. C'est le cas de la patiente confiant la mort de son chien et de celle parlant de ses difficultés vécues auprès de sa mère ayant une démence. Elles paraissent toutes deux satisfaites et les symptômes sont expliqués.[58]

Le médecin a la même attitude avec la patiente de 52 ans chez laquelle elle recherche des éléments dépressifs. Au sujet de l'écoute active et de l'approche non directive, Abric souligne que « contrairement à une erreur fréquente, il est […] essentiel de ne pas confondre non-directivité et laisser-faire ». (3) On peut se demander si l'absence de reformulation des plaintes de la patiente par le médecin est une forme de « laisser faire » – pourtant dans un but de bien faire – et dans quelle mesure cela concourt à la multiplication des plaintes et de leur intensité tout au long de la consultation, la patiente pouvant chercher de cette façon un autre type de réponse ou de questionnements de la part du médecin.

2.3. Abord systématique des facteurs psychosociaux

Le médecin D montre une facilité particulière à aborder les vies psychosociales des patientes. Elle en parle souvent à son initiative et lorsque c'est à l'initiative du patient, elle y répond amplement. Son approche n'entraine pas de hiérarchisation entre les maux physiques et les troubles psychiques. La façon d'interroger le stress non par défaut mais comme une possibilité comparable à une autre pour expliquer des troubles du transit le montre : « *et est-ce que vous avez l'impression que c'est lié au stress la qualité de vos selles, de ce que vous mangez, est ce que vous avez essayé de faire un lien ? ».* Elle conçoit de façon holistique le patient, comme lorsqu'elle dit à la patiente de 29 ans ayant une fatigue et une sinusite chronique « *m: oui mais bon, tout ça va ensemble ! »* répondant aux différents éléments soulevés pour expliquer sa fatigue (manque de sommeil, travail, enfant, soucis, *« machin et tout »*).

---

[57] L'écoute active est un concept développé à partir des travaux du psychologue américain Carl Rogers décrivant l'attitude du psychothérapeute – par extension de toute personne en situation d'écoute – permettant à son client – à son interlocuteur – de s'exprimer le plus librement possible et d'être soutenu. Elle est une écoute bienveillante, accueillante, compréhensive, sans jugement ni évaluation ou interprétation de la parole de l'autre. Elle ne vise pas à questionner ou conseiller l'autre mais à « l'accompagner dans sa recherche de lui-même ».

[58] La patiente ayant perdu son chien se confie ensuite sur d'autres problématiques puis le reste de la consultation est consacré à une tendinite de l'épaule ; celle dont la mère a une démence poursuit l'ensemble de la consultation à en parler ; parfois sans prendre en compte les interventions du médecin :

p: du 400, je prends du 400 aussi. Mais voilà, pffff! C'est vrai que c'est pas… ouais, c'est lourd, c'est… j'en peux plus là! (ton blasé, épuisé)
m: ah ben c'est sur que…
p: en plus, voilà, en plus, j'suis très très énervée! J'sais pas pourquoi, j'suis très angoissée, très énervée, très…
Le plus important pour elle ne semble pas de recueillir l'avis du médecin sur sa situation mais qu'elle l'écoute.

C’est probablement l’approche centrée patient dont elle fait preuve et l’attention qu’elle porte aux patients qui lui permettent de repérer la demande implicite de la patiente de 29 ans ayant la sinusite chronique.

3. Explication psychosociale aux symptômes

3.1. Pour répondre à la demande de sens aux symptômes

Les patients cherchent à faire sens à leurs sensations physiques. Celle de 52 ans ayant une fatigue chronique et une frilosité s’exprime : « *je sais pas c'que j'ai, cette fatigue que j'ai, je le sens…* » ; celle de 33 ans ayant une irritation linguale demande à plusieurs reprises l’avis du médecin : *« vous, vous pensez aussi qu'c’est un facteur psychologique ? »*, ou encore la patiente de 24 ans ayant des troubles du transit et un prurit vaginal récidivant disant : « *bah je sais pas, j’essaye de chercher des…raisons, des explications* » et recherchant de multiples attributions à ses symptômes : climatique, iatrogène…

3.2. Plusieurs niveaux et types d’explication

3.2.1. Causes linéaires versus pluricausalité

Une tendance des données du corpus est que dans les consultations où la cause des symptômes est questionnée et que l’alliance est bonne (par exemple la patiente de 26 ans ayant des troubles du comportement alimentaire, celle de 33 ans ayant une irritation linguale et l’autre patiente de 33 ans ayant une acné), l’explication finale aux symptômes est pluricausale. Au contraire, dans les cas où il y a mésalliance ou lorsque ce que le patient a à dire n’est pas pris en compte (par exemple la patiente de 59 ans ayant des céphalées et cervicalgies chroniques ou celui de 43 ans ayant une douleur thoracique), l’explication finale est unicausale.

Une conception pluricausale des symptômes, est à rapprocher d’une approche du patient centrée sur lui car ce qu’il peut dire ou ressentir est pris en compte et permet d’expliquer en partie les symptômes ; au contraire, la conception linéaire d’une cause correspondant à un symptôme, est une approche clinique centrée sur la maladie. Cathébras met bien en évidence qu’une maladie et un symptôme sont déterminés et évolués selon plusieurs facteurs, que l’on peut séparer comme des facteurs précipitants, favorisants et pérennisant. (9)

On remarque que le médecin A pose plus souvent des diagnostics de cause unique tandis que le médecin D a presque dans chaque consultation une conception pluricausale des maladies ; conception qu’elle explique souvent aux patients, s’adaptant à leur niveau de compréhension, soit avec des notions théoriques (la relation mère enfant pour expliquer l’eczéma du nourrisson), soit de façon très illustrative

avec l'image du « verre à pied ». On peut probablement rapprocher ces tendances à un degré de souplesse plus ou moins élevé par rapport au savoir médical pur. Ces explications pluricausales satisfont les patientes.

L'explication psychosociale des symptômes est rare par les médecins : l'étude de Salmon et al n'a retrouvé que 3 médecins sur les 21 recrutés qui donnaient aux patients des explications aux symptômes incluant leurs problèmes psychosociaux. (50)

3.2.2. Dire qu'on ne sait pas versus trouver une explication

Le médecin A abandonne l'exploration des facteurs psychosociaux après la diversion de la patiente souffrant de céphalées et de cervicalgies chroniques et les explique de façon unicausale, biomédicale et certaine. Il n'exprime aucun doute quant au diagnostic, répétant au contraire à la patiente qu'il en est « *sur* ».
Le médecin B, elle, exprime à la patiente de 52 ans ne pas avoir d'explication aux symptômes suite à l'examen de son corps. Bien qu'implicitement formulée, une place est ainsi laissée à une explication psychosociale. Le médecin y pense, et bien que sa façon de faire soit très prudente, elle l'exprime.
Si ces différences d'attitudes peuvent être déterminées par le niveau de facilité de chacun à aborder les facteurs psychosociaux des patients, elles **interrogent aussi sur les représentations que les médecins ont de leur posture médicale.** En effet, le médecin A pourrait lui aussi dire à la patiente que les données de l'examen physique permettent d'expliquer certains de ses symptômes mais pas tous[59]. Pourtant ce n'est pas ce qu'il fait, il privilégie l'explication des symptômes, coûte que coûte, à sa justesse. Il semble ne pas vouloir ou pouvoir dire qu'il ne sait pas ; ou en tout cas que certaines situations lui échappent en partie. Il nous est susceptible de penser que celui-ci considère probablement son rôle médical comme celui d'un sachant n'ayant pas le droit de faillir.

3.2.3. Prise en charge immédiate ou sur le long terme

Dans ces deux consultations, les explications des médecins permettent des actions différentes en terme d'effet thérapeutique immédiat ou à long terme. En effet, contrairement aux déclarations subjectives des médecins lorsqu'ils sont interrogés à propos de patients ayant des SMI : une grande étude anglaise de Ring et al ayant enregistré et analysé 420 consultations de patients ayant des SMI, chez 36 médecins généralistes a montré que **les médecins sont plus souvent prescripteurs d'interventions somatiques que les patients demandeurs,** et qu'en conséquence, ces situations sont en partie responsable des explications somatiques et prescriptions thérapeutiques des médecin. (51) En parallèle, le niveau d'explication aux symptômes présentés et le niveau d'empathie des médecins était faible. Dans la

[59] Des céphalées bilatérales chroniques, « ça fait une grande étoile… c'est flou un p'tit peu », des « oreilles…qui sont… ! », des cervicalgies chroniques, peuvent-ils tous être expliqués par une névralgie d'Arnold ?

consultation du médecin A, en donnant une explication certaine aux symptômes à la patiente, il permet de répondre à son interrogation et à sa demande actuelles et probablement d'apaiser une inquiétude – elle a l'air satisfaite à la fin de la consultation, mais à long terme risque par cette explication somatique d'entretenir la patiente dans des somatisations, leur donnant crédit. Au contraire, le médecin B choisit une action probablement plus favorable à long terme bien que sans effet visible immédiatement pour la patiente lors de cette consultation.

4. Déterminants de la résistance des patients aux attributions psychosociales aux symptômes

Nous avons vu plus haut que certains patients présentaient des comportements paradoxaux ou des incohérences dans le discours lorsque ceux-ci avaient une demande implicite à exprimer. Un autre cas de figure se retrouve lorsque ceux-ci ne souhaitent pas ou sont dans l'impossibilité d'évoquer certains sujets que les médecins cherchent à aborder à ce moment de la consultation. Il semble que ces comportements soient du fait de facteurs personnels, mais aussi interactionnels avec le médecin.

4.1. Déterminants personnels et sociétaux

La patiente de 52 ans ayant une fatigue et des douleurs osseuses a un discours concernant ses symptômes paradoxal : elle dit que le moral va « *mieux* », rejette l'aboulie que le médecin recherche puis exprime l'exact opposé.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer son comportement. Lorsque Cathébras développe le concept de « dépression masquée »[60], il offre des pistes pour la comprendre.
Du côté du patient, il cite l'alexithymie[61] , des facteurs culturels et « la crainte de l'étiquette psychiatrique ». (9) Ces trois pistes sont envisageables chez cette patiente. Concernant l'alexithymie, elle peut ne véritablement pas envisager un lien entre la fatigue qu'elle ressent et son humeur, l'attribuant ainsi à une cause purement physique. Ses représentations personnelles des maladies psychiatriques ou la crainte de l'étiquette psychiatrique sont très probables car elle rejette systématiquement toute évocation d'un syndrome dépressif, jusqu'à désigner son antidépresseur par l'expression « *les cachets* ». Cette crainte peut provenir d'une inquiétude personnelle et socio-culturelle globale, en rapport avec les

[60] « La somatisation chez les patients souffrant de dépression majeure a été définie comme la perception sélective, et la focalisation sur les manifestations somatiques de la dépression, avec déni ou minimisation des changements affectifs et cognitifs, ce qui peut être interprété comme un mécanisme d'ajustement (coping). Il est traditionnel, en particulier en milieu francophone, de recourir pour rendre compte de ces situations au concept de « dépression masquée » ». (9)

[61] Pour une définition de cette notion selon Cathébras (9), se reporter au paragraphe

représentations sociétales péjoratives des maladies psychiatriques.

On retrouve cette double hypothèse chez la patiente de 24 ans, qui elle aussi a un comportement paradoxal[62]. Sa première difficulté survient lorsque le médecin lit à voix haute le contenu de la consultation précédente, au moment où elle parle de son père décédé. Immédiatement après, celle-ci fait diversion. Lorsqu'à la fin de la consultation, le médecin l'interroge à nouveau à son propos, elle pleure, sans rebondir sur cette proposition mais en proposant une attribution à ses symptômes. D'autres attributions à ses symptômes, extérieures à elle, vont dans ce sens. La patiente semble déplacer une source de souffrance (en rapport avec son père décédé) par une focalisation sur des causes possibles à ses symptômes, extérieure à elle. Sans présager si la souffrance psychique en lien avec son père décédé a un rapport avec ses symptômes, ce « déplacement » est un mécanisme de défense (52) lui permettant d'éviter un sujet dont elle parait dans l'impossibilité de parler, en tout cas à ce moment précis.

4.2. Déterminants interactionnels

Si la difficulté d'aborder ce problème semble avant tout personnel, il peut également être en partie expliqué par son interaction avec le médecin, avec laquelle – malgré elle – le début de consultation a été brutal.

Une étude allemande, menée au département de médecine psychosomatique et de psychothérapie de l'hôpital de Freibourg montre que la résistance des patients à l'attribution psychosociale de leurs symptômes peut être liée – en partie – à l'interaction qu'ils ont avec leur thérapeute. (53) L'étude cherchait à améliorer l'effet des thérapies brèves sur les patients somatisant. Cinq consultations avec un psychothérapeute ont été proposées à 43 patients hospitalisés (surtout en médecine interne et en neurologie) pour lesquels l'ensemble des explorations somatiques était négatif. Les psychothérapeutes cherchaient à repérer les sources psychosociales de stress, à les sensibiliser à une approche psychosomatique des maladies[63] et à leur offrir un espace de paroles. L'analyse des consultations montre que **certains modes d'attribution de facteur psychosociaux aux symptômes par les thérapeutes exercent une pression sur les patients.** Il s'agit de l'utilisation de questions déjà concluantes soulignant le point de vue subjectif des thérapeutes **visant à rechercher dans quelle mesure le patient détecte un lien entre ses symptômes et ses émotions,** par exemple : « voyez-vous un lien entre vos peurs et vos maux physiques ? » ; ou bien des questions cherchant à déclencher une réponse alignée comme

[62] Pour rappel, elle surprend le médecin par une attribution aux troubles du transit à l'opposé de ce à quoi elle s'attend, elle pleure en s'interrogeant sur la cause de ses larmes alors que le médecin évoque son père décédé, ou encore elle décline la proposition concrète de changement de contraception proposée par le médecin alors qu'elle attribue plusieurs de ses symptômes à sa pilule contraceptive actuelle.

[63] L'expression originelle était : « to sensitize patients to psychosomatic illness models ».

« pouvez-vous imaginer ça ? »[64]. On note également **l'émission d'attributions psychosociales vagues**, par le choix de mots implicites : « tensions », « nervosité » et en les minimisant par des particules modales de type « d'une certaine façon ». Enfin ils **se réfèrent aux informations obtenues lors de précédentes consultations pour corroborer leurs attributions**.

Les patients réagissent de trois façons principales : soit ils acceptent le modèle psychosomatique en tant que tel mais rejettent sa valeur explicative pour leurs propres symptômes, soit ils confirment l'attribution psychosociale mais partiellement seulement, en se référant à une situation de vie potentiellement stressante. Dans ce cas, soit l'attribution tourne court car ils élaborent autour de l'évènement stressant mais sans le relier davantage à leurs symptômes, soit après avoir confirmé qu'une situation vécue était stressante, les patients soulignent les aspects positifs de cette situation ou justifient leur mode de vie : ils peuvent ainsi pointer leur succès professionnel, leur vie sociale florissante… Ils contrent ainsi l'attribution psychosociale par une manière de se positionner comme étant en bonne santé, ayant du succès[65]. Ces réactions suggèrent qu'ils interprètent les attributions psychosociales comme une offense envers leur mode de vie et leur intégrité.

