



HAL
open science

Stratégies et représentations de prise en charge par des médecins généralistes en Île-de-France de patients adultes “ qui parlent beaucoup ” au cabinet

Stéphanie Lallier

► **To cite this version:**

Stéphanie Lallier. Stratégies et représentations de prise en charge par des médecins généralistes en Île-de-France de patients adultes “ qui parlent beaucoup ” au cabinet. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02996730

HAL Id: dumas-02996730

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02996730>

Submitted on 9 Nov 2020

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

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



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

AVERTISSEMENT

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

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 25

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Stratégies et représentations de prise en charge par des médecins
généralistes en Île-de-France de patients adultes
"qui parlent beaucoup" au cabinet

Présentée et soutenue publiquement
le 12 mars 2019

Par

Stéphanie LALLIER

Née le 18 juillet 1989 à Versailles (78)

Co-dirigée par Mme Le Docteur Marie-Aude Piot, PH
et Mme Le Docteur Christelle Hourantier, CCA

Jury :

M. Le Professeur Henri Partouche, PU Président

M. Le Professeur Philippe Jaury, Professeur émérite

Mme Le Professeur Céline Buffel du Vaure, MCU



Remerciements

A monsieur le professeur Partouche Henry,
Vous me faites l'honneur d'être le président de mon jury et je vous en remercie.

A monsieur le professeur Jaury Phillipe,
Merci d'avoir accepté de participer à mon jury et de m'avoir guidée lors de mon stage en ambulatoire niveau 1.

A madame le docteur Buffel du Vaure Céline,
Merci d'avoir accepté de participer à mon jury.

A madame le docteur Piot Marie-Aude,
Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, merci pour ton soutien et tes conseils tout au long de ce travail.

A madame le docteur Hourantier Christelle,
Merci d'avoir accepté de m'aider et merci pour ta grande disponibilité et ton soutien.

A mon compagnon, merci pour ton amour, merci d'avoir pris soin de moi (de m'avoir limitée en chocolats) et de me faire partager ta culture centrafricaine.

A ma fille Gwenaëlle, merci pour tes sourires quotidiens et l'amour que tu me portes.

A mes parents, mon frère et ma sœur, merci pour votre soutien, votre souplesse et votre amour.

A mon parrain, ma tante Hélène et leur fille Lou-Anne, merci pour votre soutien.

A mes grands-parents de Bretagne, je sais que vous auriez été fière de moi, merci pour tout.

A ma cousine Prisci, merci de ta sincérité et ton soutien.

A toi copine, merci pour ton soutien et pour tous nos moments de partage et de joie.

A vous les filles, Rita, Mina, Laetitia, Elodie, Ingrid, Ophélie, Ysolde, Oriane, Charlotte, merci pour votre amitié.

Aux médecins que j'ai interviewés, merci d'avoir accepté de participer à cette thèse et merci pour ces moments de partage et de confraternité.

Aux patients que j'ai pu rencontrer, vous me permettez de progresser au fil de nos rencontres.

Titre de la thèse en français

Stratégies et représentations de prise en charge par des médecins généralistes en Ile-de-France de patients adultes "qui parlent beaucoup" au cabinet

Titre de la thèse en anglais

Strategies and representations of care of adult patients "who talk a lot" in the office by General Practitioners in Ile-de-France

Résumé en français

Introduction: La relation et la communication sont des compétences essentielles du lien médecin-patient. Le médecin doit s'accorder à la subjectivité de chaque patient pour le soigner. Dans notre société qui valorise la rentabilité dans le soin, les patients "qui parlent beaucoup" viennent questionner le dispositif de santé. *Objectif :* Explorer les stratégies et représentations des médecins généralistes en Ile-de-France lors de la rencontre de patients adultes "qui parlent beaucoup" au cabinet.

Méthodologie: Cette étude qualitative a conduit 19 entretiens semi-structurés de médecins généralistes, thésés ou non, exerçant en Ile-de-France, suivant la méthodologie IPA (Interpretative Phenomenological Analysis).

Résultats: Quatre thèmes ont émergé: vécu, représentations, caractéristiques du médecin et stratégies. A partir des vécus souvent difficiles, les représentations des praticiens sur les définitions et profils de ces patients ont été développées, teintées de caractéristiques singulières à chaque médecin. Les stratégies affectives, cognitives et comportementales pour accompagner ces patients se sont déclinées selon trois ordres : centrées médecin ; centrées patient ; ou dans un compromis.

Conclusion: Cette première étude des stratégies et représentations des médecins généralistes en cabinet en Ile-de-France face à un patient "qui parle beaucoup" suggère l'intérêt d'élargir au territoire national le recrutement des praticiens afin d'approfondir la compréhension du phénomène; et d'affiner les pratiques aux spécificités psychoaffectives de ces patients, voire de construire des dispositifs soutenant les médecins dans l'accompagnement de ces patients.

Résumé en anglais

Introduction: Doctor-patient communication and relationship is one of the most important skill to care about patient. Physicians need to adjust with each patient to provide them appropriate care. Regarding economic effectiveness demands, patients "who talk a lot" are questioning health device. *Objective :* To explore strategies and representations built by general practitioners when they encounter adult patients "who talk a lot" in the office.

Methodology: This qualitative study conducted 19 face-to-face semi-structured interviews of both residents and registered general practitioners, working in Ile-de-France. Analysis followed the IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) methodology.

Results: Four themes emerged: physician's feelings, representations, characteristics and strategies. Doctors reported difficult feelings. They provided several subjective definitions and patterns of patient "who talk a lot", influenced by some personal physician personality and temperament features. Three kinds of strategies were found: emotional, cognitive and behavioral. They were classified in three categories: physician-centered; patient-centered ; compromise between physician and patient.

Conclusion: This first exploratory study suggests relevance to conduct further research in these particular doctor-patient relationship situations. It would support both a wider understanding of patient view, diversity of alternative care provided, and general practitioners help to deal with these patients.

Mots clés en français

Relation médecin-malade ; Compétences relationnelles ; Compétences communicationnelles ; Médecin généraliste; Soins primaires

Mots clés en anglais

Physician-patient relation ; Communication ; Professional competence ; General Practitioner ; Primary Care

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
RESUME	4
TABLE DES ILLUSTRATIONS	8
LISTE DES ABBREVIATIONS.....	9
INTRODUCTION	10
CHAPITRE 1 : Contexte.....	10
CHAPITRE 2: Objectifs.....	15
METHODOLOGIE	16
CHAPITRE 1 : Protocole et matériel.....	16
1.1 Critères de jugement.....	16
1.2 Méthodologie.....	16
CHAPITRE 2 : Equipe de recherche et de réflexion.	17
2.1 Caractéristiques personnelles des chercheurs.....	17
2.2 Relation avec les participants.....	18
CHAPITRE 3: Lieux d'expérimentation.	18
CHAPITRE 4: Modalités de recrutement des participants	18
4.1 Echantillonnage	18
4.2 Sélection.....	19
4.3 Recrutement.....	20
4.4 Saturation des données.....	20
CHAPITRE 5 : Conditions de traitement des informations.....	21
5.1 Recueil des informations.....	21
5.2 Analyse des données.....	23
CHAPITRE 6 : Aspects réglementaires et éthiques.....	24
6.1 Demande d'avis du comité d'éthique.....	24
6.2 Déclaration CNIL.....	24
6.3 Note d'information et consentement.....	25
6.4 Les bénéfices et les risques pour les médecins interviewés.....	25
RESULTATS	26
CHAPITRE 1: Recrutement et profils des médecins interviewés.....	26
1.1 Durée de participation	26
1.2 Recrutement des médecins.....	26
1.3 Profil des médecins interviewés.....	27
1.4 Date et durée d'entretien par médecin interviewés.....	31
CHAPITRE 2 : Vécu des médecins interviewés.....	32
2.1 Frustration.....	32
2.2 Colère	32
2.3 Impuissance.....	34
2.4 Envahissement	34
2.5 Désubjectivation.....	36
2.6 Angoisses	37
2.7 Solitude.....	38

2.8 Fatigue	39
2.9 Souffrance	40
2.10 Honte	41
2.11 Désorganisation de la pensée	41
2.12 Ambivalence	42
2.13 Gratification.....	43
2.14 Indifférenciation	43
CHAPITRE 3 : Représentations des médecins interviewés	45
3.1 Définitions du "patient qui parle beaucoup"	45
3.2 Représentation des profils des patients "qui parlent beaucoup"	49
3.3 Représentation des effets et difficultés liés aux patients "qui parlent beaucoup" au quotidien pour le médecin.....	52
3.4 Représentation de ce que ressent ou a besoin le patient "qui parle beaucoup"	57
3.5 Représentation de la relation médecin-malade dans la rencontre d'un patient "qui parle beaucoup"	60
3.6 Représentation des rôles du médecin face à un patient "qui parle beaucoup"	61
CHAPITRE 4: Ce qui est propre aux médecins interviewés	65
4.1Tempérament et caractère	65
4.2 Compétence empathique.....	66
4.3 Histoire personnelle	66
4.4 Motivations à l'exercice de la médecine	67
4.5 Représentation du "bon médecin"	67
4.6 Enjeux narcissiques: Séduction et quête affective.....	68
4.7 Limites propres à chaque médecin	68
4.8 Satisfaction au travail	68
4.9 Travail sur soi et prise de distance	69
4.10 Apprentissages théoriques.....	69
4.11 Ouverture à l'apprentissage expérientiel.....	70
CHAPITRE 5 : stratégies mises en place par les médecins interviewés.....	71
5.1 Stratégies où le patient est au centre	71
5.2 Stratégies où le médecin est au centre	73
5.3 Stratégies où le compromis est co-construit entre les places respectives du patient et du médecin	86
DISCUSSION	92
CHAPITRE 1: Les limites	94
1.1 Concernant le recrutement.....	94
1.2 Concernant la durée des entretiens	95
1.3 Concernant les résultats.....	95
CONCLUSION.....	96
BIBLIOGRAPHIE	97
ANNEXE 1 : Validation du comité d'éthique CER HUPO.....	100
ANNEXE 2 : COREQ 32.....	101
ANNEXE 3 : Grille d'entretien.....	103
ANNEXE 4: grille de recueil des données sociodémographiques	104

ANNEXE 5 : Note d'information 105

ANNEXE 6 : formulaire de recueil du consentement 107

Table des illustrations

Figure 1 : Participation des médecins.....	26
Figure 2 : Ordre de recrutement des médecins interviewés.....	27
Figure 3 : Schéma récapitulatif du vécu des médecins interviewés.....	44
Figure 4 : Schéma récapitulatif des représentations des médecins interviewés.....	64
Figure 5 : Schéma récapitulatif de ce qui est propre aux médecins interviewés.....	70
Figure 6 : Schéma récapitulatif des stratégies mises en place par les médecins interviewés.....	91
Tableau 1 : Recueil des données sociodémographiques.....	27
Tableau 2 : Participation à un groupe d'échange autour de la pratique et formation antérieure à la relation thérapeutique par médecin interviewé.....	29
Tableau 3 : Estimations de la proportion de patients "qui parlent beaucoup", de ceux relevant de la psychiatrie, de la durée de prise en charge et de la durée moyenne d'une consultation par médecin interviewé.....	30
Tableau 4 : Date et durée d'entretien par médecin interviewé.....	31

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé
CER HUPO: Comité d'Ethique de Recherche des Hôpitaux Universitaires de Paris Ouest
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREQ: Consolidated Criteria for reporting qualitative research
CPP : Comité de Protection des Personnes
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
JSPE: Jefferson Scale of Physician's Empathy
IPA : Interpretative Phenomenological Analysis
PPOP: Pôle de Prévention et d'Orientation en Psychologie
QCAE: Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy
RNIPH : Recherche n'impliquant pas la personne humaine

Introduction

Chapitre 1 : Contexte

La communication est considérée pour certains, comme une compétence innée, qui ne s'apprend pas(1). Durant la formation médicale, il est consacré peu de temps à la formation à la communication médecin-malade(1). Or différents travaux montrent que la communication médecin malade est une compétence essentielle dans "l'approche centrée patient" et qui s'acquiert grâce à des outils existants(2).