Bien que cette étude ne se déroule pas en soins primaires ni avec des médecins généralistes mais avec des thérapeutes, elle nous a paru intéressante pour le médecin généraliste, d'une part car celui-ci a parfois un rôle de psychothérapeute – conscient et assumé, comme par exemple le médecin D – ou « malgré lui » comme le montre Louis Velluet (54), d'autre part, car les patients présentant des SMI chroniques sont aussi ceux du généraliste, et enfin car au-delà de ces situations particulières, elle montre que c'est bien l'interaction entre un soignant et un patient qui est responsable de situations que l'on pourrait avoir tendance à attribuer à la seule responsabilité du patient. C'est un argument supplémentaire en faveur de la nécessité d'un haut niveau d'adaptabilité communicationnelle et relationnelle avec certains patients.

De plus, les mécanismes de défense du patient visant à protéger l'individu, ceux-ci doivent être respectés. (52)

5. Aborder les facteurs psychosociaux des patients : façons opérantes ou non

[64] Les auteurs précisent – à partir des travaux de Gail Jefferson – que ces questions appelées « three-part lists » sont un dispositif de rhétorique puissant pour persuader son interlocuteur de partager sa vision des choses.

[65] Citons une séquence pour illustrer ce propos. La thérapeute fait référence au travail de la patiente car elle sait que ses maux de ventres sont majorés lorsqu'elle a des réunions avec son employeur. La patiente confirme puis la thérapeute insiste sur sa situation problématique au travail et introduit son fiancé qui ne lui a pas proposé de se marier avec elle « now of course the conflict at work is not yet and your boyfriend hasn't proposed to you yet ; you're not clear yet on either of those points », ce à quoi la patiente répond en insistant sur l'importance qu'elle tient dans son travail : « well the conflict at work is actually for me on the one hand indeed stressfull but thanks to the many customers that like me so much and tell me that too… and just now « when she worked monday tueday » and then I work on wednesday then everyone comes in and « thank God Florence is back ! » like and like everyone is beaming suddenly, and that's music to my ears ! ».

Nous retrouvons dans notre corpus certains résultats de l'étude de Freibourg. Lorsque le médecin questionne de façon « concluante » un lien direct entre stress et troubles du transit : « *et est-ce que vous avez l'impression que c'est lié au stress la qualité de vos selles, de ce que vous mangez, est ce que vous avez essayé de faire un lien ? »,* la patiente rejette ce lien. Lorsqu'avec la patiente souffrant d'acné, elle joue avec humour sur la polysémie des mots : « *m: vous voulez dire que vous avez une représentation particulière de vos boutons !* […] *ils vous atteignent profondément ! »,* la patiente la comprend mais rejette aussi l'attribution. Lorsque le médecin questionne la patiente ayant des céphalées « *y a pas eu d'événements ces derniers temps qui vous aient déstabilisée »* en les minimisant : *« pas de contrariétés [plus importantes, ou d'choses comme ça ? »*, elle la confirme puis la rejette immédiatement après. Enfin les questions-suggestions à choix multiples comme cette dernière ou comme celle-ci : *« vous avez l'impression que vous êtes agitée par…parce que quoi? Parce que vous êtes angoissée, parce que vous êtes énervée ou vous savez pas pourquoi tout simplement euh?* » entrainent systématiquement une réponse non alignée avec la suggestion.

Bien qu'il s'agisse de cas particuliers non généralisables, on remarque que ces résultats sont superposables.

Les questions ouvertes sont largement recommandées, qu'il s'agisse de situations fréquentes rencontrées en médecine générale (20) ou face à des patients présentant des SMI. (10) Selon le CNGE, elles permettent au médecin de « ne pas réfléchir à la place du sujet pour ne pas l'influencer ». O.Nardon propose par exemple : « avez-vous une explication à vos douleurs ? » « est-ce que ces symptômes vous inquiètent ? » .

Dans notre corpus d'autres façons pour initier l'abord des facteurs psychosociaux semblent des pistes intéressantes.

La première est de **questionner l'existence d'un stress, sans le lier aux symptômes**. Le « stress » offre plusieurs avantages : il fait partie du langage commun des patients et des médecins comme le montre l'utilisation large que chacun en fait dans ce corpus, et le sens entendu par ce mot n'est pas sujet à ambiguïté (quand le stress est absent, les patients le disent tout simplement, comme par exemple la patiente ayant les tremblements). Il renseigne à la fois sur l'existence d'un facteur étiologique différent d'une cause purement somatique mais n'implique pas beaucoup le sujet puisqu'il peut être considéré comme une cause extérieure à soi, et n'est ni non plus un événement de vie ou une émotion précise.

Une seconde est de **questionner le moment de début des symptômes**. Cette simple question « depuis quand ? » montre que selon ce que le patient a à dire, elle pourra ouvrir la discussion soit à une période correspondant à des événements de vie pouvant apporter des éléments de réponse aux symptômes – comme par exemple la patiente ayant une sinusite et une fatigue – soit non, mais sans difficulté particulière – par exemple la patiente ayant de l'acné. Jean Guir, psychanalyste nous renseigne sur l'importance de certains liens entre symptômes et dates. (55) Il donne l'exemple des **dates anniversaires.** Elles sont des moments de l'année auxquels tel patient ou tel autre présentera par exemple une crise d'asthme grave ou un œdème de Quincke correspondant aux dates de décès de

proches. Ce sont des situations que l'on peut rencontrer en médecine générale ; soit de façon aussi caricaturale, soit parce que le patient a un recours aux soins du généraliste à cette date précise, offrant parfois un symptôme somatique comme écran, ou non.

Selon les situations, une troisième pourrait être de **questionner la vie sociale avant les émotions du patient**. Par vie sociale nous entendons la vie professionnelle, familiale… Cela semble être pertinent lorsque les patients ont des symptômes écran. Dans le corpus, c'est le cas de la patiente de 26 ans cherchant à parler de troubles alimentaires mais qui présente au médecin une fatigue et des troubles du sommeil. C'est lorsque le médecin questionne les troubles du sommeil, suggérant quelle « *a du mal à se coucher de bonne heure* » qu'elle confie être tourmentée puis que la conversation bascule vers l'exploration de ses « tourments ».

Enfin, **l'accompagnement empathique aux questions** fait partie intégrante de ces façons d'interroger les patients. C'est son association à des questions plus directives qui permettent par exemple à la patiente ayant une sinusite chronique de se confier au médecin après lui avoir montré une grande ambivalence à le faire.

6. Différences d'agendas et d'objectifs au cours de la consultation

Les contraintes structurelles de la consultation et les divergences d'objectifs visés par les patients et les médecins font partie des sources de difficultés relationnelles et de compréhension des symptômes les plus fréquemment retrouvées dans le corpus.

6.1. Difficultés dues à l'organisation structurelle de la consultation

Il existe des différences entre l'agenda du médecin et celui du patient entrainant des obstacles à la communication, parfois exclusivement, ou en association à d'autres difficultés.

6.1.1. Pense-bête du médecin

La consultation concernant la patiente de 24 ans ayant des troubles du transit et un prurit vaginal s'ouvre par une maladresse involontaire de la part du médecin. Elle exercera une influence négative sur le climat de la consultation et sur les capacités de la patiente à communiquer avec elle. Ces difficultés sont dues à la structure de la consultation : le médecin cherche à se remémorer l'entretien précédent en lisant à voix haute son contenu à partir de l'ordinateur. Cela entraine de façon brutale, dès l'entrée en contact avec le médecin, une confrontation de la patiente à ses propres difficultés psychiques, confiées la fois passée, liées au décès d'un parent ; ainsi qu'à l'objectif que le médecin s'était fixé d'évaluer s'il est

« utile d'aller voir un psy » alors que sa demande est pour le moment une interprétation d'examens complémentaires.

Afin d'éviter ces maladresses, il est préférable de se remémorer les consultations passées et les objectifs à mener lors de l'actuelle non en la présence du patient mais avant le contact avec lui.
Si la lecture à voix haute d'éléments de la consultation précédente ou des propos actuels des patients peut être utile afin de reformuler littéralement leurs maux pour leur en faire prendre conscience, le moment et la façon de le faire doivent être choisis en fonction de leur possibilité à s'y confronter.

6.1.2. Nouvelle demande en fin de consultation

Dans le cas de la patiente de 50 ans ayant des troubles du sommeil, celle-ci cherche à les développer et semble vouloir parler de son fils au médecin. Ce dernier ignorera sa demande alors que 30 minutes de consultation sont déjà passées.

Une autre option permettant de prendre en compte le besoin de la patiente tout en respectant les contraintes liées au déroulé de la consultation, aurait été de proposer un prochain rendez-vous pour s'y consacrer.

C'est ce que propose Olivier Nardon, pour les patients présentant des symptômes médicalement inexpliqués (y compris aigus). Sa proposition d'Entretien prolongé co-programmé avec le patient tire ses conclusions d'une étude ayant interrogé 82 médecins généralistes au sujet de leur prise en charge des patients souffrant de symptômes médicalement inexpliqués. (56) Lors de cet entretien dédié, il propose d'explorer en profondeur avec le patient ses symptômes, ses souffrances et préoccupations en rapport ainsi que ses environnements familial, social, professionnel et socio-culturel.

6.1.3. Nouvelle demande au cours d'une démarche diagnostique

Le patient de 35 ans ayant une douleur thoracique cherche à parler d'un évènement de vie alors que le médecin mène et est concentré sur l'examen physique. Il n'entend pas ses propos ou les ignore.

Une comparaison avec la vidéo du médecin C et de la patiente ayant une irritation linguale permet d'envisager un moyen de pallier les difficultés communicationnelles. Il s'agit là aussi d'une différence d'agenda : la consultation était programmée par avance pour un suivi diététique mais la patiente est inquiète par ce symptôme récidivant. Le médecin prend le temps de répondre à l'ensemble de ses questions. Lorsqu'il ne peut y répondre immédiatement (concernant l'examen physique), il la prévient qu'il le fera plus tard. Dans le même registre, le premier médecin pourrait à la fin de l'examen physique, ou de sa démarche clinique, le prévenir qu'il n'a pas entendu le patient et l'encourager à répéter ses propos ; cela permettrait de donner une nouvelle occasion pour qu'il confie ses préoccupations, et au médecin d'avoir tous les éléments en main pour le diagnostic et la réponse thérapeutique.

Gill et Maynard se sont intéressés, aux façons qu'ont les patients d'apporter des explications à leurs symptômes et aux moments de la consultation permettant leur prise en compte par les médecins. (57) A partir de l'analyse conversationnelle de 63 consultations de médecine générale, ils ont montré que le moment le plus opportun était celui de la fin de la collecte des informations sur les symptômes, avant l'examen physique. Plus tôt ou plus tard, elles sont souvent ignorées par les médecins.

La façon de faire entrainant une plus grande pression sur le médecin pour y répondre sont les questions directes au sujet de leurs symptômes, ou les explications avec préfaces – comme c'est le cas pour le patient dont la petite-fille a été hospitalisée « *hé ! j'vais vous raconter une histoire !* » mais ces consultations sont rares ; plus fréquemment, les patients proposent des explications de façon tacite, sans faire de lien direct entre le symptôme et les événements de vie racontés. On retrouve cette majorité de façon de faire dans notre corpus.

Afin de diminuer ces problématiques liées à la structure de la consultation, les auteurs suggèrent aux médecins de signaler aux patients qu'ils ont bien entendu leurs propositions et que les questions posées ensuite viseront à recueillir tous les diagnostics possibles en incluant leurs hypothèses causales. Une autre option est de prévenir les patients que leurs explications seront prises en compte plus tard dans la consultation, par exemple pendant l'examen physique. Ils proposent également de **solliciter eux-mêmes les patients en fin d'anamnèse si ceux-ci n'ont proposé aucune explication à leurs symptômes.**

6.2. Compromis entre objectifs du médecin et relation de soin

Certains médecins développent des compromis pour faire face aux obstacles structuraux de la conversation ou aux différences entre demandes du patient et leurs objectifs.

Bien que le médecin B pense à un syndrome dépressif expliquant les symptômes de la patiente de 52 ans ayant la fatigue chronique, elle s'adapte à sa résistance et privilégie le lien relationnel au diagnostic dit et partagé.

Probablement dans le même but de maintien d'alliance thérapeutique, les médecins prescrivent régulièrement les examens complémentaires que les patients leur demandent tout en leur communiquant qu'ils sont inutiles. C'est le cas du médecin face à la patiente de 29 ans ayant la sinusite chronique.

7. L'examen physique : moment clé de l'abord des facteurs psychosociaux

L'examen physique a une rôle important dans ces consultations ; on peut également le considérer comme un moyen de prévenir ou apaiser certains conflits.

7.1.1. Il légitime les souffrances

Dans la consultation où la patiente de 52 ans rejette par anticipation le lien entre moral et fatigue que le médecin cherche à mettre en évidence, ainsi que les différents éléments d'un syndrome dépressif, on remarque que ces questions ont lieu avant l'examen physique. Ce dernier semble par ailleurs être important pour la patiente car alors qu'il se termine, elle demande elle-même au médecin de prendre sa pression artérielle. Etant normale, elle répète avec insistance sa « *faiblesse* ».
On remarque en parallèle que dans la vidéo du corpus où la patiente a le comportement le plus défensif, le médecin ne réalise pas d'examen physique[66].
Le premier cas donne l'impression que l'examen physique est important pour elle afin d'appuyer ses symptômes – voire les prouver, grâce à élément objectif perceptible. On peut ainsi se demander dans quelle mesure les questions sur le moral que le médecin pose avant d'avoir recherché des anomalies physiques grâce à l'examen ne sont pas perçues d'emblée comme une mise en doute, voire une dénégation de la véracité de ses symptômes. En parallèle, dans l'autre consultation, on peut se demander si la réalisation d'un examen physique n'aurait pas pu contribuer à apaiser la patiente – sur la défensive dès le commencement de la consultation – en lui montrant ainsi que le médecin l'interrogeait entièrement, corps compris, et son psychisme exclusivement pour expliquer ses symptômes récidivants.

Dans son travail proposant un Projet thérapeutique personnalisé, O.Nardon parle de l'examen physique comme d'un « moment de reconnaissance des souffrances physiques ». Ce temps dédié au corps du patient permet de lui transmettre un message de prise au sérieux de ses symptômes et souffrances. Il conseille de profiter de ce moment privilégié afin de souligner les liens entre *psyché* et *soma*, comme par exemple dire que l'on peut palper des tensions musculaires ou déclencher la sensibilité de son abdomen ; ce moment permet de légitimer les symptômes et les souffrances. Dans le cas particulier des patients souffrant de SMI chroniques, il conseille d'aborder la dimension psychologique et la vie intime du patient, après l'examen physique, au mieux lors de sa fin, lorsque le corps a été sondé et que le patient est encore allongé et détendu.(10) Le patient ne sentira pas sa souffrance remise en question comme cela peut être le cas si ces sujets sont abordés précocement dans la consultation, comme c'est le cas dans ces deux vidéos.
A partir de la vidéo concernant la patiente de 59 ans souffrant de céphalées et cervicalgies chroniques, nous soulignons bien le moment où l'examen physique s'approche de la fin et non, dès son début, comme c'est le cas ici, lorsque le médecin lui demande si elle présente des contrariétés. Dans ce cas précis, l'effet inverse se produit : elle fait diversion en faisant se focaliser le médecin sur une lésion cutanée.

7.1.2. L'examen physique facilite la parole

[66] Rappelons que cette patiente venait pour faire part de résultats d'examens complémentaires : un examen de selles et un prélèvement vaginal.

O.Nardon cite aussi le cas de patients, qui confient des éléments de leur vie personnelle pendant ce moment particulier de la consultation médicale. Dans notre corpus, c'est le cas du patient de 43 ans présentant une douleur thoracique, qui indiquera au médecin avoir assisté aux obsèques de sa tante, quelques jours auparavant. L'examen physique pendant lequel le patient est allongé et pendant lequel a lieu une autre interaction de proximité avec le médecin grâce au toucher parait être ici un facilitateur de la parole.

7.1.3. La symbolique de la pression artérielle

La pression artérielle, qu'elle soit abordée au cours de la conversation, ou prise lors de l'examen physique est un sujet propice pour les patients à évoquer leur contexte psychosocial. Le patient de 43 ans présentant une douleur thoracique évoque son stress et l'enterrement de sa tante à ce moment précis de l'examen physique, la patiente de 74 ans évoque un pic hypertensif lorsque sa fille était « *pas bien* », enfin le patient de 61 ans dont la petite fille est « *déprimée* » associe sa tension artérielle à un énervement ; dans son cas ce sont ses sensations physiques qui l'informent de son état émotionnel.[67]
L'hypertension artérielle semble ainsi associée de façon répandue par les patients à des tensions psychiques.

Aline Sarrandon-Eck, médecin généraliste et anthropologue s'est intéressée aux représentations dans le discours de patients concernant l'hypertension artérielle dont ils sont atteints à partir de l'observation de consultations de dix médecins généralistes et de 68 entretiens.(58)
Elle montre que les sensations physiques que les patients attribuent à l'hypertension artérielle sont associées à deux types de référentiels. Le premier a rapport au sang. Des expressions comme « *le sang qui monte à la tête* », les « *bouffées de chaleur* », le fait d'être « *prêt à exploser* » en témoignent.
Nous retrouvons le second référentiel dans notre corpus, il a rapport aux « nerfs ». Les patients expriment ainsi être « *tout tendus* »,« *leurs muscles, leurs nerfs restaient tendus* », leur « *mâchoire se crispait* »… Elle souligne comme le concept profane de « *tension nerveuse* » illustre les rapports étroits entre nerf et sang dans les représentations de la maladie.
Son étude a également mis en évidence que plus de la moitié des patients pensent que le « stress » est une cause d'hypertension artérielle. Il renvoyait à trois groupes de significations : d'une part des évènements comme des charges élevées de travail, des difficultés relationnelles ou des conditions de vie

---

[67] *m: 14/8*

p: hum, c'est pas terrible ça !

[…]

p: j'suis pas trop énervé mais...

m: mais un p'tit peu quand même ?

p: ouais j'le sens ! J'le sens parce que j'ai.. j'ai mes p'tites douleurs qui sont là-haut.

matérielles ou conjoncturelles pénibles ; d'autre part, des accidents biographiques comme la maladie d'un proche ou un divorce, à l'origine d'un choc émotionnel ; enfin, à ce que les patients nomment « *contrariétés* », « *soucis* », ou « *problèmes* ».

L'ensemble de ces thématiques psychosociales sont retrouvées dans notre corpus, associées à des symptômes plus variés que l'hypertension artérielle.

Dans son étude, elle montre que la pression artérielle et les nerfs sont reliés de façon métaphorique. Les patients hypertendus expriment des trop plein de « pression », des excès de soucis ou de travail qui « débordent ». La vie sociale ou les émotions submergent l'individu. L'hypertension artérielle est alors une métaphore de la pression sociale, de l'inquiétude ou des émotions.

8. Implications pratiques pour le médecin généraliste : synthèse

Devant une fatigue, et lorsqu'une situation devient très médicalisée, s'intéresser au contexte de vie et aux émotions du patient et prescrire de façon raisonnée et raisonnable des examens complémentaires.

Devant une fatigue et des symptômes physiques inexpliqués, rechercher des comorbidités psychiatriques, syndrome dépressif et troubles anxieux.

Lorsque les patients paraissent réceptifs, expliquer simplement que les émotions peuvent participer à la survenue, à l'évolution ou à l'intensité de symptômes physiques. Cela peut diminuer leur incertitude quant à la cause de leurs maux et les rassurer.

Laisser les patients exprimer leurs plaintes avec leurs mots et y prêter attention.

Un comportement paradoxal ou incohérent, l'expression précoce « ne pas savoir » à quoi sont dus ses symptômes, peut suggérer que le patient a une demande cachée ou une souffrance psychique associée.

Rechercher d'autres motifs de consultation après la fin de l'exposition du premier, en utilisant une formule du type : « avez-vous autre chose dont vous vouliez parler ? ».

Faire un examen physique systématique même lorsque l'on est intimement persuadé que le problème est psychique.

Lorsque les patients souhaitent aborder des problématiques psychosociales mais que le temps manque, leur proposer un prochain rendez-vous dédié.

Si le patient donne une information importante mais que le médecin est pris dans une autre démarche en cours, le signifier au patient tout en précisant qu'il reviendra sur ce point ensuite.

Se remémorer les consultations passées et les objectifs à mener lors de l'actuelle non en la présence du patient mais avant le contact avec lui.

Afin d'initier l'abord des facteurs psychosociaux avec les patients :
-utiliser des questions ouvertes questionnant leur ressenti, leurs propres explications
-rechercher un stress sans proposer de lien direct avec les symptômes
-rechercher le moment du début des symptômes
-faire tout cela de façon empathique

Veiller à son propre comportement non verbal. Une position d'écoute active associe regards vers le patient et non vers l'ordinateur, posture face au patient, pas trop éloigné de lui.

Lorsque le patient se raconte, lui manifester qu'on l'écoute : avec des regards, des hochements de tête, des régulateurs vocaux : oui, hum…

9. Forces et limites de l'étude

9.1. Forces

L'objet de recherche étudiant l'abord des facteurs psychosociaux dans la compréhension de symptômes physiques a permis d'étudier des **situations de consultations fréquentes** en pratique de médecine générale.

Le matériel de recherche, constitué d'enregistrements filmés de consultations a permis l'accès à des **données réelles de consultations**, reflétant la pratique quotidienne du médecin généraliste ainsi que **l'accès simultané à tous les paramètres de l'interaction** en face à face : communications verbale, para verbale et non verbale.

La méthode d'analyse, issue des sciences humaines et sociales a permis une **étude détaillée de la conversation** au sein des interactions entre le médecin et le patient.

L'ensemble de ces éléments entraine **des implications pratiques** pour l'application de l'approche centrée patient et souligne à nouveau **l'importance de l'écoute et de l'attention à porter au patient** et à l'ensemble de ses comportements**.** L'étude sensibilise sur la diversité des situations relationnelles et communicationnelles auxquelles le médecin généraliste fait face en consultation et reflète **l'importance de la souplesse et de l'adaptabilité au patient.**

Elle montre l'**intérêt des sciences humaines et sociales pour la recherche en médecine générale**, permettant un recul sur les pratiques.

9.2. Limites

Certaines limites sont **dues au matériel de recherche** et à l'utilisation d'un **corpus de données réalisé en amont.**

Si les vidéos permettent l'observation d'interactions authentiques, elles ne permettent pas l'accès aux pensées non dites et non montrées des médecins et des patients ni aux antécédents thérapeutiques et relationnels entre médecins et patients. Cette limite est à l'origine de suppositions concernant certains comportements. L'analyse de l'organisation séquentielle de la conversation grâce aux détails que permet de remarquer l'analyse conversationnelle, et la confrontation à la littérature existante a cherché à limiter ce biais d'interprétation possible.

Différentes études montrent qu'il n'y a pas de signe évident d'influence de l'enregistrement vidéo sur les comportements des médecins ou des patients. (54) Il peut en revanche entrainer un biais dans les caractéristiques des médecins et patients qui acceptent de participer à l'étude.

Les quatre médecins du corpus ne représentent pas l'exhaustivité de la population des médecins généralistes français : ils sont en nombre insuffisants, proviennent de deux régions et ont été recrutés à partir d'un même réseau. Cependant, si leur faible nombre ne permet pas de généraliser les résultats, ils présentent tous les quatre des rapports à l'abord des facteurs psychosociaux ainsi que des postures médicales très différents ce qui a permis d'observer une grande diversité de situations cliniques.

Le corpus ne nous a pas permis de définir un nombre égal de consultations pour chaque médecin, au risque d'avoir trop peu de données à analyser.

D'autres limites sont dues à la sélection des vidéos.

Nous soulignons que le nombre de vidéos sélectionnées n'a pas permis la saturation des données. Cependant, cet objectif est difficilement réalisable compte tenu de l'infini possibilités d'interactions entre médecins et patients, due à la singularité de chacun des protagonistes, mais aussi de leurs rencontres à un instant donné.

Dans les situations où c'est le médecin qui recherche une attribution psychosociale aux symptômes du patient, nous n'avons observé que des situations dans lesquelles celles-ci sont rejetées initialement ou au final par le patient, et aucune au sein desquelles le patient valide cette attribution d'emblée. Cette absence ne correspond pas à la pratique de la médecine générale. Il s'agit probablement d'un biais, soit lié au corpus de données, soit de sélection des vidéos.

Le corpus de données est constitué d'une large majorité de femmes : 89% versus 11% d'hommes. Bien que les situations de SMI soient retrouvées davantage chez les femmes que chez les hommes, (9)

nombreuses sont les situations de nos données n'étant pas des SMI. Cela est dû soit uniquement au corpus, dont c'est une des limites : il est constitué à 71% de femmes et 29% d'hommes, soit les femmes consultent davantage que les hommes au sujet de problématiques psychosociales, soit les médecins les interrogent davantage à ce sujet.

Biais d'évaluation

Je[68] connaissais personnellement deux des quatre médecins filmés. Etant consciente de la limite de mon objectivité en ce contexte, j'ai essayé d'être la plus neutre possible pour l'analyse de ces vidéos en particulier. Dans le journal de bord que j'ai tenu en parallèle de l'étude, j'y ai noté mes émotions fortes, qu'elles soient positives ou négatives lorsque je regardais les vidéos. Cela m'a permis de faire la part des choses entre ce que j'observais dans les vidéos et ce que j'espérais parfois y trouver. La triangulation des chercheurs a permis aussi de pallier cette limite possible d'objectivité.

10. Perspectives de recherche et pour la pédagogie

Cette étude bénéficierait de compléments :

- par d'autres matériel de recherche. Par exemple des entretiens avec les médecins et avec les patients afin de confirmer ou moduler les hypothèses émises sur leurs comportements et leurs perceptions des consultations et du comportement de l'autre.

-par un corpus de vidéos d'un nombre plus important de médecins, d'années de pratique différentes et pratiquant dans des zones urbaines, rurales, semi rurales afin de pouvoir observer des pratiques médicales plus variées face à l'abord des facteurs psychosociaux.

-par d'autres types d'approches méthodologiques, par exemple psychologique ou psychanalytique.

-par une autre étude s'attachant à repérer l'ensemble des indices que les patients offrent aux médecins lorsqu'ils ont un symptôme écran.

-un autre aspect de recherche intéressant, en sélectionnant les vidéos sur d'autres critères pourrait être l'étude de tous les moments des consultations se rapprochant de psychothérapies afin d'observer si les médecins généralistes ont des techniques particulières issues de leur savoir pratique clinique. Elles pourraient être comparées aux psychothérapies spécialisées.

[68] La thésarde.

Ce corpus de recherche, peut offrir un support pédagogique très illustratif de démarches médicales centrée sur le patient ou au contraire centrée sur la maladie, ainsi que de communications favorables ou défavorables à la relation de soin.

L'article de Haxaire et al permet de proposer :

-quelques heures d'enseignement tôt dans le cursus des études médicales soulignant l'importance des demandes du patient d'ordre psychosocial et l'apprentissage de quelques éléments pratiques de psychothérapie aux étudiants permettrait probablement de diminuer l'appréhension de certains futurs médecins à aborder la souffrance psychique des patients. En tant que médecin de premier recours, il doit pouvoir faire face à cette souffrance pour y répondre, dans les limites de ses compétences/

-la coordination entre médecin généraliste et professionnels du psychisme : psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes mériterait d'être améliorée afin de favoriser la collaboration de ces différents types de prises en charge, profondément complémentaires, ne se concurrençant en aucun cas.

CONCLUSION

Cette étude ayant porté sur 18 vidéos de consultations de médecine générale, sélectionnées à partir d'un corpus d'un total de 172, a permis d'observer un échantillon de rencontres authentiques dans lesquelles le patient ou le médecin attribuaient ou cherchaient à attribuer des symptômes physiques à des émotions et évènements de vie vécus.

Il arrive fréquemment que le patient ait déjà attribué ses symptômes à des émotions ou événements de vie ; il en parle soit au sein d'histoires qu'il raconte au médecin pour être écouté et soutenu, soit le lui transmet dans le but d'obtenir confirmation, par des formules prudentes et interrogatives. Les thématiques de ces attributions psychosociales sont ou globales : le stress, les préoccupations, ou spécifiques, allant d'événements récents des vies sociale, familiale ou professionnelle à des événements traumatiques vécus dans le passé. Le plus souvent, le médecin les confirme sans les expliquer davantage. D'autres fois il les module en proposant d'autres éléments causaux explicatifs, le symptôme n'est pas expliqué par une seule cause linéaire mais attribué à diverses possibilités ne s'excluant pas les unes les autres. Parfois, l'attribution psychosociale aux symptômes lui permet d'accéder à des maladies dont les patients n'auraient sans doute pas parlé autrement. Le médecin peut aussi s'en servir pour appuyer ses recommandations thérapeutiques.

Il existe aussi des symptômes écrans. Les patients cherchent à parler de problématiques psychosociales aux médecins mais leur présentent en priorité un ou des symptômes physiques. Les comportements chez le patient qui peuvent y faire penser sont l'expression d'une gêne dans leur discours et leur mimo-gestuelle mais aussi des incohérences et des paradoxes. Prêter attention aux mots précis des patients et à leur comportement non verbal est nécessaire pour comprendre leur demande prioritaire.

Les médecins répondent aux patients en fonction de leur propre sensibilité aux demandes émotionnelles. Bien que le nombre de médecins dans le corpus soit limité, il montre une grande hétérogénéité des pratiques allant d'une difficulté réelle à répondre à une demande de discussion psychique, à de véritables séances de psychothérapies. Le niveau d'explication psychosociale donnée aux patients dépend de cette sensibilité mais également de leur posture plus ou moins souple de sachant.

Les résistances aux attributions psychosociales aux symptômes ont lieu chez les patients comme chez les médecins. Elles sont déterminées par des facteurs à la fois personnels et interactionnels. Du côté des médecins elles se manifestent par une ignorance de certaines attributions et parfois le refuge d'un diagnostic biomédical de cause unique affirmé avec certitude. Une des hypothèses explicative issues de la littérature peut être une difficulté à faire face à la souffrance psychique, une autre issue du corpus est due aux représentations que les médecins ont de certains patients avec qui ils ont noué une relation particulière depuis longtemps. Du côté des patients, elles se manifestent par des diversions, l'absence de lien entre symptômes et émotions, les comblements de silences ou de l'agressivité. Elles peuvent être

dues à une représentation négative des maladies du psychisme ou à des mécanismes de défense liés à des sujets douloureux qu'ils ne souhaitent ou ne peuvent pas aborder.

Deux des patientes résistantes présentent des symptômes multiples, inexpliqués dont la situation est déjà très médicalisée et pour lesquels les médecins prescrivent à nouveau des examens complémentaires.

Les façons d'aborder les facteurs psychosociaux paraissant les plus optimales sont l'utilisation de questions ouvertes, interrogeant directement le ressenti des patients, questionner l'existence d'un stress sans le relier aux symptômes physiques, demander le moment du début des symptômes, tout cela associé à une attitude empathique, y compris dans le comportement non verbal, regardant le patient, tournée vers lui, voix calme.