Les objectifs de la communication dans les soins en santé sont d'accroître la précision, l'efficacité et le soutien, d'augmenter la satisfaction du patient et du médecin, d'améliorer les résultats thérapeutiques et de promouvoir la collaboration et le partenariat (soins centrés sur la relation)(2).

Les guides de Calgary-Cambridge(1)(2) sont une référence dans l'apprentissage de la communication médecin-malade. Ils permettent d'appréhender toute situation clinique. Ils se composent de 71 outils de communication.

Ainsi, on remarque que pour commencer l'entretien, le 5ème outil consiste à : "écouter attentivement les premiers propos du patient, sans l'interrompre ni orienter ses réponses". Le 10ème outil, utile pour recueillir l'information, dit "d'écouter attentivement en laissant le patient terminer ses phrases sans l'interrompre et en lui donnant le temps de réfléchir avant de répondre ou de poursuivre après une pause". Les 26 et 27èmes outils, permettant de développer la qualité de la relation, nous disent "d'entendre et de comprendre le point de vue et le ressenti du patient", "de ne pas porter de jugement et de manifester de l'empathie". Le 44ème outil nous explique qu'il faut "donner au patient l'occasion de parler". Tous ces outils participent au fait de laisser parler le patient.

Un des modèles de référence de la communication en santé, appelé roulette combinatoire est représenté par un ensemble de cercles concentriques qui s'intègrent les uns dans les autres(1,3). Ce modèle permet de décrire différentes situations spécifiques comme la gestion des émotions, la gestion d'un état de crise, la gestion de demandes inappropriées, la gestion de l'incertitude et des risques, l'inobservance, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la consultation avec les enfants, la personne âgée. La gestion d'un patient "qui parle beaucoup" n'est pas considérée comme une situation clinique problématique. Or en pratique, cela influence la nature de la prise en charge, l'efficacité, la disponibilité du médecin notamment pour les patients suivants.

Selon les auteurs Lussier et Richard, il existe différentes situations selon lesquelles, pour un même patient, la relation médecin-malade change. On définit quatre types de relation. En effet, en cas de situation d'urgence et de gravité potentielle, le médecin est maître de la

relation par la nécessité de soins immédiats, il joue le rôle "d'expert en charge". En cas de situation plus bénigne ou subaiguë courante non grave, le médecin a un rôle de guide : on parle " d'expert-guide". En cas de maladie chronique (bénigne ou grave), le médecin est présent pour accompagner le patient dans un partenariat. Quand le patient présente une maladie chronique bien contrôlée, le médecin est là pour compléter l'information du patient et l'aider à adapter le traitement: le médecin a le rôle de facilitateur(1,4). Mais comment se positionner face à un patient "qui parle beaucoup", la relation médecin-malade doit-elle être une relation de partenariat ?

Un essai de psychologie morbide de 1912 écrit par Ossip-Lourié (5) exprime la notion de "verbomanie" en société. La verbomanie se définit à l'époque comme une affection caractérisée par un processus irrésistible de parler avec un excès de durée et d'intensité de la parole. Selon cet auteur, dans la société, il existe des professions plus à risque de "verbomanie" comme les politiciens, les professeurs, les prêtres, les avocats et elle touche toutes les classes sociales. Il nous exprime que la limite entre la parole normale et la "verbomanie" n'est pas évidente. En effet, une personne timide peut dans un moment d'excitation, nous livrer toute sa parole mais aussi une personne maniaque, obsessionnelle ou celle qui a besoin d'attirer l'attention sur elle.

Trois facteurs de risque sont identifiés par cet auteur : la famille, l'école et la vie sociale. L'enfant répète des mots dont le sens lui échappe et la famille a le rôle de lui expliquer le sens. Selon les auteurs, l'enseignement à l'école est basé sur la parole avec un "bourrage" qui diminue la capacité de réflexion et de compréhension. La parole se transmet mais pas l'acte de penser.

La vie sociale se fonde sur des mots. Le silence en société y apparaît comme difficilement accepté. La société aurait besoin de combler le silence par des mots. Deux personnes en discutant, éviteraient ainsi les sujets divergents et pourraient aller jusqu'à ne pas exprimer leurs idées premières pour satisfaire aux besoins sociaux. En orientant ainsi l'échange par les conventions sociales langagières, nous comprenons uniquement ceux que nous souhaitons comprendre.

Il considère la "verbomanie" comme une forme de mensonge. Cet auteur nous explique également que la femme est plus "verbomane" que l'homme car elle serait plus influençable par les mots et ainsi serait plus hystérique. Les sociétés latines seraient aussi plus à risque de "verbomanie". Une des explications donnée par l'auteur du développement de la "verbomanie" est l'histoire de la liberté de pensée des sociétés.

Une des solutions pour diminuer la "verbomanie" serait d'apprendre dès le plus jeune âge, à rester seul, à méditer, et à accepter le silence. Pour conclure, cet auteur nous explique que la parole est l'expression d'une pensée réfléchie dans le silence.

La durée moyenne d'une consultation en France est de 16 minutes. Cette durée est très variable, de 10 à 30 minutes selon différentes études(6-8). La durée est augmentée de 13% quand un patient parle beaucoup(6).

Mais de nos jours, dans notre société de consommation (9) où tout doit aller vite, où il est question de rentabilité, la définition même de "parler beaucoup" est contrainte par ce manque de temps.

Avec la contrainte du temps, le médecin a tendance à interrompre le patient rapidement dès le début de la consultation, au bout de 18 secondes(10) et lui poser des questions fermées. Il semble que cette méthode n'est pas efficace. Le début de l'entretien médical est déterminant dans la durée de la consultation et non la fin comme on pourrait le penser. Ainsi, des patients qui expriment des craintes à la fin de la consultation seraient dues au fait que le médecin ne les a pas laissés s'exprimer au début de la consultation(1).

De plus, il semblerait que laisser le patient s'exprimer au début de la consultation sans l'interrompre n'augmenterait pas le temps de la consultation. En effet, deux études montrent que le patient parle spontanément en moyenne durant 92 secondes, 78% patients ont fini de parler spontanément en moins de 2 minutes et 2% seulement ont parlé plus de 5 minutes d'affilée(11,12). Mais cela est-il observé avec un patient "qui parle beaucoup" ? S'arrête-t-il au bout de cinq minutes ? Faudrait-il le laisser parler sans l'interrompre ?

Pour les auteurs Lussier et Richard, demander au patient tous les motifs de sa consultation chez le médecin, permet de négocier avec lui les demandes par degré d'importance dans un temps limité et remettre à la prochaine consultation les sujets non abordés(1).

Pour ces auteurs, il est possible d'interrompre le patient qui se perd dans les détails de son histoire mais il faut justifier l'interruption et s'excuser. Il faut rappeler au patient les contraintes de temps.

Néanmoins, le médecin fait l'expérience que lorsqu'il décide de couper la parole au patient "qui parle beaucoup", il peut avoir l'impression d'être contre-productif, de ressentir de la colère ou de la frustration dans la relation médecin-malade et dans la prise en charge du patient "qui parle beaucoup".

Le docteur I. Moley-Massol nous donne une piste de réflexion dans son livre(13). Elle nous explique que face à un patient "qui parle beaucoup", l'enjeu de la communication est de savoir interrompre tout en maintenant la relation.

Elle considère que le patient "qui parle beaucoup" peut prendre le médecin comme son confident (pour un patient isolé), ou exprimer une anxiété (mécanisme de défense), ou il est le fait même de la personnalité du patient (personnalité anxieuse ou dépendante avec le besoin d'être sous la protection du médecin le plus longtemps possible, personnalité obsessionnelle avec le besoin de contrôle, personnalité hystérique avec le besoin d'attirer l'attention). Il peut s'agir également d'un patient hypomaniaque.

Il faut réussir à interrompre le patient tout en se montrant empathique. On peut l'interrompre en reformulant et en résumant. On peut l'interrompre en posant des questions successives.

Dans la formation initiale des étudiants, on insiste à présent beaucoup sur l'importance de l'empathie dans la relation de soin. Néanmoins, face à la quantité de travail, l'étudiant en formation se questionne parfois si, en prêtant une oreille attentive et empathique, il n'alimenterait pas possiblement la parole non productive du patient.

L'étudiant constate aussi que selon le médecin qui fait l'entretien, la quantité (et la qualité) du discours change : selon l'âge, l'antériorité de la relation, le sexe, la personnalité, le statut.

On peut supposer que la définition même de "parler beaucoup" est propre à chacun. Elle est à la fois, liée à la contrainte temporelle mentionnée ci-dessus mais aussi à la culture du médecin et du patient(1), à la patience du médecin, au degré d'empathie du médecin, à son état de fatigue, à sa surcharge de travail, à la résonance de l'histoire du patient avec celle du médecin, etc.

En pratique, certains confrères ne prennent pas ce type de patients. Certains patients "qui parlent beaucoup" ne reviennent pas consulter certains confrères. On peut se demander pour quelles raisons ?

Par ailleurs, une recherche sur Pubmed a été réalisée avec les mots Mesh suivants: negotiating or teach-back communication, therapeutic relationship, interpersonal skills, therapeutic alliance, narration, non-verbal communication. Sur les 254 articles trouvés, aucun ne fait référence à la situation d'un patient "qui parle beaucoup".

Il est surtout question de l'importance de la communication non verbale par rapport à la communication verbale avec des outils (rappelés également par les auteurs Richard et Lussier): comme le fait de s'asseoir auprès du patient, de ne pas croiser les bras ni les jambes, regarder le patient dans les yeux, de faire le moins de gestes possibles, de ne pas écrire durant l'entretien, l'importance du toucher (14–20).

Il est aussi intéressant de voir que selon le sexe du médecin et du patient, la relation semble différente avec des difficultés propres à chacune d'entre elle. En effet, il semblerait que la relation médecin malade de sexe opposé est la situation la plus difficile en terme de communication efficace(21). Il semblerait également que les médecins de sexe féminin sont plus efficaces pour repérer les comportements non verbaux et les émotions du patient(22,23). Cependant, Il est rappelé par certains auteurs, que le sexe n'est pas le seul facteur pouvant influencer la communication(24).

Une étude en 2000 menée par l'auteur Levinson a montré que lorsqu'un indice verbal ou non verbal est exprimé par un patient et non vu par le médecin, celui-ci le répète plusieurs fois. Ils ont montré que si le médecin détecte ces indices et y répond alors le temps de la consultation serait diminué(25).

Peut-être qu'un patient "qui parle beaucoup" nous laisse des indices non verbaux que l'on ne voit pas ou bien que la densité du discours empêche de repérer. Cela rend difficile l'établissement d'une relation médecin-malade efficace.

Nous devons être conscient que notre comportement non verbal influence directement la consultation(1). Le patient interprète ces aspects non-verbaux, d'autant plus si ceux-ci sont en contradiction avec notre comportement verbal(1).

Par exemple, le fait de regarder par la fenêtre, de bailler ou de se concentrer sur des objets (ordinateur, document) peuvent donner l'impression d'un manque d'intérêt et de considération(1). Egalement certaines expressions faciales comme un sourire inapproprié peut

être vexant pour le patient, tout comme un froncement de sourcils ou des grimaces peuvent être interprétés comme un manque de respect ou de critique du médecin sur les propos du patient(1).

Ainsi, quel comportement non verbal devons nous utiliser face à un patient "qui parle beaucoup" ? Ressent-il que nous sommes pressés par le temps et que nous l'écoutons qu'à moitié ? Si nous modifions notre comportement non verbal, ce patient "qui parle beaucoup", modifierait-t-il à son tour son comportement ?

Au moment de l'examen physique, il faut savoir indiquer au patient les moments où le médecin souhaite qu'il reste silencieux(1). En pratique, un patient "qui parle beaucoup" ne s'arrête pas toujours même quand on lui demande de rester silencieux.

Un petit paragraphe est consacré à la gestion du temps dans l'ouvrage des auteurs Silverman et Kurtz(2) qui nous signale que le médecin doit trouver un bon rythme durant la consultation et équilibrer le temps consacré à chaque étape.

Dans l'ouvrage de Richard et Lussier(1), il est clairement signalé que c'est au médecin de gérer le temps de sa consultation comme il le souhaite. Cela suggère une approche "centrée-médecin" se discutant dans le contexte actuel de notre société.

Les auteurs Silverman et Kurtz (2) nous disent qu'afin d'appréhender au mieux toute consultation avec un patient, il faut laisser de côté ce que l'on faisait avant, avoir l'esprit libre et être à l'aise, se concentrer sur la consultation à venir et terminer ses préparatifs avant d'aborder le patient. Cela est-il suffisant lors d'une consultation avec à un patient "qui parle beaucoup" ?

La relation médecin-malade a évolué au fil des siècles. Dans les années 1960, la relation paternaliste du médecin envers son patient était prédominante(26). Dans les années 1980-90, a émergé l'idée de l'autonomisation du patient, d'une relation centrée sur le patient, d'une relation de partenariat entre le médecin et le patient.

Dans notre société actuelle, où le savoir est de plus en plus démocratisé (avec notamment internet), la société plus procédurière et le développement des technologies en médecine, le médecin ne peut se contenter d'une approche exclusivement biomédicale. L'autonomie du patient est une valeur qui se développe mais joue-t-elle un rôle dans le fait que les patients parlent plus?

Par ailleurs, dans la consultation avec un enfant, il est montré que c'est lui qui parle le moins et qu'il est même souvent coupé par ses parents(27). Les parents angoissés prennent toute la place de la consultation. Comment gérer ses parents "qui parlent beaucoup" et ne laissent que peu de place à leur enfant?

Selon les auteurs Lussier et Richard(1), une piste serait de s'adresser en premier à l'enfant et de lui demander régulièrement ce qu'il pense des propos de ses parents. Quand ses parents répondent à sa place, il faudrait que le médecin signifie qu'il souhaite avoir l'avis de l'enfant tout en rassurant les parents sur leurs angoisses. Le même phénomène se passe lors d'une consultation avec un adolescent ou ce dernier est plutôt passif et le parent prend beaucoup de place.

Ils nous expliquent également que lors de la consultation avec une personne âgée, celle-ci peut s'avérer difficile notamment du fait des troubles cognitifs. Une étude sur les personnes âgées montre que 20% des personnes âgées ont un discours décousu et s'écartent du sujet(28).

De nos jours, avec l'augmentation de la survie et le principe d'autonomisation du patient, il est probable que le taux de personnes âgées "qui parlent beaucoup" ait augmenté. Certaines personnes âgées isolées, consultent leur médecin qui est parfois leur seul interlocuteur et elles peuvent parler beaucoup de tout et de rien.

Les auteurs Richard et Lussier(1) nous rappelle qu'il faut aussi penser au tiers aidant qui est présent pour des personnes âgées dépendantes ou ayant des troubles cognitifs. Ce tiers qui assiste à la consultation peut parler beaucoup. Même si la prise en compte et l'étayage de son discours est très important dans la prise en charge, ceci peut se faire au détriment de la personne âgée.

Une autre étude(29) montre que l'aidant peut monopoliser la parole véritablement. Pour soulager le besoin de parler du tiers, il semble important de trouver un espace où la parole lui sera dédiée.

La gestion du patient "qui parle beaucoup" semble ainsi devoir prendre en compte le contexte clinique.

Chapitre 2 : Objectifs

Dans ce travail, nous tenterons d'explorer, par une méthodologie qualitative par entretien semi-dirigé, les aspects suivants :

1. Quelles sont les stratégies mises en place par les médecins généralistes exerçant en Ile-de-France lors de la rencontre de patients adultes "qui parlent beaucoup" ?
2. Quelles sont les représentations des médecins généralistes exerçant en Ile-de-France qui donnent sens aux prises en charge lors de la rencontre de patients adultes "qui parlent beaucoup" ?

Méthodologie

Chapitre 1 : Protocole et matériel

1.1 Critères de jugement

Le critère de jugement primaire était défini par les stratégies mises en place par des médecins généralistes lors de la rencontre de patients adultes "qui parlent beaucoup".

Le critère de jugement secondaire était défini par les représentations des médecins généralistes lors de la rencontre de patients adultes "qui parlent beaucoup".

1.2 Méthodologie

1.2.1 Approche qualitative : l'IPA (Interpretative Phenomenological Analysis)

Cette recherche explorait les stratégies et les représentations des médecins généralistes. Elle ne visait donc pas à mesurer ni à quantifier des variables. Elle ne cherchait pas à établir une relation de causalité, ni à tester une hypothèse. Elle ne cherchait pas non plus à satisfaire à l'exigence de représentativité(30). Cette recherche ne rentrait donc pas dans le cadre des études quantitatives. De plus, les hypothèses étaient créées et non testées. La démarche de réflexion était inductive et interprétative. Ces critères correspondaient à une démarche qualitative(30).

La « grounded Theory », théorisation ancrée(31), très fréquemment utilisée, n'avait pas retenu notre attention. En effet, elle aurait répondu à la question « quels facteurs et processus influencent la rencontre des médecins généralistes lors de la rencontre de patients "qui parlent beaucoup"? ». La théorisation ancrée était centrée sur un processus en termes de facteurs, d'influences et d'impacts. Elle portait moins sur le vécu et l'expérience que la phénoménologie.

A ce jour, aucune étude à notre connaissance concernant le vécu par les médecins généralistes lors de la rencontre de patients "qui parlent beaucoup" n'existait. Par conséquent, il semblait plus prudent de commencer par une étude du phénomène du point de vue des médecins en examinant de façon approfondie leurs représentations et la façon dont ils donnent sens à ce phénomène, plutôt que d'aller plus vite vers une comparaison entre les médecins et une construction du processus et des facteurs.

Cette recherche qualitative s'appuyait donc sur la méthode IPA (Interprétative Phenomenological Analysis). C'était une méthode classique d'exploitation des récits.

Développé par Smith en 1996 (32), l'IPA repose sur trois aspects épistémologiques: la phénoménologie, l'herméneutique et l'idiographie.

D'une part, en tant que méthode phénoménologique, elle cherche à explorer les représentations des participants sur le monde, de leur propre point de vue. La phénoménologie tente de comprendre comment un phénomène apparaît dans la conscience de l'individu (33). Dans l'IPA, l'expérience y est conçue dans une perspective unique, incarnée et située.

D'autre part, l'IPA, telle que définie par Smith & Osborn (34), considère l'activité de recherche comme une "activité interprétative". L'accès au monde personnel du participant "dépend et est teinté par les propres conceptions du chercheur". L'IPA peut être décrite comme une approche herméneutique reposant sur une activité interprétative. Qui plus est, l'IPA observe en fait une double herméneutique: le "chercheur cherche à donner un sens aux participants qui tentent de donner un sens à leur monde".

Enfin, l'approche idiographique de l'IPA met l'accent sur une compréhension détaillée et approfondie des cas individuels.

1.2.2 Approche quantitative

Afin de situer la diversité des participants recrutés, des données sociodémographiques ont été recueillies.

Chapitre 2 : Equipe de recherche et de réflexion

2.1 Caractéristiques personnelles des chercheurs

Le Dr PIOT Marie-Aude (MaP), chercheur femme, praticienne Hospitalo-Universitaire en psychiatrie, avait dix ans d'expérience clinique. Au moment de l'étude, elle travaillait en tant que psychiatre à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris, dans l'unité dédiée aux jeunes placés à la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Elle s'était formée à la méthode qualitative par IPA par des experts du laboratoire Inserm 1178 (CESP 1018) du Pr Bruno Falissard à Paris. Son rôle dans l'étude était de superviser le Dr HOURANTIER Christelle (CH) et l'étudiante LALLIER Stéphanie (SL) : de la conception de l'étude à la triangulation des résultats.

Le Dr HOURANTIER Christelle (CH), chercheur femme, chef clinique assistant en psychiatrie. Au moment de l'étude, elle travaillait comme psychiatre à la consultation étudiante de l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris et au PPOP (Pôle de prévention et d'orientation en psychologie) de la faculté de médecine de Paris Descartes. Elle a été formée à la méthode qualitative par le Dr PIOT Marie-Aude. Son rôle durant l'étude était de double coter les entretiens avec l'étudiante LALLIER Stéphanie et de participer à la triangulation des résultats.

L'étudiante LALLIER Stéphanie, chercheur femme, médecin généraliste remplaçante non thésé de la faculté Paris Descartes. Au moment de l'étude, elle était interne en stage de gériatrie à l'hôpital de Rambouillet dans les Yvelines puis a commencé ses remplacements en Eure et Loire et dans les Yvelines en mai 2018. Elle a été formée à la méthode qualitative par IPA par le Dr PIOT Marie-Aude. SL a conçu l'étude et l'a réalisée ; assurant le recrutement, les entretiens des médecins interviewés ainsi que les analyses des résultats avec l'aide du Dr HOURANTIER Christelle.

2.2 Relation avec les participants

Par convenance personnelle et sachant une relation de "confiance" préétablie, l'étudiante (SL) a contacté en premier cinq de ses anciens internes et collègues de faculté. La suite du recrutement s'est faite avec des médecins non antérieurement connus par l'étudiante (SL).

Tous les médecins interviewés ont été informés que ce travail rentrait dans le cadre d'une thèse en médecine générale de l'étudiante (SL). Les médecins interviewés qui ont souhaité connaître les motivations de cette étude, ont été informé par l'étudiante (SL), une fois l'entretien terminé et les données sociodémographiques remplies.

Chapitre 3: Lieux d'expérimentation

Les médecins ont été interviewés à leur convenance soit à leur cabinet de médecine générale en Ile-de-France soit à leur domicile. Ces endroits étant calmes et connus par les médecins interviewés. Il n'y avait pas d'autres personnes présentes outre le médecin interviewé et l'étudiante chercheuse (SL).