Il existe aussi des manqués, des attributions importantes des patients restant en suspens du fait des contraintes structurelles de la consultation essentiellement. En cas de conflit, les médecins trouvent régulièrement des compromis afin de maintenir le lien relationnel, par exemple, respecter les mécanismes de défense des patients, ou accéder à des demandes d'examens complémentaires bien qu'ils ne les jugent pas nécessaires.

L'examen physique est une pierre angulaire de ces consultations, moment privilégié où le patient détendu peut parfois confier des problématiques, ou moment à utiliser pour légitimer les souffrances ressenties, ou questionner les facteurs psychosociaux. Cet examen physique est indispensable, en particulier avec les patients avec lesquels les situations relationnelles sont les plus difficiles ; dans ces cas, les facteurs psychosociaux sont à aborder lors de sa fin, afin d'éviter aux patients de se sentir suspectés de simuler leurs symptômes.

En conclusion, ces 18 vidéos soulignent la singularité des rencontres en médecine générale, entre un médecin et un patient ayant chacun leurs propres représentations de la maladie, des causes possibles, de soi en tant que personne et en tant que personnage d'un contexte social particulier (un médecin, un patient) et des rôles attendus de l'autre. Une réelle écoute et une grande adaptabilité du médecin aux patients et à leurs demandes permettent le plus souvent de dépasser les différends.

BIBLIOGRAPHIE

1. Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Armand Colin; 2005. 127 p.

2. Sarrandon-Eck A. Les représentations populaires de la maladie et de ses causes. Rev Prat Med Gen 2002;16 (566):358-63.

3. Abric J-C. Psychologie de la communication. Théories et méthodes. Armand Colin; 2016. 186 p.

4. M.C.Dedianne,P.Hauzanneau,J.Labarere ,A.Moreau. Relation médecin-malade en relation de soin primaire: qu'attendent les patients? Rev PratMed Gen 2003;17

5. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Pédagogie Médicale. août 2010;11(3):151-65.

6. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale.WONCA Europe 2002.

7. OMS. Principes de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'OMS: ses principes. 1946. Disponible sur: http://www.who.int/about/mission/fr/

8. Haxaire C, Genest P, Bail P. Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique. Presses de l'EHESP; 2015

9. Cathébras P. Troubles fonctionnels et somatisation: comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués. Elsevier Masson; 2006. 262 p.

10. Ranque B, Nardon O. Medically unexplained symptoms' care in internal medicine: A paradigm of doctor-patient relationship in situation of uncertainty. Rev Med Interne. juill 2017;38(7):458-66.

11. Weber J-C. Les somatisations en clinique non psychiatrique. Médecine Thérapeutique. 2017;23(4):229-37.

12. Arlington, VA Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5. American Psychiatric Publishing, 2013.

13. 10e Classification des Maladies. Disponible sur: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf

14. Lemogne C. Troubles somatoformes. RevPratMedGen 32 n°1001 Mai2018

15. Moreau A, et al. Symptômes biomédicalement inexpliqués, Intérêt de l'approche globale en médecine générale. La Revue du Praticien de Médecine Générale 2004 ; 18 : 292-295.

16. Le site des Expériences de Psychologie Sociale. Disponible sur: https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/

17. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition d' interaction. Disponible sur: http://www.cnrtl.fr/definition/interaction

18. Le Breton D. L'interactionnisme symbolique. PUF 2004, 249p

19. Béall-Hill C. L'analyse des interactions. I. L'approche interactionniste dans les sciences du langage. Université Paul Valéry Montpellier 3. Disponible en ligne sur http://asl.univ-montp3.fr/L308-

20. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. Relation médecin-malade. Avril 2017. Exercer.

21. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie Paris, Payot, 1966, 419p

22. Rogers, C. L'approche centrée sur la personne. Anthologie de textes présenté par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson. Edition Ambre, 2013, 544p

23. Danion PE, Moreau A. L'approche centrée autour du patient dans la prise en charge du diabète de type 2 en médecine générale. Exercer 2009;85

24. Dantzer R. L'illusion psychosomatique. Paris, Odile Jacob, 1989, 315p

25. Nielsen LA, Henriksson KG. Pathophysiological mechanisms in chronic musculoskeletal pain (fibromyalgia): the role of central and peripheral sensitization and pain disinhibition. Best Pract Res Clin Rheumatol. juin 2007;21(3):465-80.

26. Hotopf M, Wilson-Jones C, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalisations. Results from a national birth cohort study. Br J Psychiatry J Ment Sci. mars 2000;176:273-80.

27. Marty P. La psychosomatique de l'adulte. PUF Que sais-je ? 2014, 125p

28. Nakao M, Barsky AJ. Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. Biopsychosoc Med. 9 oct 2007;1:17.

29. Lee J, Wachholtz A, Choi K-H. A Review of the Korean Cultural Syndrome Hwa-Byung: Suggestions for Theory and Intervention. Asia Taepyongyang Sangdam Yongu. janv 2014;4(1):49.

30. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd. Armand Colin; 2016. 285 p.

31. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

32. Winkin Y. La Nouvelle Communication. Seuil; 1981. 391p

33. Maingueneau D. Les termes clés de l'analyse du discours. Seuil; 2009. 143p.

34. Le Moing L. Intérêt et faisabilité de la réalisation d'une base de données de consultations filmées de médecine générale pour la recherche. Thèse d'exercice de médecine. Université Paris Descartes ; 2011, 161p.

35. Sidnell J. Conversation Analysis: An Introduction. John Wiley & Sons; 2011. 361 p.

36. Hennebo N : Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Université de médecine Lille 2. 2009. Disponible en ligne sur : https://fr.scribd.com/document/255279430/guide-de-la-theorisation-ancree

37. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147.

38. Fornel M de, Léon J. L'analyse de conversation, de l'ethnomethodologie à la linguistique interactionnelle. Hist Épistémologie Lang. 2000;22(1):131-55.

39. Drew P, Chatwin J, Collins S. Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. Health Expect. 1 mars 2001;4(1):58-70.

40. Stivers T. Participating in decisions about treatment: overt parent pressure for antibiotic medication in pediatric encounters. Soc Sci Med. avr 2002;54(7):1111-30.

41. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 630 p.

42. Traverso.V. L'analyse des conversations. Domont : Armand Colin ; 2013, 128p

43. Haute Autorité de Santé. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Juin 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-

44. Goldberg D. Psychological disorders in general medical settings. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. janv 1996;31(1):1-2.

45. Athané F. La fatigue. Implications philosophiques. 2016. Disponible sur: http://www.implications-philosophiques.org/actualite/une/la-fatigue/

46. Orphanet. Porphyrie. Disponible sur: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=738

47. Société Française de Médecine Générale. Nommer le tableau clinique, positions diagnostiques. Disponible sur: http://www.sfmg.org/theorie_pratique/demarche_diagnostique/nommer_le_tableau_clinique/positions_diagnostiques.html

48. Weber JC. La consultation. PUF; 2017, 164p

49. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y, La consultation du généraliste en 2010. Pour une médecine centrée sur le patient. Médecine, 2010, 6(5), p 221-227.

50. Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. Br J Gen Pract. mars 2004;54(500):171-6.

51. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. Soc Sci Med. oct 2005;61(7):1505-15.

52. Moley-Massol I. Relation médecin-malade Enjeux, pièges et opportunités Situations pratiques. DaTeBe. 2007. 231p

53. Burbaum C et al. Medically unexplained symptoms as a threat to patients' identity? A conversation analysis of patients' reactions to psychosomatic attributions. Patient education and counseling, 2010, 79, p 207-217

54. Velluet. L. Le médecin de famille, un psy qui s'ignore. Paris : L'Harmattan ; 2005, 265p

55. Guir J. Le corps et sa mémoire. Psychosomatique et cancer. Point Hors Ligne. 1993. 159p

56. Nardon O. Symptômes médicalement inexpliqués: un projet thérapeutique personnalisé? 2012. 478 p.

57. Gill VT, Maynard DW. Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses. In: Heritage J, Maynard DW, éditeurs. Communication in Medical Care. Cambridge: Cambridge University Press; 2006 p. 115-50. 60.

58. Sarradon-Eck A., Comprendre la physiopathologie profane, Ethica Clinica, 2008, N°51 : 20-28.

ANNEXE 1 : ANALYSE CONVERSATIONNELLE : PREREQUIS

L'ensemble des définitions et informations ci-dessous proviennent de trois sources :

-L'ensemble de l'ouvrage : Sidnell J. Conversation Analysis: An Introduction. John Wiley & Sons; 2011. 361 p.
-Le lexique des termes utilisés en analyse de conversation, à la fin de l'ouvrage: Fornel M, Verdier M. Aux prises avec la douleur. Analyse conversationnelle des consultations d'analgésie. Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales; 2014. 347p.
-Du deuxième cours sur l'analyse des interactions, intitulé: II. L'analyse des interactions, du professeur universitaire en sciences du langage Christine Béall-Hill, à l'Université Paul Valéry Montpellier 3, disponible en ligne sur :
http://asl.univ-montp3.fr/L308-09/MCC5/E53SLMC1/cours/Analyse_interactions2.pdf

En analyse conversationnelle, la conversation est envisagée comme un processus dynamique se construisant pas à pas, de manière ordonnée, reposant sur une organisation complexe.

Il existe différents niveaux d'organisation de la conversation.

Tour de paroles :
Le premier niveau est le tour de paroles. C'est l'unité minimale de la conversation. Il s'agit du discours d'un locuteur jusqu'à ce qu'un autre locuteur prenne le tour suivant.

Paires adjacentes :
Un autre niveau réside dans l'organisation en paires adjacentes. Il s'agit d'une séquence de deux énoncés adjacents, produits par des locuteurs différents. L'action accomplie par le premier énoncé projette une action appropriée par le destinataire qui peut alors être étudiée pour savoir si l'action attendue a été réalisée ou éludée.
Les actions dans la conversation se présentent le plus souvent sous forme de paires adjacentes. Il s'agit par exemple du couple question-réponse, ou des échanges de salutations.

Séquence d'actions :
Un autre niveau est l'organisation séquentielle. A l'intérieur d'une séquence sont contenus des tours de paroles dont l'ensemble crée une action donnée. La conversation est organisée de plusieurs séquences d'actions successives. L'interprétation des énoncés dans la conversation dépend le plus souvent de leur placement au sein d'une séquence d'actions. Par exemple, l'énoncé « bonjour » est une salutation lorsqu'il ouvre une conversation, mais un retour de salutation s'il est énoncé en réponse à un premier « bonjour ».

Organisation globale de la conversation:

A un niveau plus macroscopique, on peut distinguer dans une conversation une organisation globale. Par exemple une conversation téléphonique contient des séquences d'ouverture et de clôture reproductibles, utilisant des paires adjacentes complexes.

Organisation thématique :

On peut considérer l'organisation non plus formelle de la conversation mais selon différents thèmes se succédant ou s'intriquant les uns aux autres.

Organisation des prises de tours de paroles:

La conversation progresse par les prises de tour successives des participants. Le transfert de tour est réalisé par un chevauchement minimum entre deux tours de paroles et l'absence de silence à la jointure, obéissant à des règles précises. Ces procédures permettent au détenteur du tour de choisir le prochain locuteur et parfois l'action qu'il doit effectuer.

Place transitionnelle pertinente (*transition relevance place)* :

Zone d'achèvement du tour de parole où le changement de locuteur peut s'opérer. Souvent, le locuteur en place émet des signaux indiquant qu'il va finir son tour ; l'interlocuteur peut ainsi organiser sa prise de tour en fonction de cette place transitionnelle pertinente. Des pauses dans le discours et des chevauchements de paroles ont lieu dans cette zone.

Chevauchement de paroles :

Prise de parole simultanée d'au moins deux locuteurs.

Système des préférences :

Selon le type d'action réalisé dans le tour de paroles du locuteur, certaines répliques seront préférées à d'autres lors du tour de l'interlocuteur. Par exemple, une question peut être formulée de telle manière qu'elle requiert préférentiellement une réponse de type « oui ». On parlera ainsi de **réponses préférées** ou de **réponses non préférées**. Les réponses préférées surviennent dès le début du tour de parole suivant. Au contraire les réponses non préférées sont repoussées soit à la fin du tour de parole, soit dans des tours de parole ultérieurs. Elles sont souvent précédées d'appréciations allégeant la négation de la réponse (par exemple : « c'est gentil de votre part mais ») ou d'hésitation et contiennent des explications ou justifications afin de donner la raison pour laquelle l'action n'est pas acceptée ou réalisée.

Réparation et autoréparation :

Organisation de la conversation permettant la gestion collaborative de ce qui perturbe la conversation : problèmes d'audition, de paroles ou de compréhension du fait d'hésitations, d'interruptions, de répétitions... L'autoréparation est mise en œuvre par le locuteur ; elle désigne en particulier les énoncés dans lesquels celui-ci se reprend soit parce qu'il hésite soit parce qu'il se corrige.

ANNEXE 2 : EXEMPLE DE TRANSCRIPTON

Vidéo D019 :

Contexte : Patiente de 30ans, consultant pour divers motifs : conseils sur le choix de sa mutuelle, question sur la nécessité de mise à jour de vaccins, renouvellement d'une pilule à but antiacnéique. Discussion autour de sa perte de poids volontaire.

Transcrite à partir de 9:47 à 11:17

Langage verbal	Accompagnement non et para verbal
m: et à votre avis, pourquoi vous avez perdu ?	en regardant p attentivement
p: j'pense que c'était aussi parce que j'étais prête à perdre !	parle très posément, peu fort. Ton rieur sur « prête à perdre » en faisant un geste du poing
	M continue à regarder p attentivement sans réaction
M: Nan mais c'est vrai hein !	débit rapide, petit sourire
m: donc vous étiez plus calme dans votre tête ou vous.. vous mangez moins quand même globalement, qu'est c'qui vous a fait perdre ?	ton sérieux, en regardant p
p: alors j'ai mangé moins, disons qu'j'ai surveillé les quantités, c'que j'mangeais, j'me suis rendu compte aussi des p'tits écarts qui pouvaient avoir lieu, le soir ou des choses comme ça.... Euh... j'pense que du coup c'était aussi dans un mouvement aussi de changement général, y a l'appartement qu'est v'nu avec, donc y a eu aussi une période de stress	ton posé, tape doucement sur la table avec l'index à chacune des réponses initiales M tape au clavier P fait un mouvement circulaire sur « changement » M hoche la tête juste après
m: humhum	
p: qui a aidé à moins manger...	
m: ah oui, dans c'sens là ?	ton surpris, toujours en tapant au clavier
p: aussi, nan mais après l'mouvement initial, c'est pas v'nu.. c'est v'nu vers la fin d'la période de perte de poids et puis...ben voilà	se gratte le bras Silence après « perte de poids »
m: d'accord.	
p: mais du coup j'ai l'impression de pouvoir maitriser un peu mon poids.. chose que j'avais pas l'impression enfin...	m tape toujours au clavier
m: d'accord. Le boulot ?	
p: ça va !	ton moins monocorde que précedemment et réponse rapide après la question
m: c'est p't'être ça aussi la grande différence !	en regardant p puis rit discrètement