Les analyses ont été réalisées au centre Hospitalo-universitaire Institut Mutualiste Montsouris Département de psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte, 42 boulevard Jourdan, 75014 Paris.

Chapitre 4 : Modalités de recrutement des participants

4.1 Echantillonnage

Dans une démarche qualitative, la représentativité du phénomène étudié n'était pas la priorité. L'IPA recommande de définir des caractéristiques d'échantillon homogène pour les participants, afin de pouvoir étudier un même phénomène en profondeur, de façon contextuelle. Pour cette étude, l'homogénéisation des caractéristiques s'est fondée sur les critères d'inclusion. L'approche qualitative cherchait en revanche une exhaustivité dans la diversité du recueil de données afin d'approfondir la compréhension du phénomène

étudié(30). Si par exemple, certaines représentations et stratégies mises en place par certains médecins étaient marginales, il restait important de les prendre en considération. En effet, le but était de construire et mettre à disposition des médecins une palette d'outils, la plus large possible, pour qu'ils puissent s'adapter à l'ensemble des situations.

Nous avons tenté dans ce sens de diversifier au maximum notre recrutement des médecins généralistes, à partir des critères d'inclusion strictement définis.

Michelat (1975 in Pirès 1997) (35), explicité plus tard (36) avait défini deux groupes de « variables stratégiques » :

- les variables générales comme l'âge, le sexe, la région...
- les variables liées au phénomène spécifique étudié, que les chercheurs définissaient selon les études antérieures et ses intuitions théoriques, qui le conduisaient à penser que ces variables étaient sources de différences.

Dans notre cas, la diversification du recrutement des médecins généralistes s'était constituée selon les critères suivants: l'âge, le sexe, les lieux d'exercice, l'expérience, l'existence d'une formation antérieure sur la relation médecin-malade ou pas, l'estimation subjective par le médecin du nombre de patients "qui parlent beaucoup" qu'il a déjà vu. Nous avons tenté d'avoir un recrutement dans chacun des départements d'Ile-de-France.

La diversification du recrutement selon l'ancienneté de l'expérience de chaque médecin s'était faite selon qu'il était interne ou thésé, remplaçant ou titulaire, sa formation spécifique à la relation thérapeutique ou pas, le fait qu'il était maître de stage ou pas...

La définition du patient "qui parle beaucoup" était une définition subjective qui part du médecin lui-même et qu'on lui avait demandé de définir lors de l'entretien. Elle n'avait pas été définie ni dans les critères d'inclusion, ni dans les critères de diversification du recrutement.

4.2 Sélection

4.2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient:

- médecins généralistes titulaires ou remplaçants thésés ou internes en formation de médecine générale ou remplaçants non thésés
- exerçant en cabinet en Ile-de-France
- parlant la langue française
- et ayant signés un consentement écrit

4.2.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- les internes ou médecins ou remplaçants d'autres spécialités
- les externes en médecine
- les médecins qui travaillent à l'hôpital

4.3 Recrutement

La prise de contact s'était faite par mail puis par téléphone, afin d'explicitier les buts et objectifs de la recherche, ses modalités et de répondre aux questions des participants. L'anonymisation des données était expliquée ; ainsi que la possibilité de se retirer de l'étude à tous les stades de la recherche.

Une fiche d'information sur l'étude ainsi que le formulaire de consentement étaient joints en amont par courriel. Puis ils étaient remis le jour de la réalisation de l'entretien.

4.4 Saturation des données

Le seuil de saturation a été discuté. En effet, les guidelines actuelles sur la recherche qualitative tendent vers une discussion sérieuse, voire encourageant la saturation des données (37). L'approche IPA préconise l'homogénéisation des analyses et ne s'intéresse pas à la saturation des données. Nous nous sommes d'abord concentrés sur l'homogénéisation de l'échantillon en partant du phénomène étudié (les représentations et stratégies face aux patients "qui parlent beaucoup").

Nous avons néanmoins tenté de diversifier le recrutement (selon le sexe, âge, durée expérience, département d'exercice) afin d'approfondir la compréhension du phénomène sans que l'influence de ces paramètres soient des obstacles.

Devant l'absence d'étude à notre connaissance sur ce sujet, nous avons cherché par l'intermédiaire de l'IPA une compréhension en profondeur et subjective du phénomène. Nous avons arrêté le recrutement à partir du 19^{ème} entretien où aucun nouveau thème n'apparaissait.

On ne peut donc pas conclure à une saturation complète des données. Mais le recueil nous est apparu suffisamment exhaustif pour faire émerger une première compréhension en profondeur du phénomène étudié.

Chapitre 5 : Conditions de traitement des informations

5.1 Recueil des informations

La visite d'inclusion visait à vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion, de donner en main propre la fiche d'information et d'effectuer la signature du consentement. Elle se faisait juste avant la réalisation de l'entretien et du recueil de données.

5.1.1 Recueil de données qualitatives

Nous avons opté pour un recueil des données, visant à répondre aux objectifs de la recherche, basé sur des entretiens semi structurés en face-à-face. Cette approche facilitait l'explicitation en profondeur des histoires, des pensées et des sentiments sur le contenu du phénomène et permettait de s'intéresser à l'intimité de l'expérience d'une personne(38). Lors de la rencontre des participants, une attention particulière était apportée pour établir une atmosphère bienveillante et respectueuse de la personne.

Le recueil du récit sous la forme d'un entretien semi structuré obéissait à certaines règles que nous rappelons ici.

La première étape du recueil de données résidait dans l'élaboration préalable d'une grille d'entretien semi-directif (cf annexe 3). Cette grille de questions était construite à la fois à partir de la revue de la littérature et ajustée via la réalisation d'entretiens à visée exploratoire (phase exploratoire). Cette étape se déroulait sous la forme de réunions d'équipes avec les trois co-chercheurs.

La conduite de l'entretien était basée sur l'utilisation de la grille issue de la phase exploratoire. Les propos recueillis étaient enregistrés sur dictaphone, puis retranscrits sur format Word. Quelques impressions au détour immédiat de l'entretien étaient notées dans un carnet de bord. Le choix de filmer l'entretien a été questionné, mais le rapport à l'image, la présence de la caméra risquant d'induire une inhibition par rapport à l'intimité des données recherchées, à conforté notre choix du dictaphone.

L'initiation de l'entretien permettait de s'assurer de la mise en confiance de la personne avec un rappel du but de la recherche.

Le déroulement de l'entretien suivait la grille préalablement établie. Tout au long de l'entretien, le sujet était encouragé à parler librement, à associer et à développer ses idées. Le guide d'entretien restait une trame à titre indicatif pour favoriser la mise en récit. Il a été modifié selon le déroulement de l'entretien afin de fluidifier l'échange et de ne pas entraver le

recueil de données. Le participant était l'expert de son expérience. Le guide commençait sur une question ouverte donnant lieu à une narration descriptive. Il évitait de véhiculer trop d'a priori théoriques sur le phénomène. Des questions qui touchaient plus directement aux ressentis et éprouvés étaient abordées une fois la fluidité associative et relationnelle établie.

Le rythme de l'entretien n'était pas trop rapide pour ne pas entraver les associations d'idées qui viennent au médecin. Les questions posées étaient ouvertes et non fermées. Elles visaient à explorer et non à expliquer. Aucune interprétation n'était exposée. Parfois seulement des reformulations ou une reprise des propres termes du médecin étaient utilisés pour relancer son propos, ou s'assurer qu'il avait bien perçu la finalité recherchée. Les questions étaient orientées vers la signification, la compréhension du médecin, de son expérience vécue et la façon dont il donnait sens à la situation et sans prendre en compte les causes ou conséquences de l'événement. Les questions restaient centrées sur un contexte donné et non pas entre deux contextes.

5.1.2 Recueil des données quantitatives

Ce recueil a été fait en fin d'entretien (cf annexe 4), afin de ne pas influencer sur la qualité des interviews. Il était proposé à la fin de la rencontre ou adressé ultérieurement après l'interview selon la disponibilité dont disposait le médecin.

Les données recueillies étaient:

- âge
- sexe
- lieu d'exercice : géographique, et seul ou en groupe
- durée d'expérience clinique
- maître de stage ou pas
- interne ou médecin généraliste
- thésé ou pas
- remplaçant ou pas
- participation à groupe d'échanges autour de la pratique clinique (blog, Balint, rencontres informelles de collègues ...)
- formation antérieure ou pas à la relation thérapeutique
- Estimation de patients "qui parlent beaucoup" dans leur consultation (en chiffres bruts et pourcentage)
- et estimation de la durée de prise en charge
- Estimation de la durée moyenne d'une consultation avec les patients "qui parlent beaucoup"
- proportion de patients "qui parlent beaucoup" estimée relevant de la psychiatrie (en chiffres bruts et pourcentage)

5.2 Analyse des données

5.2.1 Qualitative

L'analyse suivait les trois niveaux traditionnellement définis dans les analyses qualitatives : descriptif ; thématique et interprétatif ; puis matriciel(38).

La phase « descriptive » commençait par « lire et relire » les données en s'en imprégnant progressivement. La transcription faisait partie intégrante de ce temps, permettant une imprégnation en profondeur. Étaient notés :

- les commentaires descriptifs qui portaient sur le contenu de ce que le participant énoncé.
- les commentaires linguistiques qui exploraient les spécificités langagières utilisées par le participant (répétitions, fluences, métaphore, pauses, rires...).
- les commentaires conceptuels qui s'engageaient dans un niveau plus interrogatif et conceptuel.
- la déconstruction pour se départir des a priori et d'une lecture simple.

Dans la phase « thématique », des thèmes émergents et récurrents ont été identifiés, en se centrant sur le sens qu'ils prenaient pour le participant

- à la fois dans le contexte d'énonciation (interview en face-à-face avec (SL), interne de DES de médecine générale) avec l'adressage potentiel d'un message sous-jacent au chercheur
- et dans le contexte du récit rapporté (accueil de patient "qui parle beaucoup" en médecine générale).

Dans la phase « matricielle », les thèmes étaient agencés les uns par rapport aux autres selon une organisation matricielle, hiérarchisant et organisant les données(38). Une triple cotation des données a été mise en place pour accroître la rigueur de l'analyse(39). Les cotateurs étaient: le Dr HOURANTIER Christelle, l'étudiante LALLIER Stéphanie et le Dr PIOT Marie-Aude (superviseur). Des réunions entre les 3 co-chercheurs ont eu lieu régulièrement (après les trois premières rencontres analysées, puis la triple cotation du 5^{ème}, 10^{ème} et 15^{ème}, etc.). Ces réunions ont permis de confronter, discuter et approfondir la pertinence des résultats. Elles ont permis également de faire évoluer si besoin, la grille d'entretien semi-directif. Ainsi après le 7^{ème} entretien, la grille a été modifiée. En effet, il nous a semblé pertinent de demander aux médecins de préciser comment se déroulait l'examen physique face à un patient "qui parle beaucoup".

Les résultats des analyses ont été soumis aux médecins afin de les questionner sur la pertinence par rapport à leurs propos.

Pour rendre compte de certaines caractéristiques liées à la subjectivité dont la prise en compte est assumée dans les études qualitatives, nous avons tenté de reporter l'étude suivant la COREQ 32 (Consolidated Criteria for reporting qualitative research) (37). La COREQ est une

liste de 32 items qui rapporte des éléments de la qualité de réflexion de l'équipe de recherche, de la conception de l'étude et de l'analyse des données (cf annexe 2).