Langage verbal	Accompagnement non et para verbal
p: ouais... oui, ça va beaucoup mieux que... oui.. c'est sur ! Nan c'est juste que là, au lieu d'être trois, j'suis...un !	dit « ouais » dans ses pensées puis semble se réveiller sur « oui » plus fort et déterminé, en changeant de position. Lève les yeux au ciel sur « mieux que... » A nouveau ton très posé ensuite, dit « 1 » sur un ton particulier
	m rit franchement P ferme les yeux en haussant les sourcils en souriant
m: oui ?!	
p:voilà ! 'fin j'suis encore 2 jusqu'à la s'maine prochaine, après j'pars en vacances moi et après j's'rai un.	appuie sur « un », semble conclure.
	m arrête de taper au clavier et regarde p, immobile, attendant comme une réaction de la part de p
p: jusqu'à c'qu'y en ait une qui r'vienne en octobre normalement... et jusqu'à c'qu'on ait un remplaçant	moue sur « remplaçant »
m: humhum. Bon.... on verra ça	hausse les yeux au ciel en tapant au clavier
Puis discussion sur possible mycose unguéale, examen physique. ***Transcription de 14:54 à 15:56***	
p: nan sinon, ah oui, vous savez, y avait mon pied, la tendinite ? Donc euh, j'ai plus mal	regarde m sur « la tendinite » M ne regarde pas p, tape au clavier
m: hum	
p: sauf dans mes anciennes baskets où j'ai l'impression d'	
m: attendez, vous aviez mal où déjà, j'm'en rappelle plus ?	m interrompt p Toujours en tapant au clavier
p: au pied gauche	
m: mais où ?	enchainement rapide de questions réponses sans silence M tape discrètement sur la table puis regarde p en attendant une réponse
p: ah pardon ! À la voûte plantaire	
m: d'accord. Oui vous m'disiez, pardon ?	hoche la tête positivement puis regarde rapidement p sur « vous m'disiez » qui, elle, ne la regarde pas
p: et j'ai une amie euh ostéo qui m'avait dit qu'c'était un problème de positionnement parce que la kiné m'avait dit de garder mon bandage et finalement en l'enlevant ça allait mieux	échange de regards, p s'assoit au fond de sa chaise.
m: oui j'm'en souviens de ça	chevauchement de paroles M hoche la tête sur « j'me souviens d'ça »

Langage verbal	Accompagnement non et para verbal
p:et donc là en fait bon, j'ai pas r'mis euh des talons euh vertigineux hein	débit lent Appuie sur « vertigineux »
m: hum	
p: au pire c'est 3 cm euh... et ça va beaucoup mieux. Y a des fois j'me d'mande si c'est pas quand j'suis stressée ça...tape un peu.	P mime « 3cm » m regarde p plusieurs fois semblant attendre ce qu'elle va dire P fait un mouvement avec le poing sur « ça »
	m frappe le poing sur le bureau discrètement en regardant p silencieusement
m: bah on va attendre qu'vous ayez perdu encore un peu d'poids !	ton un peu souriant
	p rit doucement en regardant m, semblant surprise
m: ça va p't'être se stabiliser	
p: à cause du poids ou du stress ?	en tournant la tête, l'air interrogatif
m: ben un peu les 2, un peu d'tout !	m se repositionne longuement sur sa chaise
p: un peu les 2 ouais ?	en marmonnant, quasi inaudible
m: et avec 5 kilos d'moins, ça peut aussi jouer hein	m s'asseoit au fond de sa chaise en laissant tomber ses lunettes sur le bureau
p: ouais ça peut jouer. Ben déjà sur les g'noux, j'pense que ça va aider	ton très bas
m: hum	
p: euh... voilà	
Puis p explique qu'elle fait attention au positionnement de ses pieds, m propose à nouveau le recours au podologue. Puis p parle à nouveau de son choix de mutuelle, m lui fait remarquer que l' « on peut pas tout maitriser dans la vie » ce qui semble résonner chez p.	

ANNEXE 3 : EXEMPLE D'ANALYSE CONVERSATIONNELLE, PREMIÈRE VERSION

Les éléments en bleu sont interprétatifs et hypothétiques. Seuls certains résultats ont été finalement retenus pour la présentation finale des résultats et la discussion, en fonction de l'ensemble des résultats du corpus et de la construction de la discussion.

A035

Contexte : Patiente de 50 ans venant de se faire opérer d'une compression du nerf ulnaire au coude gauche, en cours de rééducation, demandant au médecin un certificat afin d'ouvrir une demande de reconnaissance en maladie professionnelle (après un premier refus). Longue discussion car le médecin pense ne pas avoir toutes les informations nécessaires pour cela. Après appel d'un médecin conseil, il rédige ce qu'il peut. La patiente semble satisfaite.
Transcrite de 30,42 à 31,39 puis de 35,26 à 37,28.

Langage verbal	Accompagnement non et para verbal	Analyse de discours	Mémos
m: alors, sinon, qu'est c'qu'y a d'autre pour vous?	en regardant les papiers posés devant p sur le bureau	-phrase d'entrée dans l'interrogatoire médical: ouverture de séquence? -question ouverte, peu précise par l'emploi du terme "autre", non médical -"autre" fait aussi référence aux motifs venant d'être abordés précédemment	
p: ben sinon après c'était la visiteeeeeuuuh..	en regardant les papiers puis l'ordinateur, pas de contact visuel entre p et m	-réponse non préférée, hésitation -motif de consultation peu précis	question ouverte sur d'autres potentiels motifs de consultation entraine réponse vague et hésitante
m: d'accord.. Alors, qu'est ce qu'on avait.. Ça, vous aviez fait ça…	en regardant l'ordinateur, d'un ton bas	-m interrompt p -"d'accord" exprime concisément la compréhension -ton bas + regard tourné vers ordi = phrase destinée à lui-même -"qu'est ce qu'on avait" phrase interrogative peu précise -"on" collectif vs "vous" individuel	-En interrompant p et utilisant "d'accord", m semble signifier qu'il comprend rapidement son motif de consultation, pourtant vague. -m cherche à se remémorer la situation médicale globale de p "qu'est ce qu'on avait" grâce aux infos consignées ds l'ordinateur -place de l'ordinateur: avantage ici: se remémorer rapidement, (-: est ce un frein à l'interaction? à regarder à d'autres moments et ds d'autres videos)
p: générale..	chevauchement de paroles mot expiré, ton un peu las	-chevauchement de paroles -"générale" vient renforcer le caractère vague du motif de consultation	

m: ça.. Ça c'était bon, ça c'était bon… Alors, le gynéco, vous l'aviez vu ou pas finalement?	en regardant l'ordinateur	-1e phrase destinée à lui-même -répétition de "ça c'était bon" en regardant l'ordi: procédure de vérification -"bon": exprimant "bien fait" -"finalement": finalité actuelle de qq chose évoqué précédemment	-procédures de vérification de bonne prise en charge de p grâce aux infos consignées ds l'ordi, pour lui même sans expliquer sa démarche à p. -la vérification permet de s'informer sur l'actualité des choses restant à faire, consignées dans l'ordinateur (consulter un gynécologue)
p: alors, nous avons rendez vous le 25 mai	distinctement, ébauche un sourire à la fin en regardant m	-réponse indirecte positive par annonce du rendez vous futur, date précise -la prononciation distincte + la recherche du regard de m + l'ébauche de sourire peuvent faire penser qu'elle est contente de cette réponse positive	-p semble contente d'annoncer qu'elle a pris le rendez vous dont m lui avait parlé lors d'une consultation précédente
m: alors, le 25mai	d'un ton bas en tapant énergiquement au clavier, sans regarder p	-répétition de l'expression exacte de p par m -ton bas + tape à l'ordi = destiné à lui-même -p arrête de sourire lorsque regarde m qui lui, est concentré sur son clavier	-échec de la recherche d'interaction visuelle voulue par p (car m concentré à consigner info nouvelle sur l'ordi) et absence d'interaction verbale car m parle pour lui même -cet échec semble rendre p insatisfaite (arrête de sourire)
p: la semaine prochaine	sans regarder m	nouvelle formulation de la date du rendez vous, moins précise mais plus visualisable	

m: d'accord… d'accord. Allez! défaites vous un p'tit peu, qu'on r'garde un peu. Bon sinon, il n'y a pas de troubles particuliers à signaler? Pas de choses particulières?	m énergique, débit rapide, impulsion vocale et geste de recul mains sur la table au moment de « Allez ! » p se lève après "défaites vous" puis m en demandant "bon sinon…" sans regarder p. ton plus aigu sur « particu[lières] » p passe hors champ caméra m attend debout les mains sur les hanches	-"d'accord" exprime concisément que l'information est reçue -usage d'impératifs "allez, défaites vous" pour engager l'examen physique et de "regarder" verbe relatif à un seul aspect de l'examen physique (l'inspection) -"un peu" annonce le peu de temps (ou d'importance) à accorder à l'examen physique -"invitation" à exposer des symptômes -par 2 questions fermées négatives, orientées -pose cette question immédiatement après avoir invité à l'examen physique -mots imprécis, non médicaux pour symptôme "trouble, chose"	-m interagit finalement verbalement avec p mais concisément: lui signifie qu'il a reçu l'information, sans la commenter. -impression globale d'empressement -m pose une question qui pourrait être une invitation pour p à exposer des symptômes mais à la fois par le choix de l'utilisation de questions négatives, son ton énergique et débit rapide et le moment où il les pose (début de l'examen physique), incite p à ne pas répondre positivement et à ne pas s'étendre longuement. -choix de "trouble, chose" ouvre cependant à une réponse non médicale pure.
P: eeuuuhh… j'ai des problèmes de..sommeil		-hésitation, réponse non préférée - terme général: "problèmes de sommeil"	les procédures de m visant à fermer le discours entrainent hésitation mais tout de même expression de la plainte par p, d'ordre médical
m: oui		affirmation concise	régulateur
p: je dors très très mal et j'ai un sommeil très.. Très mouvementé on va dire	P appuie sur « mouvementé »	-précision de l'intensité du symptôme par "très très" et de son type par un terme plus précis "sommeil mouvementé" -choix de "très mouvementé" marqué par l'hésitation avant de le prononcer et l'ajout de "on va dire"	

m: allez y, allongez vous	On entend p s'allonger	-injonction, mode impératif, permettant l'EP	-m ne répond pas à p concernant ses troubles du sommeil (car?) se concentre sur l'examen physique -soit m utilise consciemment l'EP pour interrompre le développement de la plainte, soit l'EP vient l'interrompre par temporalité, contrainte organisationnelle dans la consultation
p: l'intestin va mieux avec le Débridat®	m passe hors champ caméra ton plus aigu sur « Débri[dat]® »	-p abandonne les tr du sommeil et fait référence à des tr digestifs semblant déjà connus du médecin, améliorés grâce à un médicament -p utilise l'organe touché "intestin" pour parler de ses symptômes	-hp: est-ce le simple fait de s'allonger qui rappelle à p ses troubles digestifs (la palpation abdominale n'a pas encore eu lieu)? --> ds ce cas: la patiente elle-même mettrait de côté sa plainte initiale au profit d'une information semblant découler de l'examen physique à cet instant précis -autre hp: les troubles digestifs sont une plainte plus organique que les troubles du sommeil, d'où peut être dans l'esprit de p, plus à même d'être entendus, compris, pris en charge par m? Hp renforcée par le terme choisi "intestin", organique, pour exprimer son symptôme et accrocher m. En ce sens, ce sptm serait offert à m pour maintenir ou créer du lien. Hp renforcée par l'expression de l'amélioration de ce symptôme grâce au ttt que m avait proposé.
m: oui, ça, ça va à peu près comme ça, ça s'équilibre avec ça?	Débit rapide En examinant les jambes de p	-confirmation interrogative	-m cette fois ci répond au symptôme: rebondit plus facilement sur les troubles digestifs que sur les troubles du sommeil, malgré

			l'examen physique qu'il est en train de mener
p: oui			
	temps assez long silencieux à examiner les jambes de p		
m: ça c'est bon	marmonné		
m: c'est bien aussi	marmonné		
m: [*inaudible*]			
p: en c'moment il est un peu euh..	voix basse		
m: va falloir qu'vous fassiez attention. A cette saison.	ton plus aigu sur "atten[tion]" et "sai[son]"		
p: oui?			
m: parce que là; c'est l'début des..des choses qu'on mange à ennui hein!	voix enfantine sur "des choses qu'on mange à ennui" on entend la percussion abdominale		
p: les *[inaudible*] vous voulez dire?	débit rapide		
m: à savoir les crudités, le melon…	chevauchement de paroles		
p: ah oui!	chevauchement de paroles		
m: et toutes ces trucs là hein, va falloir vous méfiez hein d'ça! Les fruits à peau, les choses comme ça, tout ça, va falloir faire attention, parce que là c'est vrai qu'il est pas mal hein	on entend la percussion abdominale		
p: hum; là depuis..3 jours, il est un peu euh…pourtant j'ai rien mangé en fruits euh..	voix basse, plus dynamique sur "pourtant"		
m: humhum, c'est vrai qu'il est bien là			

Poursuite de l'examen physique, puis reprise de l'ordonnance. *Transcripion de 35,26 à 37,28*			
m: fluoxetine vous l'avez toujours?	en regardant l'ordinateur		
p: oui	distinctement, ton grave	oui grave	le ton de la réponse semble indiquer que p est mécontente/génée/triste?de prendre un antidépresseur. Stigmate?
m: Lyrica®? Ca, vous avez pu l'arrêter non?	m regarde p après "Lyrica®"	question orientée	m déroule la liste des médicaments de p pour savoir si doit les reconduire ou non
p: ça j'le prends pas		confirmation	
m: vous l'prenez pas? Oui c'est c'que j'allais dire	regarde à nouveau l'ordinateur débit rapide	question répétition	
p: non	chevauchement de paroles	confirmation	
m: maintenant qu'surtout.. Maint'nant qu'vous avez été opérée, on peut l'enlever hein	débit rapide		justification médicale du retrait du Lyrica®
p: ou..	chevauchement de paroles, "oui" incomplet		le débit rapide de m et le peu de pauses dans son discours laissent peu de place à la parole de p: soit réponses courtes, soit réponse incomplète car interrompue
m: super, c'est très bien, ça fait ça d'moins! Débridat®, ça par contre faut pas l'arrêter	p lève le menton après "ça d'moins" comme si écoutait plus attentivement	-formules de contentement enthousiaste "super" "c'est très bien" -"par contre": entraine opposition entre antispasmodique et antisouleurneuropathique -"faut pas" injonction	-question orientée (23) + justification médicale + formules de contentement : m cherche à retirer certains médicaments: l'antidouleur neuropathique -En revanche, l'antispasmodique est à poursuivre impérativement (injonction).
p: je continue ça, par contre		confirmation répétition "par contre"	plusieurs confirmations successives de p: m et p en accord sur le

			médicament à poursuivre et celui à stopper
m: ouais, vous l'continuez ça, impératif	toujours sans se regarder	confirmation injonction "impératif"	
p: hum	presque inaudible		
m: Lexomil® vous l'prenez?	m regarde l'ordinateur parle plus fort que précédemment	-question concise -hausse de ton	La hausse de ton et la concision de la question, allant droit au but est presque teintée de reproche, comme si possédait déjà la réponse.
p: euh.. j'le prends pour essayer de dormir un peu	petits hochements de tête, ferme les paupières ton affecté	-réponse préférée: hésitation, réponse sur le but de la prise -réintroduction indirecte d'un symptôme évoqué plus tôt -"essayer": incertitude de dormir; "un peu" incertitude de dormir suffisamment	Ne répond pas "oui" comme le voudrait la question mais tt de suite sur l'objectif de la prise . Réponse sous tendant que les troubles du sommeil sont importants puisque même le Lexomil® vise à "essayer" de dormir, et "qu'un peu". Ton affecté. = p parait justifier la prise d'anxiolytique en réponse à une question teintée indirectement de reproche. On peut aussi penser que p trouve là l'occasion (la rédaction de l'ordonnance) de revenir sur une plainte évoquée plus haut à laquelle elle n'a pas obtenu réponse.
m: hum	interrogatif, en regardant l'ordinateur	interjection interrogative	L'interjection interrogative se substitue à une question ouverte qui pourrait permettre à p de développer sa plainte. Moyen indirect d'empêcher le développement.