5.2.2 Quantitative

Les données sociodémographiques recueillies ont été reportées et résumées dans un tableau sous forme de pourcentage. Ces données ont été ensuite mises en perspective avec les données issues des analyses qualitatives une fois abouties.

Chapitre 6 : Aspects réglementaires et éthiques

6.1 Demande d'avis d'un comité d'éthique

Cette étude répondait à la qualification d'« expérimentation en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé ». Elle n'entrait pas dans les conditions fixées par telle que définie au 2ème de l'article L1121-1 (Loi Jardé) modifié par décret du 9 mai 2017, N° 2017-884, du code de Santé Publique. En effet, la recherche sur les représentations et les stratégies de prise en charge par des médecins généralistes en Ile de France de patients "qui parlent beaucoup" au cabinet, ne comportait aucun aspect médical ou biologique, qui visait à évaluer le mécanisme de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique. Cette recherche ne comportait pas directement d'évaluation psychiatrique.

Cette recherche était donc une « recherche n'impliquant pas la personne humaine » (RNIPH), située en dehors de l'article L1121-4 du code de la santé publique. Les recherches sur expérimentation en science humaines et sociales dans le domaine de la santé n'obligeaient pas le responsable à soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes. Néanmoins, dans le contexte récent des modifications de la loi, et dans les visées de publications envisagées de cette recherche, l'avis du comité d'éthique de la Recherche (CER HUPO) dirigé par le Pr MAMZER a été demandé et obtenu le 22/12/2017.(cf annexe 1)

6.2 Déclaration CNIL

La loi prévoyait que la déclaration du fichier informatisé des données personnelles collectées pour la recherche devait être faite avant le début effectif de la recherche auprès de la CNIL, conformément à l'article 25 de la loi du 6/01/1978 modifiée.

Néanmoins, cette recherche était hors champ du chapitre IX de la loi Informatique et Liberté car les données à caractère personnel recueillies n'étaient pas des données de santé car recueillies dans le cadre d'un recrutement indépendant d'une prise en charge médicale.

Cette méthodologie permettait une procédure de déclaration simplifiée lorsque la nature des données recueillies dans la recherche était compatible avec la liste prévue par la CNIL dans son document de référence. La démarche réglementaire était donc celle d'une déclaration normale du traitement des données hors chapitre IX de la loi informatique et liberté à faire à la CNIL.

6.3 Note d'information et consentement

Une note d'information et un formulaire de consentement éclairé ont été remis en mains propres au participant par le chercheur. Le participant a daté et signé le consentement écrit, stipulant explicitement, suivant la loi Informatique et Liberté, son droit de rectification à n'importe quel moment de l'étude et son droit d'accès aux données recueillies le concernant ; ainsi que son droit de retrait et droit d'opposition à figurer dans un fichier, en vue d'une diffusion, d'une transmission ou bien d'une conservation. (cf annexes 5 et 6)

6.4 Les bénéfices et risques pour les médecins interviewés

6.4.1 Les bénéfices

Pour les médecins, la mise en récit de ce qui se passe et s'est passé dans la rencontre de patients qui parlent beaucoup permettait de prendre un peu de distance avec ce phénomène. Cela permettait également d'explicitier certains points de vue différents, de décondenser certains mouvements ambivalents, voir d'en prendre conscience. Ce mouvement de verbalisation pouvait également être l'occasion de se réapproprier certains éléments de ces rencontres, voire de modifier leurs représentations.

De plus, si certaines de ces expériences ont été douloureuses, la valeur de la verbalisation prenait plutôt une valeur thérapeutique par rapport à l'option de ne pas en parler, comme en témoigne la pratique clinique.

6.4.2 Les risques

Notre protocole s'est inscrit dans une démarche d'écoute des récits et témoignages des médecins sur leur rencontre avec des patients "qui parlent beaucoup". Elle ne comportait pas a priori de risque majeur. Elle ne contenait aucune technique invasive.

Néanmoins, la mise en récit de cette rencontre pouvait réactiver des souvenirs, des affects potentiellement douloureux qui restaient non dit en l'absence d'espace pour en parler. La priorité était donnée aux soins en cas de survenue d'évènements psychiques douloureux ou potentiellement déstabilisants. La recherche était interrompue si nécessaire. Un suivi psychiatrique ou psychologique pouvait être proposé si le médecin en ressentait le besoin.

Résultats

Chapitre 1 : Recrutement et profils des médecins interviewés

1.1 Durée de participation

Les médecins ont été recrutés d'octobre 2017 à juillet 2018, jusqu'à saturation des données.

1.2 Recrutement des médecins

22 médecins ont été sollicités. Deux hommes médecins avaient accepté initialement de participer mais, malgré deux relances à plusieurs semaines d'intervalle, n'ont finalement pas donné suite. L'un d'eux s'est dit surchargé en travail. L'autre médecin n'a pas donné de raison. Une femme médecin a accepté de participer mais n'a pas donné suite aux échanges. Finalement, 19 médecins ont été interviewés.

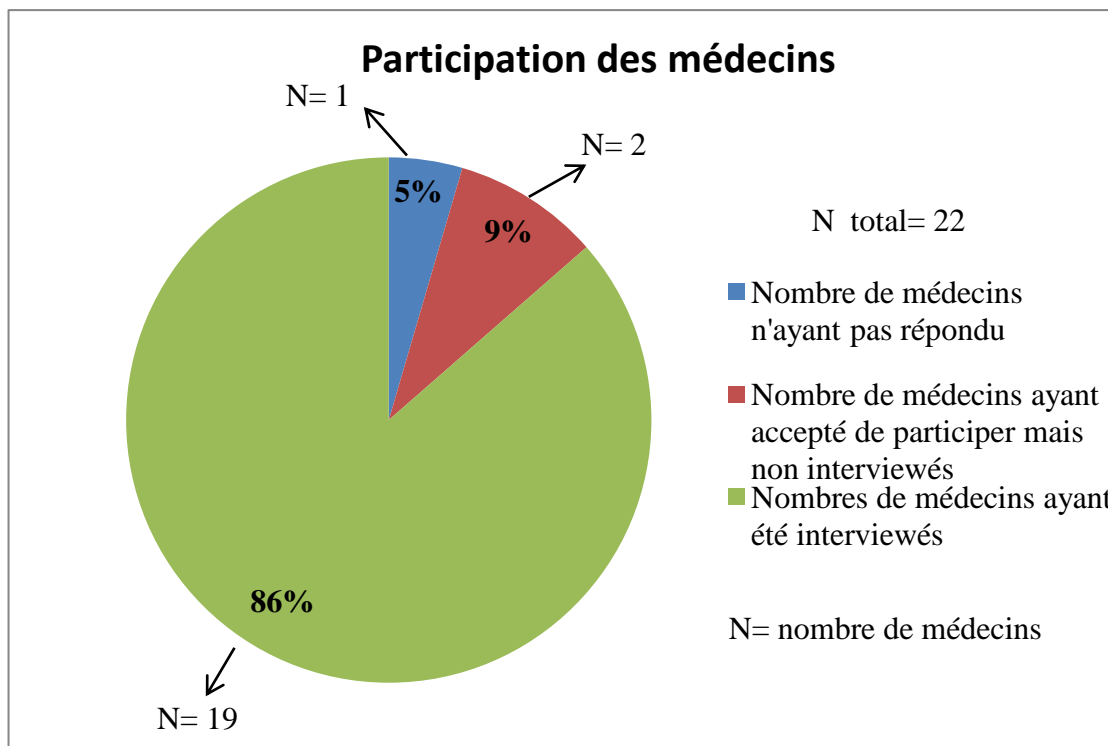


Figure 1 : Participation des médecins

Le recrutement des médecins interviewés s'est fait par effet boule de neige en s'assurant de diversifier au maximum ce recrutement. En effet, les premiers médecins contactés étaient des connaissances personnelles de (SL). Par la suite des médecins interviewés ont transmis les coordonnées de médecins qu'ils connaissaient et qui étaient susceptibles d'accepter de participer, suivant les critères de diversification indiqués par l'investigateur (SL). Le schéma

ci-dessous décrit cela. M signifiant le médecin. Le numéro attribué signifie l'ordre chronologique de participation aux entretiens.

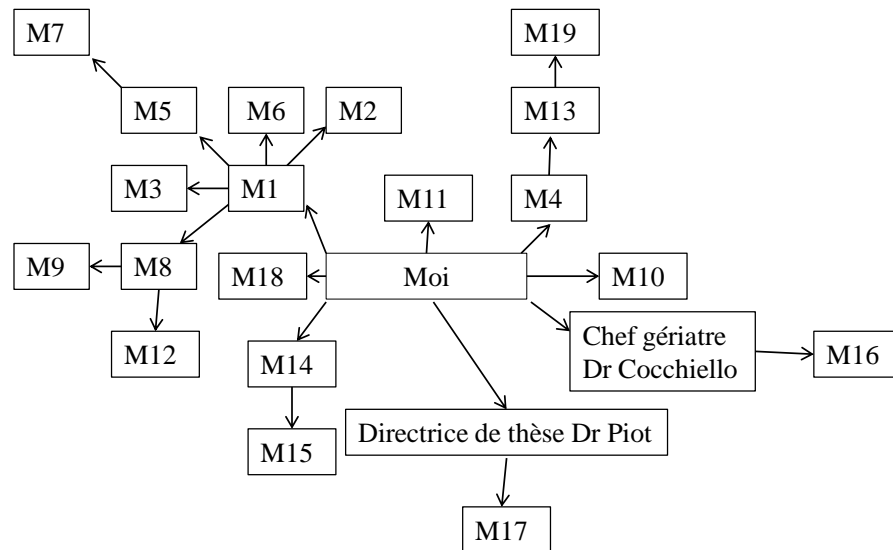


Figure 2 : Ordre du recrutement des médecins interviewés

1.3 Profil des médecins interviewés

Différentes données sociodémographiques ont été recueillies à la fin des entretiens des médecins interviewés. Les tableaux ci-joints résument ces données.

	Nombre effectif	Pourcentage
AGE		
< 30 ans	9	47%
30-50 ans	5	26%
> 50 ans	5	26%
Sexe		
Féminin	14	74%
Masculin	5	26%
Femme enceinte	4	21%

Statut:		
Interne	5	26%
médecin généraliste	14	74%
Thésé	9	47%
Non thésé	10	53%
Remplaçant		
Oui	8	42%
Non	11	58%
Installé		
Oui	6	32%
Non	13	68%
Maître de stage	5	26%
Département d'exercice		
75	1	5%
77	0	0%
78	8.5	45%
91	2.5	13%
92	3	16%
93	1	5%
94	2	11%
95	1	5%
Durée d'exercice		
< 5 ans	10	53%
5-20 ans	3	16%
> 20 ans	6	32%
Mode d'exercice		
Seul	5	26%
en groupe	14	74%
Nombre de médecins ayant participé à un groupe d'échange autour de la pratique	9	47%
Nombre de médecins ayant eu une formation antérieure à la relation thérapeutique	12	63%

Tableau 1: recueil des données sociodémographiques

Afin de mieux préciser les représentations rapportées, nous précisons ci-dessous pour chaque médecin : la participation antérieure à un groupe de pratique, l'existence ou non d'une formation spécifique à la relation thérapeutique antérieure, l'estimation de la durée de prise en charge, l'estimation de la durée moyenne en consultation, la proportion estimée de patients "qui parlent beaucoup" et la proportion de ces patients considérés comme relevant de la psychiatrie.