p: hum	ton un peu fataliste	interjection confirmative	En réponse, p ne développe pas mais répond elle aussi par une interjection affectée. La fermeture du discours instaurée par m fonctionne. Le ton du "hum" peut être interprété de diverses façons: affectée de devoir prendre des anxiolytiques, culpabilité face au ton de reproche global de m, affectée que m cherche à stopper son discours.
m: essayez d'pas l'prendre tous les jours hein!	débit rapide ton autoritaire en regardant fixement l'ordinateur	-recommandation médicale adoucie par le verbe "essayer" -aborde la fréquence de la prise, quotidienne	L'abord de la fréquence de la prise alors que p n'en a pas parlé, le débit de la phrase et le ton employé, l'absence de contact visuel semblent indiquer que m pense que p consomme trop d'anxiolytiques et que c'est mal!
p: oui	chevauchement de paroles presque inaudible	chevauchement de paroles	p n'a pas le temps de répondre
m: Quand vous voyez vraiment qu'vous allez pas dormir, hein?! Mais moins vous en prendrez, mieux c'est hein!	débit rapide m regarde p en souriant et en ayant de petits mouvements sur son siège sur "vraiment que vous allez pas dormir" puis regarde à nouveau l'ordinateur	-recommandation sur la situation dans laquelle prendre le médicament: en situation extrême "vraiment" -exclamation injonctive généralisante "moins vous en prendrez, mieux c'est" -visant à réduire au maximum les prises -méthodes adoucissantes: mode interrogatif "hein?!", sourire en parlant	Idem à 37 cette fois en abordant les situations devant faire prendre l'anxiolytique et les recommandations générales visant à en prendre le moins possible. Impression générale de reproche aimable: reproche par les injonctions, le ton et débit, "vraiment", les mouvements du corps; aimable par le sourire, le contact visuel (bien que rapide), l'interrogation "hein?". M ferme à nouveau le développement de la plainte par des recommandations médicales injonctives basées sur un à priori de

			surconsommation d'anxiolytiques par p.
p: j'prends que… oui, j'me doute oui.. J'en prends qu'un demi hein, j'en prends pas plus.	chevauchement des paroles ton bas sur "oui j'me doute oui" puis plus fort	-précision de la quantité prise en accentuant la faible posologie "qu'un demi" "pas plus"	Le ton bas sur "oui, j'me doute oui" puis le ton plus haut et l'accentuation sur la faible quantité prise de médicaments donnent l'impression que p se justifie, se sent prise en faute. Reproche aimable / injonctions médicales entrainent explicitation, justification.
m: oui, oui, mais même un demi hein, moins vous en prendrez, mieux ça sera hein!	en regardant p, en souriant, d'un ton déterminé	-répétition de l'exclamation injonctive précédente de manière appuyée -"même un demi": toujours trop	Les tentatives de justification / explications de p n'ont pas l'effet de la voir excuser mais au contraire, d'accentuer l'injonction précédente (ton et "même un demi"): même à faible posologie, c'est toujours trop. M poursuit son reproche; l'*a priori* initial qu'en consomme trop n'était pas modifiable malgré de nouvelles informations.
p: humhum	ébauche de sourire de p hoche positivement la tête	interjection	Le double reproche de m ferme le discours de p.

m:parce que c'est une cochonnerie c'truc là; c'est bien mais ça rend vite dépendant hein! Donc ça hop..	en regardant l'ordinateur, ton déterminé	-"parce que": explication, justification -"cochonnerie", "c'truc": familier, non médical -"c'est bien mais": ambivalence du médicament	M explique sa volonté de diminuer coûte que coûte les anxiolytiques par un argument médical très général − sans prendre en compte p − : peuvent entrainer une dépendance. Renforce son propos en soulignant la nocivité des anxiolytiques par un terme familier: "cochonnerie". La diabolisation des anxiolytiques et la formule contrastée "c'est bien mais" souligne aussi le malaise à les prescrire: médicaments qu'il perçoit nocifs mais qu'il prescrit tout de même, paradoxe.
p: sinon pour dormir, y a ..autre chose?	en regardant le bureau	-interrogation sur une alternative "sinon" "autre chose" thérapeutique aux troubles du sommeil -"autre chose" terme vague -"pour dormir": réexprime le problème initial	P prend en compte les remarques précédentes de m, sa volonté de diminuer le Lexomil® et interroge sur une alternative thérapeutique. On remarque que cela vient de p et non de m.
m: bah, nan, vous avez bien assez avec ça! On va pas vous en rajouter d'autres hein!	ton autoritaire, en regardant p en souriant et hochant la tête négativement à la fin de la phrase inspire bruyamment	-double négation: verbale "nan" + physique: hochement horizontal de tête -le ton + double négation + l'inspiration bruyante:l'agacement	"autre chose" terme vague est perçu par m comme: un médicament supplémentaire: 2 interprétations possibles: confirme l' à priori négatif sur la supposée consommation excessive de médicaments de p / concentré sur le fait de diminuer coûte que coûte les médicaments. Agacement de m
p: nan nan, mais j'veux dire en supprimant celui-ci et remplacer par…	"nan nan" fort en regardant m	-"nan nan" négation signalant l'incompréhension -"mais j'veux dire" + regard vers m: volonté de clarifier	Malentendu. P explique à m son propos précédent mal compris: ne veut pas de nouveau médicament mais une alternative thérapeutique. Mécanismes du malentendu: terme

			vague et à priori de p sur / malaise à la prescripion d'anxiolytiques.
m: ah! Ben sinon, on peut remplacer par des plantes ou des choses comme ça. Mais est ce que ce sera suffisant, j'en sais rien.	m interrompt p "ah" surpris" en regardant l'ordinateur	-m interrompt p -"ben sinon": alternative -répète le "remplacer" de p -"choses comme ça": terme vague -interrogation générale à laquelle m répond lui même -"j'en sais rien": incertitude	-M comprenant rapidement la méprise, interrompt l'explication de p; sous le coup de la surprise, répond directement à ce que p suggérait (utilise le même mot qu'elle: "remplacer") une alternative thérapeutique. Puis la dévalorise, se rendant compte qu'il est peu probable qu'elle fonctionne: par 1)l'expression vague suivant immédiatement "des choses comme ça": les plantes ne semblent pas être LA solution 2)interrogation générale sur son efficacité, n'attendant pas réponse de p, 3)sa propre réponse exprimant l'incertitude "j'en sais rien". On entend plutôt "je crois pas". -Le format de question renforce le sentiment que m ne prend pas en compte ce que p a à exprimer.
p: oui	oui triste		Réponse concice et air triste ou fataliste devant l'absence d'alternative thérapeutique satisfaisante et le peu de place laissé à p.

m: vous avez l'impression que vous êtes agitée par, parce que quoi? Parce que vous êtes angoissée, parce que vous êtes énervée ou vous savez pas pourquoi tout simplement euh?	en regardant p débit rapide, pas de pause entre les différentes propositions moue enfantine sur "ou vous savez pas pourquoi"	-questionnement sur la cause des troubles du sommeil -sommeil "mouvementé" de p devient "agité" pour m -1e question ouverte puis 2e à choix multiples, sans pause entre les 2 -proposition d'explications de moins en moins graves et médicales: angoisse > énervement > ne pas savoir (avec moue relativisante) -propose de ne pas savoir!!	-M questionne p sur sa propre explication à ses troubles du sommeil. Pourquoi finit-il par poser la question que l'on attendait et qui tardait à venir? 1)maintenir le lien avec p (reprend d'ailleurs son idée de sommeil "mouvementé" qu'il change en "agité" lui signifiant (maladroitement) qu'il l'a écoutée? 2) car est dans l'impasse thérapeutique (veut arrêter les anxiolytiques mais pense que la phytothérapie ne fonctionnera pas -La 1e question ouverte laissant à p la possibilité de s'exprimer est immédiatement suivie d'une autre 1) à choix multiples 2) proposant des causes de moins en moins graves (angoisse>énervement) 3) finissant par proposer / suggérer l'absence d'explication "ou vous savez pas pourquoi?" avec une moue relativisante = vise à limiter les explications possibles et même à ne pas en avoir du tout. p pose des questions que son rôle de médecin lui impose auxquelles ça l'arrangerait beaucoup de ne pas obtenir de réponse. Une des explications est la contrainte temporelle: déja plus de 35minutes écoulées.
p: ben j'fais des cauchemars..	en fermant rapidement les yeux	-"ben" réponse non préférée	Malgré la question à choix multiples, p répond autrement, soulignant l'importance pour elle de signifier

			cette autre cause à m, l'importance des cauchemars.
m: vous faites des cauchemars, ouais hmm	chevauchement de paroles m tourne son regard vers l'ordinateur à la fin de sa phrase	répétition des propos de p	En répétant ce que vient de dire p, m signifie (volontairement ou non) à m qu'il l'a entendue.
p: j'fais des rêves, j'fais..	en regardant m	chevauchement de paroles -cauchemars >rêves -m interrompt p	Plusieurs mots sur le même thème, p essaie de développer son symptôme
m: sinon, vous pouvez essayer, on peut...	chevauchement des paroles	-essayer: essai, incertitude d'efficacité	mais m interrompt p immédiatement en proposant un essai thérapeutique
p: j'ai mon fils…		chevauchement de paroles	p essaie de parler de son fils. Les raisons resteront inconnues.
m: essayer l'Tranquital® hein, vous pouvez essayer voir hein…	toujours en regardant l'ordinateur	- 3e emploi de "essayer": renforce l'incertitude d'efficacité -"Tranquital" nom commercial phytothérapie	-propose sous un nom commercial, les "plantes" qu'il indiquait plus haut et dont il doutait de l'efficacité; ici encore la répétition d'"essayer" souligne cette incertitude; m ne croit pas à ce qu'il propose. -Avec cette interruption puis ces chevauchements de paroles, impression de 2 discours indépendants: p essaie de développer sa plainte, d'apporter peut être des évènements nouveaux (son fils), m abandonne cette recherche d'explication et propose à nouveau une thérapeutique. La question initiale sur les causes des troubles du sommeil venant de m, on s'attendrait à ce que celui ci rebondisse sur les propos de p, ou au moins fasse répéter: "vous alliez dire sur votre fils?", mais choisit de faire comme si

			n'avait pas entendu. Ne propose pas non plus un autre rdv sachant que 35min sont déja passées. Confirme l'impression précédente que m fait le job mais pb pr écouter la réponse. Pb de temps et?? sent il ses compétences dépassées?
p: Tranquital®, j'ai déjà essayé		-phrase déclarative -"déjà essayé": utilisation passée	P répond de manière neutre à p: sa proposition thérapeutique n'est pas une nouveauté.
m: et alors, ça donne quelque chose? Parce que...	débit rapide, regarde p	-question suggestion -"parce que" suit immédiatement la question: tente d'apporter un argument	Alors que précédemment, doutait de l'efficacité de la phytothérapie, ici pose une question oreintée positivement au sujet de son efficacité. Semble que m serait arrangé si p lui disait que le médicament avait été efficace, dans ce cas: peu importe les causes aux troubles du sommeil, le problème serait réglé. thérapeutique > explications du sptm
p: nan.	chevauchement de paroles "nan" déterminé et en hochant la tête négativement	-double négation verbale et physique, avec ton affirmé -p interrompt m	Par les mots, les mouvements, le ton et l'interruption inhabituelle de m par p, p insiste sur l'inefficacité de la thérapeutique proposée et son rejet.

m: comme c'est du magnésium avec; non?	chevauchement des paroles débit rapide	-"magnésium": technique, médical -"non" interrogatif	Suite de la question suggestion avec argument technique sur la composition du médicament visant à influencer positivement la réponse de p. Le "non" interogatif intervient en réponse à la négation appuyée de p.
p: nan	déterminé, et en hochant la tête négativement	répétition de la double négation verbale et physique, avec ton affirmé	Répétition de la négation appuyée.
m: ça vous fait rien. Alors faut garder ça, y a rien de...Nan. Mais essayez d'en prendre qu'1/4 et pas tous les soirs.	en regardant l'ordinateur	-constatation "ça vous fait rien"; "rien" inefficacité totale -"alors faut garder ça": conclusion pratique -"faut garder": falloir + infinitif : s'impose comme nécessaire ; non discutable -"ya rien de … nan": phrase inachevée, considère que plus d'explication serait inutile -"qu'1/4 et pas tous les soirs": modération, le moins possible	P ayant répété la négation, m la prend en compte, la résume en "ça vous fait rien", se voit obligé d'abandonner son idée du Tranquital®. Prend alors une décision qui semble s'imposer (verbe falloir, inachèvement de l'argumentation qu'il commence): garder le Lexomil® mais le moins possible: solution intermédiaire entre le retirer: impossible car pas de solution visible pour le remplacer et le maintenir tel quel: ce qui lui pose problème. Pas d'alternative au médicament.
p: humhum	Regard dans le vide. Puis hausse les sourcils longtemps. M regardant son ordinateur ne la voit pas.	-"humhum" + hausse des sourcils = dubitative, insatisfaction	Devant la fermeture de m et son absence de solution à la demande de p (alternative au Lexomil®), p semble peu convaincue, abandonne l'idée de parler à nouveau de ses troubles du sommeil et de leurs causes potentielles, ne peut qu'accepter évasivement "humhum" la proposition de m et exprimer sa perplexité par un comportement non

			verbal que m ne perçoit pas, ne la regardant pas.
m: voilà, hop, d'accord… ça c'est bon.	sur l'ordinateur	-"voilà" adverbe conclusif -"hop" interjection enthousiaste -"d'accord...": approbation -"ça c'est bon": tache accomplie, satisfaisante	M ne percevant pas (ne voulant pas percevoir?) la perplexité de p, exprime sa satisfaction d'une tâche accomplie, conclue. Impression globale qu'il est surtout content d'en finir, et non d'avoir trouver une solution.
m: vous faites du sport?	prononcé fort	-interrogation	Alors que m a conclu, il réouvre le discours en interrogeant p sur ses activités extra professionnelles: sport. Dans le but dune solution aux troubles du sommeil?
p: … nan	Après un silence. "nan" un peu ironique M la regarde en attendant sa réponse.	-négation -ton ironique + silence avant de répondre = pensées négatives contenues	P exprime son insatisfaction par son attitude non verbale; a l'air de penser que la question de m est inadaptée ou inutile, en tout cas, à ce moment de la conversation.
m: c'est ça qu'faudrait faire hein?!	en souriant tape le poing gauche sur la table après la phrase	-falloir: verbe autoritaire + mouvement du poing sur la table détérminé adoucis par l'usage du conditionnel et le sourire	M suggère à p, de manière autoritaire (falloir, poing sur la table) et adoucie (conditionnel, sourire) que le sport serait une solution idéale.

ANNEXE 4 : EXEMPLE D'ANALYSE LONGITUDINALE, VERSION REDIGEE

Nous exposons ici une analyse rédigée d'une vidéo du corpus après avoir préalablement codé le contenu des verbatims et avoir utilisé l'analyse conversationnelle sur ce premier fichier. L'analyse est présentée dans sa version brute sans modification, hormis le prénom de la patiente qui a été changé. Les éléments en bleu ne sont que remarques et idées pour la présentation finale des résultats et contenu de la discussion, établies avant d'avoir analysé l'ensemble du corpus de vidéos. Seules certaines ont été finalement retenues, en fonction de l'ensemble des résultats et de la construction de la discussion.