Les données concernant la proportion estimée de patients "qui parlent beaucoup" et la proportion de ces patients considérés comme relevant de la psychiatrie ont été difficiles à obtenir pour certains médecins que ce soit pour le chiffre brut ou pour le pourcentage.

	Participation à un groupe d'échange autour de la pratique	Formation antérieure à la relation thérapeutique
Médecin 1	Non	Non
Médecin 2	Oui	Oui, formation universitaire
Médecin 3	Oui	Oui, formation universitaire
Médecin 4	Oui	Oui, formation universitaire et option prise sur la relation thérapeutique
Médecin 5	Oui	Non
Médecin 6	Oui	Oui, séminaires ponctuels sur des weekends
Médecin 7	Oui	Non
Médecin 8	Non	Oui, formation universitaire
Médecin 9	Oui	Oui, formation universitaire, stage d'externe en psychiatrie, option soins palliatifs durant l'externat
Médecin 10	Non	Non
Médecin 11	Non	Oui, formation universitaire
Médecin 12	Non	Non
Médecin 13	Non	Oui, formation universitaire, jeux de rôles
Médecin 14	Non	Non
Médecin 15	Non	Oui, formation universitaire
Médecin 16	Oui	Oui, non précisée
Médecin 17	Non	Oui, groupe balint durant l'internat, suivi psychothérapeutique
Médecin 18	Oui	Oui, formation universitaire
Médecin 19	Non	Non

Tableau 2 : Participation à un groupe d'échange autour de la pratique et formation antérieure à la relation thérapeutique par médecin interviewé

	Estimation de la proportion de patients "qui parlent beaucoup" au cabinet	Estimation de la proportion de patients "qui parlent beaucoup" relevant de la psychiatrie	Estimation de la durée de prise en charge	Estimation de la durée moyenne d'une consultation avec les patients "qui parlent beaucoup"
Médecin 1	15%	1,50%	1 an	25 minutes
Médecin 2	20%	2-3%	6 mois	25 minutes
Médecin 3	15-20 patients / 5%	15 patients / 4.5%	6 mois	30 minutes
Médecin 4	3 patients / 1%	0 patient	3 semaines	30 minutes
Médecin 5	10%	8%	15 ans	20-30 minutes
Médecin 6	1%	1 patient	42 ans	20-25 minutes
Médecin 7	10%	un tiers / 30%	très variable	20-30 minutes
Médecin 8	2%	0 patient	2 ans	20-25 minutes
Médecin 9	un patient par jour/ 4%	< 1/10	ponctuelle à 3 ans	20 - 45 minutes
Médecin 10	6 patients/ 0,004%	0%	15 ans	30 minutes
Médecin 11	10%	6%	6 mois	30 minutes
Médecin 12	2 patients/ 0,13%	0%	15 ans	20 minutes
Médecin 13	60%	5-10%	6 mois	20 minutes
Médecin 14	5-10%	0.5%- 1%	3 mois et demi	20-25 minutes
Médecin 15	2 patients par jour / 8%	6.4%	1 à 3 consultations	20 minutes
Médecin 16	25%	12.5%	plusieurs années	20 minutes
Médecin 17	15%	10%	4 ans	30 minutes
Médecin 18	une trentaine/ 20%	15 patients / 10%	1 an	30 minutes à 1 heure
Médecin 19	4 ou 5 patients / 1%	2 patients	2 mois	45 minutes

Tableau 3 : Estimations de la proportion de patients "qui parlent beaucoup", de ceux relevant de la psychiatrie, de la durée de prise en charge et de la durée moyenne d'une consultation par médecin interviewé

1.4 Date et durée d'entretien par médecin interviewé

Voici la date et la durée d'entretien réalisées par médecin interviewé.

	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
Médecin 1	09/11/2017	7 minutes
Médecin 2	21/11/2017	8 minutes
Médecin 3	23/11/2017	15 minutes
Médecin 4	28/11/2017	9 minutes
Médecin 5	12/12/2017	11 minutes
Médecin 6	15/12/2017	15 minutes
Médecin 7	19/12/2017	10 minutes
Médecin 8	15/01/2018	8 minutes
Médecin 9	23/01/2018	38 minutes
Médecin 10	30/01/2018	9 minutes
Médecin 11	05/02/2018	11 minutes
Médecin 12	15/02/2018	13 minutes
Médecin 13	04/03/2018	12 minutes
Médecin 14	08/03/2018	11 minutes
Médecin 15	13/03/2018	11 minutes
Médecin 16	05/04/2018	12 minutes
Médecin 17	23/04/2018	17 minutes
Médecin 18	11/06/2018	13 minutes
Médecin 19	05/07/2018	13 minutes

Tableau 4 : Date et durée d'entretien par médecin interviewé

Chapitre 2 : vécu des médecins interviewés

2.1 Frustration

Face à un patient " qui parle beaucoup", la frustration a été exprimée. Cette frustration pouvait concerner le fait de ne pas pouvoir parler, le fait d'avoir le sentiment que le patient déborde ou le fait de ne pas prendre en charge le patient de manière effective.

M12 "En gros, est-ce-que je suis frustré ou pas ? Hmm...(Pause de 5 secondes). Je pense que y'a un risque effectivement, de, de passer à côté de certaines choses si on, avec ce genre de patients, parce qu'on... le ressenti risque de passer devant, risque de passer en premier plan et heu [...]."

M18" Alors ça dépend quels ont été les motifs mais si j'ai pas pu la gérer comme je voulais, par exemple comme la dame du samedi de y'a trois ans, on se sent un peu énervée, un peu insatisfait et encore plus si la personne en face n'a pas été satisfaite, on se dit mince on a passé tout ce temps, on n'a pas été compris, elle n'est pas satisfaite et y'a le côté organisationnel, c'est la cata dans la salle d'attente."

2.2 Colère

Le sentiment de colère a été exprimé allant de l'agacement jusqu'à ressentir de l'agressivité envers le patient.

2.2.1 Agacement

Le sentiment d'agacement a été ressenti notamment par rapport à la difficulté de gérer le flux de paroles et la consultation jusqu'à risquer de compromettre le suivi.

M14 "Heu, ça dépend aussi, y'a des gens où... ils ont réussi à nous agacer après c'est c'est dur de, enfin ça met du temps à, à s'apaiser."

M11 "Ca dépend mais si c'est ils prennent une heure...heu... tout un détour, une heure pour t'expliquer le symptôme, de ce qu'ils ont fait y'a trois jours, qu'ils ont mangé à telle heure, et puis ce qu'ils regardaient à la télé : ça, ça à tendance à m'agacer. "

2.2.2 Enervement

Certains médecins ont pu exprimer de l'énervement avec manifestation physique comme des céphalées de tension. D'autres nous ont signifié plus spécifiquement le contexte comme les consultations avec les personnes âgées ou malpolies, la surcharge de travail ou le « syndrome du pas de la porte ». Certains nous ont exprimé les conséquences possibles de leur énervement à savoir le fait d'être moins disponible psychiquement ou de devenir irritable avec le patient "qui parle beaucoup".

M6 " Je pense que grosso modo quand on se fait, heu, quand on se fait une consultation avec quelqu'un de bavard qui nous, pour lequel on a été obligé de... d'intervenir pour essayer de... je pense qu'on est quand même un peu énervé, on est quand même un peu... ouais un peu énervé je pense. Je dirais pas fatigué, je dirais énervé. Ca dépend si on ait bien arrivé à faire ce qu'on voulait faire, à maîtriser le truc ou pas. "

M15 "Il m'énerve (rires). Il m'énerve, ça va être compliqué, heu, voilà. Mais, d'un côté, je, je lui en veux pas trop parce que je me dis que moi aussi je pourrais être dans cette situation et que moi aussi je radote et qu'au final bon c'est un peu...Ouais voilà, il m'énerve mais pas trop quoi finalement."

2.2.3 Exaspération

Ce sentiment de colère pouvait aller jusqu'au sentiment d'exaspération du médecin notamment par crainte d'être déconsidéré ou la peur d'être submergé par la multiplicité des symptômes.

M5 " Bah on est fatigué quoi, on est un peu exaspéré souvent. Fatigué, exaspéré. Heu voilà. Je dirai fatigué, exaspéré et on manque d'énergie."

M12 " Hmm, on va être franc, parfois une certaine exaspération peut-être. Heu... (Pause de 3 secondes), c'est ... ça dépend en fait, parler trop... parce que y'a cette liste de course, heu, l'exaspération."

2.2.4 Agressivité

Ce sentiment de colère pouvait aller jusqu'à ressentir de l'agressivité envers le patient, ou ressentir l'agressivité du patient. Certains médecins ont employé le vocabulaire du combat pour exprimer leur ressenti.

M16 "Ils finissent quand même par se calmer au bout d'un certain temps heu... nan celle-là qui critiquait, elle a demandé son dossier, je l'ai préparé, mais pff elle est jamais venue le chercher. (Rires)."

M5 " [...] je lui dis "nan mais là ça va pas être possible, là attendez, ne parlez pas, ne parlez pas, ça ça ne m'intéresse pas, dites moi ce qui m'intéresse, répondez à ma question s'il vous plaît" donc je lui parle comme ça [...]."

2.3 Impuissance

Certains médecins ont pu exprimer de l'impuissance face à un patient "qui parle beaucoup" notamment les patients dits chroniques ou les patients angoissés.

M7 " Déjà, déjà, y'en a certains, quand on les voit sur la liste, on se dit "putain, encore lui cette après-midi, c'est pas possible, "et on flippe déjà, c'est pas possible, comment je vais faire pour abrégé la consult. Ils sont pas forcément désagréables, je saurais même pas dire comment ils font, mais en tout cas ça dure super longtemps. "

M17 " Pff, je sais pas, je sais plus, c'est loin (rires), les patients chroniques qu'on rencontre tout le temps, c'est ça ma difficulté. Heu, ouais j'arrive à répondre au besoin vraiment médical je pense, ça me demande beaucoup d'efforts parce que du coup heu j'ai quelqu'un en face de moi qui me laisse pas forcément, voilà, vraiment c'est, c'est la priorité. Voilà."

2.4 Envahissement

2.4.1 Débordement

Certains médecins ont pu ressentir un sentiment de débordement face au flux de paroles d'un patient "qui parle beaucoup".

M16 "Ouf il est parti (rires). C'est, c'est quand même un soulagement je veux dire, bon après on repart tout de suite chercher le suivant parce que c'est, on a dépassé, débordé."

M18 "Elle m'avait pris quasiment une heure, heu, alors qu'on consultait au quart d'heure, donc y'avait des gens qui attendaient dehors, mais elle avait réussi à me convaincre que ce qu'elle avait c'était grave, en fait j'arrivais, j'arrêtais pas de me dire " mais moi je ne la connais pas, ça se trouve elle n'a pas que des migraines, ça se trouve c'est vraiment atypique". Donc je me suis lancée dans un examen somatique de tous les appareils très fouillé, elle avait vraiment des plaintes de la tête aux pieds et heu, et ça été une consultation très pénible pour moi parce que je m'en sortais pas, je m'engouffrais, je me noyais."

2.4.2 Intrusion

Certains médecins ont pu ressentir un sentiment d'intrusion par le patient "qui parle beaucoup".