B009
Eléments d'intérêt / Synthèse
-le langage imagé de la patiente, qui, sans présager de la « cause » de la fatigue, interpelle sur le sens qu'elle revêt pour elle.
-la patiente dit clairement qu'elle ne sait pas ce qu'elle a mais sans le demander directement au médecin.
-le médecin exprime clairement de pas avoir d'explication à cette fatigue
-M donne l'impression de penser que c'est le moral de la patiente qui pêche, le cherche mais devant la résistance de la patiente, ne l'exprime pas.
-Le médecin est empathique, très à l'écoute mais très passive, n'élabore et n'interprète aucun dire de la patiente.
-La fatigue reste inexpliquée, le médecin agissant finalement biomédicalement

Types de symptômes :
-fatigue
-douleurs diffuses, douleurs osseuses : *p : j'en ai mal partout, à l'intérieur des os et tout*
-hyporexie : *p: et je redors oui. Mais j'ai, en même temps j'ai mal partout, j'ai, j'ai perdu l'appétit*
-hypersomnie *: p: là, quand je me lève, 1h après faudrait que je redorme, et je redors !*
p: je ferais que dormir.. j'ai passé des WE.. un WE, un WE je crois sur 48h, oh j'ai dû faire plus de 24h de sommeil
-lourdeur des épaules *: « p: comme là, j'ai .. comment vous expliquer.. une lourdeur(en* croisant les bras sur ses épaules et en les pressant)
-troubles anxieux matinaux : *p: j'ai eu du mal à suivre.. heureusement que l'après midi, l'après midi, c'est moins stressant que le matin mais j'y arrive plus*
-frilosité : *« je commence à avoir froid »*
-lipothymie ? *« j'ai l'impression que… je vais tomber ; que j'ai plus rien qui me tient quoi »*

Caractéristiques des symptômes :
-la patiente **répète** ses plaintes tout au long de la consultation :
P : j'en ai mal partout, à l'intérieur des os et tout, très fatiguée.
Puis : *p: et je redors oui. Mais j'ai, en même temps j'ai mal partout, j'ai.., j'ai perdu l'appétit*
Puis *: p: ou alors soit je dormais pas de peur d'être obligée de me lever.. mais, je suis fatiguée, je.. je reste des jours sans manger, mais parce que j'ai même pas eu besoin, j'ouvre le frigo mais ça me, je le referme, ça me dit rien*
Puis *: p: mais là je suis fatiguée. Mais même la semaine dernière, je me levais, vers 7-8h, je déjeunais tout ça, je faisais ce que j'avais à..2h après je revenais au lit, y avait des jours, je me réveillais à midi pour aller travailler hein !*
-les symptômes sont **intenses** *: p: nan mais je suis..... épuisée*
-**chroniques** *: m: d'accord. Parce que vous étiez déjà venue en mars pour ça, parce que vous étiez fatiguée.*
-**permanents** *:*

m: oui, depuis ? Depuis là, le mois de mars, y a un moment où vous étiez bien ou non ?
p: nan ! Pas du tout
-ayant déjà donné lieu à une consultation et à des **examens complémentaires** : m*: d'accord. Parce que vous étiez déjà venue en mars pour ça, parce que vous étiez fatiguée. On avait fait une prise de sang.*
-ont été remarqués par l'entourage *: p: même les gens ils me le disaient, ils me disaient « t'as une tête ! »*
-***a*mélioration récente d'une situation mauvaise** : (contraire A069 et D002)
m: oui. Vous auriez envie de.. d'aller voir du monde, d'avoir d'autres activités, de.. ?
p: ah oui oui, ça oui
m: oui
p: maintenant je sors quand même, je sors un peu plus qu'avant,
(verbatims sommeil aussi et moral si nécessaire)

Retentissement des symptômes : (discours, représentations de p)
-sur le travail : *p : « très fatiguée... j'ai, j'ai du mal à travailler »*
-la fatigue est en elle-même responsable d'autres symptômes, d'autres douleurs :
P : « très fatiguée... j'ai, j'ai du mal à travailler, j'en ai mal partout, à l'intérieur des os et tout, très fatiguée »
-la fatigue entraine ou est liée à des sensations de lipothymies :
p: c'est cette fatigue que j'ai dessus qui me gène
m: oui
p: qui me gène.. je le sens quand j'arrive le soir, je commence à avoir mal là, derrière la tête, ici aux épaules, je commence à avoir froid et là je peux aller au lit, parce que je tiens plus le coup, j'ai l'impression que.. je vais tomber… que j'ai plus rien qui me tient quoi
-la fatigue entraine un besoin important de sommeil et une difficulté à sortir du lit:
p : et j'ai besoin de dormir, tout l'temps dormir, dormir
p: là, quand je me lève, 1h après faudrait que je redorme, et je redors !
-la fatigue déforme le visage, est visible :
p: même les gens ils me le disaient, ils me disaient « t'as une tête ! »
-l'empêche de profiter de ses congés :
p: là, je reviens, je reviens au lit moi hein?!
m: humhum
p: c'est dommage parce qu'en plus, je suis en congé, je vais faire que ça alors euh
-l'empêche d'utiliser son temps libre *:*
p: non, mais je devais aller au […] avec les gosses, avec les jeunes vendredi soir, j'suis rentrée du travail j'ai dit « ne m'attendez pas », je ne pouvais pas

Expression de l'incompréhension des symptômes à plusieurs reprises par la patiente :
p: je sais pas c'que j'ai, cette fatigue que j'ai, je le sens c'est aux... j'pense sur.. à l'intérieur
Ou bien :
p: là, je reviens, je reviens au lit moi hein?!
m: humhum
p: c'est dommage parce qu'en plus, je suis en congé, je vais faire que ça alors euh
m: oui
p: mais.. je sais pas..
Les symptômes sont le sujet d'une incompréhension par la patiente (« ne pas savoir »). Elle l'exprime clairement au médecin sous des formes affirmatives.
Exploration des symptômes par des examens complémentaires :
-Les symptômes ont déjà été explorés par une première prise de sang :
m*: d'accord. Parce que vous étiez déjà venue en mars pour ça, parce que vous étiez fatiguée. On avait fait une prise de sang.*
-la patiente est demandeuse d'examens complémentaires, avant l'examen physique*:*
p: ouais mais j'aimerais faire un bilan encore, complet
On remarque que la patiente demande des examens complémentaires avant que n'ait eu lieu l'examen physique.
Discu : place des examens complémentaires
ou bien :
m: pour compléter un peu et puis on va faire une prise de sang, être un p'tit peu plus..

p: oui
m: générale
p: oui je voudrais, un petit peu plus poussée parce que..

Utilisation d'un vocabulaire polysémique pour décrire les symptômes par la patiente

Si la question de l'existence de la symbolique des mots exprimant les symptômes reste ouverte car le médecin ne les questionne pas ; ils suscitent l'interrogation :
-Les douleurs de la patiente sont ressenties de manière intérieure, interne :
p : j'en ai mal partout, à l'intérieur des os
p: je sais pas c'que j'ai, cette fatigue que j'ai, je le sens c'est aux... j'pense sur.. à l'intérieur

-Elle emploie des termes polysémiques pour décrire ses symptômes.
-p: mais je le sens en même temps. Comme là j'ai l'impression d'un.. pas d'avoir mal mais, quelque chose ***qui me ronge****, je sais pas comment l'expliquer !*
Ce verbe est polysémique, il exprime à la fois la destruction petit à petit, l'entame, l'attaque mais il est aussi utilisé pour parler de tourments, de souci, comme dans l'expression « se ronger les sangs » par exemple.
-p: mais même moi je le voyais, j'étais, on aurait dit .. comment vous dire.. ***déconfite*** *j'étais !*
L'adjectif « déconfite » est polysémique : il évoque le fait d'être rompu, vaincu mais aussi d'éprouver de l'embarras, des déconvenues.
- Vocabulaire en rapport avec l'alcool / la patiente le compare aux effets de l'alcool*:*
p: et nan, je suis comme soûle, soûle de fatigue, et j'ai besoin de dormir, tout l'temps dormir, dormir
-Vocabulaire métaphorique en rapport avec la chute, l'effondrement :
p: j'arrive pas à remonter. (prononcé spontanément)
Elle exprime aussi sa sensation d'incapacité à l'action en utilisant le verbe « ne pas y arriver ».
p: c'est cette fatigue que j'ai dessus qui me gène
La fatigue est « dessus »,
p: qui me gène.. je le sens quand j'arrive le soir, je commence à avoir mal là, derrière la tête, ici aux épaules, je commence à avoir froid et là je peux aller au lit, parce que je tiens plus le coup, ***j'ai l'impression que.. je vais tomber… que j'ai plus rien qui me tient quoi***

-La fatigue est personnalisée par la patiente :
p: ah nan nan, mais, je peux pas, je... c'est pas que je ne veuille pas mais cette fatigue
m: ouais ouais
p:elle me dit plus « va au lit, va te reposer » que faire ce que j'ai à faire
La fatigue prend le pas sur elle, sa personne, son libre arbitre.
Discussion parallèle avec les douloureux chroniques. Tenir D.Le Breton
-Après avoir exprimé l'incompréhension de la fatigue, la patiente parle d'elle à la troisième personne
p: j'ai toujours fatiguée.. « ça va Hélène ? » ah non, je suis fatiguée. Hélène elle est fatiguée

Justification / légitimer les symptômes par la patiente (Terme ?)
-la patiente souligne spontanément une discordance entre sa personnalité et ses symptômes.
p: je suis [...] pourtant c'est pas mon tempérament hein !
et fait une distinction à plusieurs reprises entre incapacité à faire et manque de volonté à faire :
p: ah nan nan, mais, je peux pas, je... c'est pas que je ne veuille pas mais cette fatigue
p: nan mais je... voilà, c'est faible, je suis faible. C'est pas que j'ai pas envie, mais je suis faible
p: j'suis pas fatiguée. Hier matin, j'avais dit, tiens, je prépare à manger, tout ça, à 11h je suis mal barrée, faaut que je revienne au lit.. fallait.. ***bon j'me suis pas laissée aller****, hier après midi, après, on est allé faire un tour au […] ça allait, mais alors hier soir...oohh.. une carpette !*

-la patiente souligne que son entourage a remarqué qu'elle était fatiguée.
p: même les gens ils me le disaient, ils me disaient « t'as une tête ! »
p: j'ai toujours fatiguée.. « ça va Hélène ? » ah non, je suis fatiguée. Hélène elle est fatiguée

-la patiente relève un **changement par rapport à son état antérieur :** *p: je suis [...] pourtant c'est pas mon tempérament hein !*

Les symptômes et le comportement non verbal de la patiente évoquent un **syndrome dépressif :**
-Symptômes : à citer
-Comportement non verbal : (bcp d'exp possibles) la prosodie, le débit lent de la voix, le ton
p: et euh.. mais même.. j'ai voulu faire les vitres, un matin j'ai commencé, (**appuie sa main sur le front puis soutient sa tête en continuant à parler**) *j'ai été obligée de revenir au lit, j'les ai même pas finis, j'ai tout laissé en plan, je suis revenue au lit, je pouvais pas, j'y arrivais pas*
Exprime une molesse physique :
p: mais c'est moi.. c'est.. pff.. mais aloors (rend son corps tout mou puis soutient sa tête avec sa main)
Expression d'une incapacité à faire, à l'action *: p: et euh.. mais même.. j'ai voulu faire les vitres, un matin j'ai commencé, j'ai été obligée de revenir au lit, jles ai même pas finis, j'ai tout laissé en plan, je suis revenue au lit,* ***je pouvais pas, j'y arrivais pas***

Discordance entre le discours de la patiente et ses plaintes et son comportement non verbal :
Cf + haut les verbatims
-plainte et comportement non verbal = dépressif
-discours : je n'suis pas dépressive

<u>Interactions médecin-patient</u> :

1) Le médecin **écoute attentivement la patiente mais passivement**

Le médecin laisse la patiente expliquer longuement ses symptômes, sans l'interrompre, adoptant une position d'écoute en la regardant attentivement, face à elle, penchée sur le bureau, en utilisant essentiellement des continuateurs.
En revanche, elle ne produit presque aucune reformulation du discours.
p: c'est venu petit à petit cette fatigue.. je, je j'arrive même plus à me lever pour aller travailler, rien du tout quoi hein
m: humhum (en regardant p attentivement penchée sur le bureau, face à elle)
p: ou alors soit je dormais pas de peur d'être obligée de me lever.. mais, je suis fatiguée, je.. je reste des jours sans manger, mais parce que j'ai même pas eu besoin, j'ouvre le frigo mais ça me, je le referme, ça me dit rien
m: ouais
p: comme là, j'ai .. comment vous expliquer.. une lourdeur
m: humhm, bah oui oui
p: je suis [...] pourtant c'est pas mon tempérament hein !
m: nan
p: mais là je suis fatiguée. Mais même la semaine dernière, je me levais, vers 7-8h, je déjeunais tout ça, je faisais ce que j'avais à..2h après je revenais au lit, y avait des jours, je me réveillais à midi pour aller travailler hein ! (m hoche discrètement la tête en la regardant attentivement)
silence

Parfois le médecin semble non concernée, elle est **stoïque** bien qu'écoutant attentivement la patiente :
p: et ça.. lundi matin je suis allée leur faire les courses, je devais les ramener, mais j'ai été obligée d'aller au lit hein, je suis allée au lit pendant 1h et demi hein
m hoche discrètement et silencieusement la tête

2) Le médecin **ne fait pas reformuler** certains mots polysémiques pouvant porter à confusion :
p: j'arrive pas à remonter
m: oui, depuis ? Depuis là, le mois de mars, y a un moment où vous étiez bien ou non ?

p: mais même moi je le voyais, j'étais, on aurait dit .. comment vous dire.. déconfite j'étais !
m: ouiouioui, déconfite
Le médecin **reformule littéralement mais sans élaboration** : elle ne fait pas préciser ce que la patiente entend par « déconfite ».

Le médecin **ne relève pas l'ambivalence de la patiente** , elle rit discrètement en réponse :
P : j'ai plus de force

m: ben si vous avez maigri aussi, en général, on perd les muscles hein d'abord, hein, donc euh..
p: oui mais bon, là j'ai quand même repris un peu de poids
m: ah oui ?
p: je sais pas, j'ai une balance qui déconne
m rit discrètement

3) On peut se demander dans quelle mesure certaines façons de faire de la patiente ont pour but de faire réagir le médecin :

Répétition de la plainte et expression de son intensité:
Au début de la consultation, lorsque la patiente expose ses symptômes, le médecin n'intervient que par des continuateurs « humhum » et une répétition-reformulation : « et vous redormez ? ».
p: et nan, je suis comme soûle, soûle de fatigue, et j'ai besoin de dormir, tout l'temps dormir, dormir
m: humhum (en regardant attentivement p, le buste penché sur le bureau)
p: là, quand je me lève, 1h après faudrait que je redorme, et je redors !
m: et vous redormez ?
p: et je redors oui. Mais j'ai, en même temps j'ai mal partout, j'ai, j'ai perdu l'appétit (silence de 2 secondes)
m: humhum
p: nan mais je suis..... épuisée
Lors du silence de 2 secondes, m et p se regardent attentivement. La patiente semble attendre une réponse du médecin mais elle répond par un continuateur. On peut penser que la répétition du symptôme en exprimant son intensité « je suis… épuisée » est un moyen d'interpeller le médecin. Cela fonctionne puisque le médecin abandonne les continuateurs pour lire la consultation précédente et constater qu'une consultation pour le même motif a déjà eu lieu.