M7 " Et en fait ce mec là, il m'a inondé de messages. Tout le temps, il m'envoyait plein de messages. "Il m'arrive ça, qu'est ce que je fais". C'était l'horreur quoi, parce que je me suis dis, jamais j'aurais dû lui filer mon numéro."

M10 "Qui parle beaucoup, c'est qui parle trop, sinon s'il parlerait normalement, heu, bah qui... qui me laisse pas forcément de moments pour me concentrer, pour ... réfléchir, pour écrire, pour. Voilà, en fin de compte qui monopolise mon, mon cerveau, et qui voilà, qui m'empêche de bien faire mon travail."

2.4.3 Effraction

Certains médecins ont pu ressentir un véritable sentiment d'effraction par la parole ou par les patients "qui parlent beaucoup".

M13" Donc c'est des consultations où je sens parfois que je, quelque chose m'échappe et je n'arrive plus à revenir sur le fil de, de mes questions à moi et je me laisse un peu hmm manger par ces patients là, au début en tout cas donc je perds du temps."

M17 "Si je me suis laissée déborder, je, je suis pas très confortable, rooohh, j'ai un sentiment de frustration de m'être laissée un peu manger, voilà. Et , heu, et c'est vrai qu'en médecine générale je trouve que, avec les cadences qu'on nous impose, finalement, heu, et bah, on peut vite ressentir de l'énerverment et de l'agacement vis à vis des patients et un peu de persécution d'ailleurs aussi, genre je donne ça et ils prennent ça (en imitant sur son bras, si on donne la main, ils prennent l'épaule) et puis ils me racontent tout ça et puis."

2.4.4 Persécution

Certains médecins ont pu ressentir un sentiment de persécution de la part du patient "qui parle beaucoup" avec une impression parfois de les "collectionner".

M16 " Si y'en a trois de suite, on dit c'est la catastrophe (rires). (Ça arrive que y'en ai trois de suite ?) Ah oui oui, ça arrive. On dirait qu'ils le font exprès au secrétariat (rires)."

M18 " Il y a des gens qui écoutent, par exemple, bah moi, boss... bon an mal an mais toutes les personnes qui parlent beaucoup, je les ai toujours, toujours (rires), je pense parce que bah je les, je les écoute et je ne les coupe pas et des fois je me dis mince j'aimerais bien qu'ils ne reviennent pas quand même (rires), parce que là à chaque fois la consult elle dure quarante-cinq minutes, c'est compliqué."

2.5 Désubjectivation

2.5.1 Sentiment d'être manipulé

Certains médecins ont pu ressentir le sentiment d'être manipulé par le patient "qui parle beaucoup".

M3 " Heu mais, ouais c'est ça, le problème c'est que parfois, on arrive à se faire un peu manipuler par ces patients là."

M9 "Heu, pff, (pause de 3 secondes), Bah, heu (pause de 3 secondes), on va dire que pff, vis à vis d'eux, la chose c'est que je suis gentille (rires), je me laisse avoir donc que, bien que y'a des jours où on est pressé et on va pas faire, on va pas faire tout comme il faut."

2.5.2 Rapport de force

Certains médecins ont pu exprimer un sentiment de rapport de force avec le patient "qui parle beaucoup".

M10 "Mais des fois, y'en a qui sont forts, ils arrivent à te déconcentrer. C'est plus ou moins fatigué ou des fois ils sont forts quand même et dans ces cas là, on peut leur dire "attendez deux secondes, je suis en train d'écrire" Voilà."

2.5.3 Sentiment d'être disqualifié

Certains médecins ont pu ressentir un sentiment d'être disqualifié par le patient "qui parle beaucoup" avec des reproches notamment sur la non réponse à leurs attentes.

M15 "Après c'est toi parfois qui va vouloir baisser la garde et qui va leur parler d'autre chose. Et donc c'est fichu. Du coup on parle d'autre chose et on perd un peu l'objectif et ça ils sont là pour te le rappeler "ah oui." Pas forcément avec toi, mais d'autres médecins, ils te disent "ah bah avec docteur un tel on a parlé d'autre chose" et ça en général ils s'en rappellent. Hmm, hmm. Ouais. "

M16 "Et... bon... après elle a vu le remplaçant deux ou trois jours après, elle s'est excusée quand même... elle a dit que c'était pas une consultation parce qu'il n'y avait pas d'examen quoi, pour elle, à part que, une ordonnance pour si, une ordonnance de kiné et puis il fallait lui trouver un kiné qui ne prenne pas de dépassement et puis... tous les médicaments il fallait les mettre en non substituable enfin bon (rires) même s'il n'y avait pas d'examen, ça a duré un bon quart d'heure l'histoire, enfin."

2.6angoisses

Les médecins ont pu exprimer des angoisses dans la gestion des patients "qui parlent beaucoup" allant de l'angoisse contagieuse, à l'angoisse de non-maîtrise avec la peur de l'erreur médicale, la peur de l'envahissement, la peur d'oublier ce qu'ils voulaient dire, la peur de ne pas être payé, le stress de la salle d'attente pleine ou du temps qui passe, jusqu'à l'angoisse d'anticipation.

2.6.1 Contagiosité de l'angoisse du patient

M7 " Bah il reposait la même question dix secondes après, il la reposait, il la reformulait un peu différemment, tout ça pour être de nouveau rassuré. Heu, et c'est un patient, j'avais fait la bêtise de lui filer mon numéro de téléphone parce que, mon portable, parce qu'il avait des soucis sa TSH, etc. Et en fait ce mec là, il m'a inondé de messages. Tout le temps, il m'envoyait plein de messages. "Il m'arrive ça, qu'est ce que je fais". C'était l'horreur quoi, parce que je me suis dis, jamais j'aurais dû lui filer mon numéro."

M18 "Elle m'avait pris quasiment une heure, heu, alors qu'on consultait au quart d'heure, donc y'avait des gens qui attendaient dehors, mais elle avait réussi à me convaincre que ce qu'elle avait c'était grave, en fait j'arrivais, j'arrêtais pas de me dire " mais moi je ne la connais pas, ça se trouve elle n'a pas que des migraines, ça se trouve c'est vraiment atypique". "

2.6.2 Angoisse de non maîtrise

M2 "[...] de ne pas se faire submerger par leurs flots de paroles."

M16 "Heu... bon disons que je suis... plutôt à l'écu, à l'écoute à l'empathie mais bon pff quand y'a du monde des fois ça, ça entraîne une tension quoi. "

2.6.3 Crainte de l'erreur médicale

M3 "[...]c'est parfois compliqué de faire la part des choses et on peut passer à côté de, de vraies pathologies aigües chez ces patients là, parce que en fait, on a une écoute un peu heu, heu un peu, un peu distante, un peu distraite, peut-être, heu,[...]. "

M12 "Bon, je, je, je pense que c'est plus ouais de louper quelque chose. Louper quelque chose, je pense que c'est ça le principal problème dans ce genre de patients."

2.6.4 Angoisse d'anticipation

M7 "[...] "putain, encore lui cette après-midi, c'est pas possible" et on flippe déjà."

M11 "Heu, j'en ai un comme ça il est venu, il est revenu trois fois, au bout d'un moment je lui ai prescrit la radio de thorax. Il n'est pas venu ce matin, il revient cette aprêm (rires); j'angoisse déjà."

2.7 Solitude

Quelques médecins ont pu exprimer un sentiment de solitude.

M18 "J'ai, j'étais niveau 1. Et en fait le médecin que je remplaçais m'avait laissé toute seule ce samedi matin là en me disant qu'il revenait, que ça allait être un peu de, de, pour moi c'était un bon exercice, d'être un peu seule et qu'il habitait à cinq minutes et il avait juste un problème urgent chez lui, ce qui était vrai et qu' il revenait dans maximum une heure ou deux dès qu'il a réglé le souci."

M18 "c'est très agréable bah quand tu les connais bien, des fois même de passer quelques minutes à parler autre chose que médecine, on a parlé jardinage avec une dame la dernière fois, j'étais hyper heureuse, (grand sourire), je sentais que y'avait vraiment du lien et qu'on pouvait se permettre de gérer le médical et de parler autre chose en même temps, donc ça c'est chouette."

2.8 Fatigue

2.8.1 Fatigue

Certains médecins ont pu exprimer leur sentiment de fatigue face à l'intensité du flux de paroles. D'autres médecins ont pu exprimer la fatigue comme facteur influençant leur ressenti ou leur façon de gérer le patient qui "parle beaucoup".

M2 " Bah souvent c'est c'est fatiguant quoi", bah c'est c'est un combat donc forcément ça fatigue quoi."

M13 "C'est ça, c'est juste que je sais que je vais perdre du temps, et qu'il va falloir que je mette en place des stratégies pour écourter la consultation surtout surtout si c'est, ça arrive en fin de journée, t'es fatiguée, t'en a vu déjà vingt-cinq avant et donc ça dépend du moment aussi où ça arrive."

2.8.2 Epuisement

Certains médecins ont pu exprimer un sentiment d'épuisement face à un patient "qui parle beaucoup".

M7 "Heu, il m'est arrivé de me sentir complètement épuisé le soir, complètement épuisé."

M18 "Moi j'ai l'impression, se faire avoir, c'est pas le bon mot mais de pas avoir fait du bon travail, de pas avoir su bien gérer ma consultation, de pas avoir su bien donner les lignes directrices pour que ce soit bien et oui je pense vraiment à une insatisfaction et un épuisement."

2.8.3 Eléments dépressifs

Certains médecins ont pu exprimer jusqu'à un sentiment de démoralisation ou de dépression.

M9 "Quand c'est quelqu'un avec qui j'ai vraiment du mal, heu bah non seulement ça va me pourrir mon temps mais ... oui c'est ça que je voulais dire, ça va pourrir mon temps mais heu... et mon énergie, et mon moral en fait."

M11 "Je suis déprimée avant (rires). "

2.9 Souffrance

2.9.1 Lassitude

Certains médecins ont pu exprimer une certaine lassitude ou un certain ennui face à un patient "qui parle beaucoup".

M3 "On peut arriver à être vraiment lassé par ces patients et, et je pense à ne plus faire attention à ce qu'ils nous racontent."

M13 " Bah, heu, heu, le sentiment qui me vient en premier c'est heu... la lassitude (rires)."

2.9.2 Insatisfaction

Certains médecins ont pu ressentir une insatisfaction dans leur travail avec le patient "qui parle beaucoup".

M3 " [...] après parfois peut-être, un peu de, d'inachevé, parce qu'on a l'impression de, jamais vraiment avoir bien répondu à leurs plaintes, puisqu'ils en avaient plein plein."

M4 "[...] puis avoir l'impression en plus de, de finalement pas faire le travail que j'aurais aimé faire parce qu'au lieu de passer une demi-heure à, à écouter parler, malgré encore une fois essayer de relancer, peut-être que j'aurais pu axer sur des problèmes, à dépister ou peut-être passer un peu plus de temps à l'examen, pour hein, examiner un peu plus complètement."

2.9.3 Pénibilité

Certains médecins ont pu exprimer une pénibilité, voire une douleur, lors de consultations avec un patient "qui parle beaucoup".

M2 " Bah c'est c'est un combat".

M5 " Heu, donc les gens qui se plaignent beaucoup, ou qui sont toujours dans la plainte et tout, moi je peux pas, je peux plus, à mon âge, je ne supporte plus. Donc ces gens là voilà."