Idem ici :
p: je sais pas c'que j'ai, cette fatigue que j'ai, je le sens c'est aux... j'pense sur.. à l'intérieur
m: humhum
p: à l'intérieur, comme euh.. ça me fait pas mal mais, c'est pour ça j'ai plus de force hein
m: oui
p: j'ai plus de force
On peut se demander dans quelle mesure la patiente répète sa plainte pour interpeller le médecin qui ne répond que par des continuateurs. Ici aussi, cela fonctionne, le médecin apportant une réponse à cette plainte répétée :
m: ben si vous avez maigri aussi, en général, on perd les muscles hein d'abord, hein, donc euh..
-La patiente **souligne l'anormalité** de ses symptômes. Mais le médecin ne réagit pas plus, elle reformule littéralement sans élaborer ou questionner la patiente :
p: j'ai passé des WE.. un WE, un WE je crois sur 48h, oh j'ai du faire plus de 24h de sommeil
m: hum
p: ça fait beaucoup…
m: c'est beaucoup, effectivement
-La patiente **parle d'elle à la troisième personne :**
p: j'ai toujours fatiguée.. « ça va Hélène ? » ah non, je suis fatiguée. Hélène elle est fatiguée
(le médecin ne réagit pas plus : « humhum »)

La patiente guide la consultation :
-par son flot de paroles :
-c'est elle qui suggère au médecin de compléter l'examen physique avec une prise de tension artérielle :
P : vous prenez la tension ?
-la patiente est demandeuse d'examens complémentaires, avant l'examen physique*:*
p: ouais mais j'aimerais faire un bilan encore, complet

<u>Recherche d'attributions psychosociales et réactions</u>

Manière de m de rechercher un lien entre les symptômes exprimés par la patiente et une part psychologique :

-elle **questionne le moral**
m: et est-ce que moralement y a des.. euh, vous vous sentez comment en c'moment ?
Le médecin pose une question au sujet du moral de la patiente. Elle autorépare sa question, initialement fermée pour une question ouverte tant dans la forme que sur le fond où elle abandonne le « moral » pour une question plus générale sur la manière de se sentir.
-recherche successivement **différents symptômes d'un syndrome dépressif** :
-apathie, anhédonie : *m: oui. Vous auriez envie de.. d'aller voir du monde, d'avoir d'autres activités, de.. ?*
-asthénie matinale : *m: et la fatigue, vous trouvez qu'elle est plus importante euh dans la journée, quand vous avez une activité ? Que quand vous vous levez le matin ?*
-troubles du sommeil : *m: humhum. Et le sommeil il est comment maintenant ?*

Temporalité de la recherche de ces liens :
Le médecin questionne le moral de la patiente et recherche un syndrome dépressif avant l'examen physique. On peut ainsi penser qu'elle pense assez précocement dans la consultation à ce diagnostic ou du moins à une part émotionnelle forte sur les symptômes.

Ambivalence de la patiente par rapport à l'explication de la fatigue :
-exprime clairement qu'elle ne sait pas ce qu'elle a
-Puis remise en cause de la part de la patiente de l'explication biomédicale du médecin :
p: je sais pas c'que j'ai, cette fatigue que j'ai, je le sens c'est aux... j'pense sur.. à l'intérieur
m: humhum
p: à l'intérieur, comme euh.. ça me fait pas mal mais, c'est pour ça j'ai plus de force hein
m: oui
p: j'ai plus de force
m: ben si vous avez maigri aussi, en général, on perd les muscles hein d'abord, hein, donc euh..
p: ***oui mais bon, là j'ai quand même repris un peu de poids***
La patiente remet en cause de manière indirecte l'hypothèse du médecin pour expliquer la perte de force : ayant repris du poids, ce n'est pas la perte musculaire qui seule est responsable de son symptôme.
-Puis quand le médecin l'invite à préciser cette reprise de poids, elle se rétracte :
m: ah oui ?
*p****: je sais pas, j'ai une balance qui déconne***
m rit discrètement

p: vous prenez la tension ?
m: ah oui ! Enlevez peut-être le gilet
M: 12/7 ; non là, y a pas de problème
p: non mais je suis faible. Faible. (ton fort)
La patiente semble entendre « y a pas de problème » comme une dénégation de ses symptômes entrainant une répétition convaincue de sa plainte. Elle donne l'impression de souhaiter être prise en compte bien que rien d'anormal ne soit perceptible au terme de l'examen physique.
Discu // patients SMI, important que le médecin manifeste qu'il croit en leurs symptômes.

Rejet par anticipation par la patiente d'un lien fatigue-mauvais moral
m: et est-ce que moralement y a des.. euh, vous vous sentez comment en c'moment ?
p: ça va mieux ! Moralement, ça va mieux
m: oui ? Humhum
p: oh, c'est pas le top, je saute pas au plafond ! Mais ça va mieux, c'est cette fatigue qui me gène
Initialement, la patiente répond avec conviction en répétant au sujet du moral que cela va mieux. Elle exprime ainsi que ça n'allait pas mais qu'il y a une amélioration actuelle. Le médecin fait préciser ses dires de manière minimaliste mais avec un ton interrogatif. A cette deuxième question la patiente change de propos : elle n'est pas bien, pourrait se sentir mieux.
On voit ici l'intérêt d'une deuxième question du médecin : celle-ci change la réponse initiale spontanée. La deuxième question permet probablement de lever en partie la résistance initiale de la patiente à exprimer qu'elle va mal.
Puis la patiente insiste sur l'amélioration par rapport à un état antérieur et met l'accent sur la fatigue. En disant : *oh, c'est pas le top, je saute pas au plafond ! Mais ça va mieux, c'est cette fatigue qui me gêne*

elle **sépare moral et fatigue**, les deux ne sont pas liés, sa gêne ressentie est due exclusivement à la fatigue. Elle réfute par anticipation un lien entre les deux que le médecin cherche à mettre en évidence, sans l'avoir exprimé directement.

Autres exemples :
Après que la patiente ait dit qu'elle pouvait dormir 24h sur un week-end, elle ajoute :
p: ça fait beaucoup. Mais euh.. je suis fatiguée je... c'est pas la niaque qui me manque hein, c'est même pas ça hein !
Elle sépare fatigue de « niaque » que l'on peut entendre comme l'envie de faire.

Idem au sujet de l'anhédonie :
m: oui. Vous auriez envie de.. d'aller voir du monde, d'avoir d'autres activités, de..
p: ah oui oui, ça oui
m: oui
p: maintenant je sors quand même, je sors un peu plus qu'avant, mais euh.. ça me.. mais, y a des jours, j'me prépare et puis tout ça et puis au dernier moment, allez hop, j'me reviens au lit! Parce que je suis fatiguée.
La patiente répond initialement avec conviction en répétant par l'affirmative qu'elle aimerait avoir des activités puis dans un second temps module ce positivisme en précisant que parfois, elle ne peut pas sortir alors qu'elle l'avait prévu.

Idem au sujet du sommeil :
m: humhum. Et le sommeil il est comment maintenant ?
p: oh le.. ça va un peu mieux, bon, il est perturbé mais ça va un peu mieux quand même
p: je ferais que dormir..
Le médecin cherche une asthénie matinale sans lien avec l'activité allant dans le sens d'un syndrome dépressif mais la réponse de la patiente change d'un moment à un autre ne permettant pas de conclure :
m: et la fatigue, vous trouvez qu'elle est plus importante euh dans la journée, quand vous avez une activité ? Que quand vous vous levez le matin ?
p: là, si j'ai une activité, j'suis pas fatiguée
m: ah oui
p: j'suis pas fatiguée. Hier matin, j'avais dit, tiens, je prépare à manger, tout ça, à 11h je suis mal barrée, faaut que je revienne au lit.. fallait.. bon j'me suis pas laissée aller, hier après midi, après, on est allé faire un tour au [...] ça allait, mais alors hier soir...oohh.. une carpette !
m: oui c'est ça ! Quand vous avez une activité, après, vous trouvez que ça vous fatigue beaucoup quand même ?
p: voilà, ouioui. Je suis très fatiguée, je supporte plus euh.. je le sens.. c'est la force qui me manque, je sais pas, le..

On remarque un changement de discours lorsque la patiente s'exprime spontanément ou lorsqu'elle répond aux questions du médecin. Lorsqu'elle répond au médecin, les réponses sont toujours d'abord positives dans le sens d'un bien être, puis modulées secondairement vers un mal être.

La patiente rejette donc par anticipation l'hypothèse que son humeur soit en lien avec ses symptômes.

Non-dit autour des antidépresseurs et du syndrome dépressif, de la part de la patiente :
p: le Tégrétol, les hormones, et je continue toujours les cachets ?
m: ben écoutez oui hein, pour le moment
p: ouioui
m: tégretol, oestrodose, progesterone, euh et le citalopram oui, vous le prenez toujours le matin ?
p: oui
La patiente distingue l'ensemble de ses médicaments qu'elle nomme soit par nom commercial soit par type de spécialités de l'antidépresseur qu'elle nomme d'un nom générique, peu précis « cachets ». Elle donne l'impression d'un tabou autour de ce traitement, et sans doute des troubles de l'humeur liés. Ressent-elle de la gène, de la honte ?
Le médecin lui, nomme l'antidépresseur par son nom « le citalopram » précédé d'une hésitation. Le médecin n'interroge pas la patiente sur cette gène.

Bien que le médecin recherche précocement dans la consultation un syndrome dépressif, le rejet indirect de cette hypothèse par la patiente entraine un abandon de la recherche de cette piste par le médecin. (comme dans la A069). A aucun moment le médecin n'exprimera directement cette hypothèse.

Discussion : Maintien du lien relationnel versus action médicale thérapeutique

Réponses biomédicales du médecin :
-Lorsque la patiente exprime directement une incompréhension, le médecin donne une réponse biomédicale, après répétition de la plainte par la patiente:
p: je sais pas c'que j'ai, cette fatigue que j'ai, je le sens c'est aux... j'pense sur.. à l'intérieur
m: humhum
p: à l'intérieur, comme euh.. ça me fait pas mal mais, c'est pour ça j'ai plus de force hein
m: oui
p: j'ai plus de force
m: ben si vous avez maigri aussi, en général, on perd les muscles hein d'abord, hein, donc euh..
Le médecin apporte une explication biomédicale à la « perte de force » qu'exprime la patiente : elle est logiquement due (en partie au moins) à une perte musculaire dans le cadre de l'amaigrissement.

On remarque que le médecin relève des symptômes physiques objectifs. Les anomalies biomédicales objectivables semblent plus naturelles (plus aisées) à pointer pour elle :
p se lève pour l'examen physique, elle tousse
m : vous toussez pas mal toujours
p : non non
m :oui
p : là, c'était juste une gène que j'avais

-Elle donne l'impression d'éliminer un problème biomédical pour confirmer une intuition que le problème est un syndrome dépressif mais ne l'exprime pas : lorsque la patiente exprime ne pas « éprouver le besoin » de manger, elle ne rebondit pas mais recherche l'amélioration de troubles du transit anciens :
m: et donc pas trop d'appétit ?
p: non pas trop d'appétit euh... hier j'ai mangé, j'ai bien mangé, et hier soir j'ai pas mangé. Ce matin j'ai pas mangé
m: ah oui ?
p: ah oui, non, parce que j'en éprouvais pas le besoin
m: humhum
m: donc les intestins, il vous semble qu'ils vont un peu mieux ?

Lorsque la patiente utilise un vocabulaire polysémique, la patiente poursuit un interrogatoire purement corporel (localisation de la douleur) puis paramédical avec ce qui a été fait ou non en terme d'examens complémentaires. La recherche est biomédicale :
p: mais je le sens en même temps. Comme là j'ai l'impression d'un.. pas d'avoir mal mais, quelque chose qui me ronge, je sais pas comment l'expliquer !
m: et c'est au niveau surtout des 2 bras que ça vous le fait ?
p: voilà, ici derrière la tête, ici, les épaules euh, voilà, et puis bon, la fatigue sur tout le corps quoi, les jambes et tout ça
m: humhum
silence, m tape au clavier de l'ordinateur
m: vous l'aviez faite la... la mammographie ? Depuis 2008 ?

Réponse à l'incompréhension du symptôme de la part du médecin :
-Le **médecin exprime clairement qu'elle n'a pas d'explication aux symptômes** de la patiente.
m: hum. Parce que c'est vrai qu'en tout cas, je retrouve rien à l'examen clinique qui puisse expliquer cette euh..fatigue

Remarquons dans sa manière de formuler que c'est au terme de « l'examen clinique » qu'elle n'a pas d'explication. La manière de faire est prudente: le médecin respecte les différents moments de la consultation et n'émet pas de conclusion hâtive avant l'examen somatique.
-propose d'explorer par des **examens complémentaires supplémentaires** biologie et imagerie :
m: ouais. Bon écoutez, le mois dernier, y avait quand même de petites anomalies euh sanguines
p: ouais
m: donc j'pense qu'il faudrait vérifier
puis
m: donc ça, faudra..faut vérifier, peut être à ce moment là faire une échographie au niveau du foie
et
m: pour compléter un peu et puis on va faire une prise de sang, être un p'tit peu plus..générale

La patiente n'a l'air ni surprise ni inquiète de l'absence d'explication :
m: hum. Parce que c'est vrai qu'en tout cas, je retrouve rien à l'examen clinique qui puisse expliquer cette euh..
p: [non voilà.. c'est juste, moi ce que je ressens c'est
m: [fatigue
p: cette faiblesse quoi, voilà
(Cela va dans le même sens que : On remarque que la patiente demande des examens complémentaires avant que n'ait eu lieu l'examen physique)

Titre : Attribution de facteurs psychosociaux à des symptômes physiques. Etude des interactions médecin-patient à partir de consultations filmées de médecine générale.

Résumé :

En médecine générale, la compréhension de certains symptômes et l'approche centrée patient nécessitent la prise en compte des facteurs psychosociaux du patient.

Cette étude qualitative a analysé par analyse conversationnelle les interactions entre 4 médecins généralistes et 18 patients lorsque l'un ou l'autre cherche à attribuer des symptômes physiques à des facteurs psychosociaux, à partir de vidéos de consultations de médecine générale, sélectionnées d'un corpus de 172 consultations filmées.

Le patient a fréquemment déjà attribué ses symptômes à des émotions ou événements de vie; il cherche confirmation ou à être écouté et soutenu; d'autres fois à parler de problématiques psychosociales mais en présentant un symptôme écran. Une gêne dans le discours et la mimogestuelle, des incohérences et paradoxes peuvent y faire penser. Les questions ouvertes, interrogeant le ressenti des patients, l'existence d'un stress sans le relier aux symptômes, la recherche du moment du début des symptômes, une attitude empathique sont les façons les plus optimales pour aborder les facteurs psychosociaux. Certains patients résistent aux attributions psychosociales par représentation négative des maladies psychiques ou mécanismes de défense liés à des sujets douloureux ; les médecins aussi, par représentations qu'ils ont de certains patients avec qui ils ont noué une relation particulière ou par difficulté à faire face à la demande psychique. D'autres mènent de véritables séances de psychothérapie. D'autres attributions des patients restent inentendues du fait des contraintes structurelles de la consultation. Le niveau d'explication psychosociale dépend de la sensibilité à la demande psychique des médecins ainsi que de leur posture en tant que sachant. L'examen physique est indispensable dans ces contextes.

Une réelle écoute et une grande adaptabilité du médecin aux patients permettent le plus souvent compréhension des symptômes et alliance thérapeutique.

Mots clés : relations médecin-malade, communication non verbale, facteurs psychosociaux, symptômes médicalement inexpliqués, enregistrement vidéo, analyse conversationnelle, généralistes.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06