2.10 Honte

Certains médecins ont pu exprimer leur honte ou culpabilité face à la difficulté de gérer une consultation avec un patient "qui parle beaucoup". Certains ont pu exprimer leur honte à arrêter l'échange en demandant le paiement de la consultation. D'autres ont pu ressentir une culpabilité de ne pas avoir su répondre aux attentes du patient ou d'avoir des difficultés à gérer leur consultation et de pouvoir donc ressentir de l'énervement.

M3 "Heu (rire gêné) y'a une fois où je me suis laissée un peu submerger je crois que je l'ai gardé 1H45 (rire gêné) heu aussi elle m'a culpabilisé un peu parce que elle me disait oui l'interne d'avant c'était super elle écoutait beaucoup (rire gêné)."

M19 "[...] le fait que moi au fond de moi, ça commence à monter un peu, bah je me dis ou que je commence à avoir mal à la tête c'est rah il me saoule quand même, je trouve que c'est pas, c'est pas, parfois c'est pas correct de ma part."

2.11 Désorganisation de la pensée

2.11.1 Difficulté de concentration

Certains médecins ont pu ressentir une difficulté à se concentrer face à un patient qui "parle beaucoup".

M9 "[...] je suis pas toujours concentrée, même rarement, concentrée à 100% sur ce qu'ils disent, voilà (rires). J'avoue (rires)."

M19 "[...] je commence à avoir un petit peu mal à la tête donc je me dis je comprends plus rien et j'essaie de me concentrer mais des fois on lâche en fait".

2.11.2 Perte de contrôle

Certains médecins ont pu exprimer un sentiment d'être perdu ou d'avoir perdu le contrôle de la consultation avec un patient "qui parle beaucoup".

M13 "[...] c'est eux qui en viennent à imposer le rythme de la consultation et toi tu es juste figurant après, de ta propre consultation."

M18 "Mais les gens qui parlent beaucoup que je connais pas c'est compliqué, parce que je me sens démunie, je sens que je suis perdue, que je sais pas dans quel sens ça va aller et que je sais pas comment il faut que je fasse."

2.11.3 Sentiment d'aveuglement

Certains médecins ont eu le sentiment d'être perdu jusqu'à ne pas réussir à percevoir le besoin du patient.

M14 " Oui, je l'ai vu tous les deux jours depuis dix jours là. J'en peux plus, faut qu'elle arrête de venir. (Rires). "

M14 " Ouais, mais gentiment mais parce qu'on arrive à plus ou moins la fin du problème qui l'amenait initialement donc je lui ai dit que là ça suffisait, qu'il fallait qu'on arrête de se voir tous les deux jours."

2.11.4 Incompréhension

Certains médecins ont pu ressentir une incompréhension mutuelle.

M7 "[...] y'en a d'autres on sait qu'ils vont être chiants c'est à dire que tout va être très long, heu, parce qu'ils vont faire répéter vingt fois la même chose, [...]."

M11 " Parce que souvent quand je trouve qu'ils parlent beaucoup, qu'ils négocient, c'est à dire, tu leur expliques un truc mais ils sont partis eux sur autre chose et ils ne t'entendent pas vraiment, donc c'est t'as l'impression de rabâcher, de ne pas y arriver alors que, je ne sais plus où j'en étais [...]."

2.12 Ambivalence

Certains médecins ont pu exprimer une ambivalence quant à leurs ressentis lors d'une consultation avec un patient "qui parle beaucoup" notamment si celui-ci était amené à consulter de nouveau.

M13 "Enfin voilà c'est un motif d'adhésion... des deux côtés... qu'on puisse qu'on puisse discuter sans trop s'étaler heu, pouvoir recentrer tout en montrant qu'on est intéressé et voilà, et consacrer par exemple le temps de l'examen physique à pas trop discuter par exemple."

M15 " Et en fait ouais sur certains patients ça s'améliore avec le temps. La plupart du temps c'est plutôt ça, parce que c'est souvent des malentendus. Voilà. Tous ils ont leurs raisons et moi je finis par les comprendre et à peut-être les juger un peu moins quand tu les revois."

2.13 Gratification

Suite à un investissement important dans la relation avec un patient "qui parle beaucoup", certains médecins ont pu ressentir un sentiment de gratification.

M15 "Soit ils ont réussi un peu à te séduire en parlant beaucoup, ce qui est le cas de ce patient Kurde, parce que plus ils t'en disent plus t'en apprends et plus tu les comprends."

M16 " Bon je pense quand même qu'ils ont besoin d'une écoute, heu... (Pause de 6 secondes), s'ils reviennent c'est qu'ils sont contents (rires) [...]."

2.14 Indifférenciation

2.14.1 Perte des limites

Certains médecins ont pu exprimer un attachement à certains patients "qui parlent beaucoup" avec une perte des limites entre le professionnel et le personnel.

M18 " [...] c'est très agréable bah quand tu les connais bien, des fois même de passer quelques minutes à parler autre chose que médecine, on a parlé jardinage avec une dame la dernière fois, j'étais hyper heureuse, (grand sourire), je sentais que y'avait vraiment du lien et qu'on pouvait se permettre de gérer le médical et de parler autre chose en même temps, donc ça c'est chouette."

M14 "Toutes les visites à domicile avec les patients âgés où franchement bah y'a peut-être 70% de mon action thérapeutique du jour qui a été d'être là bas, de leur faire un bisou, de papoter un peu et bon bah ouais j'ai refait l'ordonnance et j'ai réécouté les poumons mais finalement jme dis "ah bah j'ai bien fait mon boulot aujourd'hui j'ai fait, enfin j'ai apporté un petit peu de bonheur dans ce foyer" (sourit), donc je sens j'ai apporté plus qu'avec mon ordonnance quoi."

2.14.2 Identifications massives

Certains médecins ont pu s'identifier à certaines histoires de vie de patients "qui parlent beaucoup". Certains médecins ont pu partager des points communs avec ces patients.

M9 " Heu, on s'est trouvé des points communs, c'est une vieille dame, (rires), on s'est trouvé des points communs et puis donc là, y'a un rapprochement qui s'est fait heu... voilà je vois cet exemple là avec cette dame effectivement des.... Un rapprochement qui se fait par le dialogue en fait, heu... voilà."

M15 "Il est pas, en fait j'ai tendance à trouver que les gens qui racontent peu et bien, enfin c'est un peu terrible mais je me dis qu'ils sont hyper cartésiens, enfin tout de suite je les classe comme des gens bien, bien cartésiens, et les autres je me dis bon lui il est un peu plus."

2.14.3 Soulagement lors de la séparation

Certains médecins ont pu exprimer leur soulagement lors de la fin de la consultation.

M8 " [...] ah si, peut-être pff, ouais, certaines fois, peut-être contente quand ça se termine quand même."

M19 " Après la consult, je suis soulagée. "Ah enfin c'est fini". Soulagée."

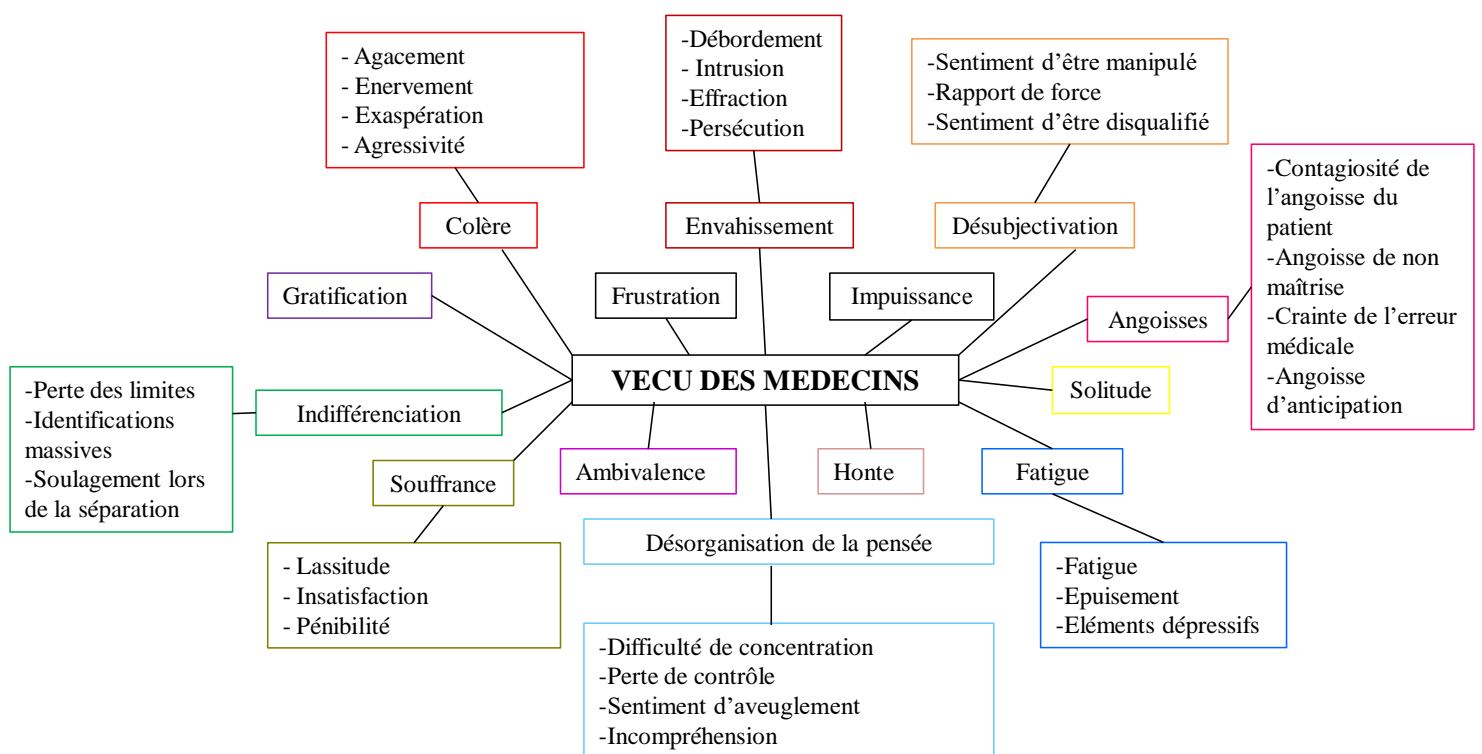


Figure 3 : Schéma récapitulatif du vécu des médecins interviewés

Chapitre 3 : Représentations des médecins interviewés

Les médecins décrivaient plusieurs représentations. Ils nous avaient expliqué leur définition du patient "qui parle beaucoup", les profils de patients "qui parlent beaucoup", leurs difficultés ou les effets sur leur consultation au quotidien, les rôles du médecin et également la représentation de la relation médecin-malade dans ce contexte. Certains reconnaissaient une difficulté certaine avec ce type de patients.

3.1 Définitions du patient "qui parle beaucoup"

Les médecins reconnaissaient une certaine difficulté avec ce type de patients. Ils avaient expliqué plusieurs définitions possibles du patient "qui parle beaucoup" mais qui finalement se regroupaient.

3.1.1 Notion subjective

Les médecins exprimaient le fait que la définition d'un patient "qui parle beaucoup" était subjective en elle-même.

M4 " Heu, ça va surtout être subjectif pour moi [...]."

M11" C'est un ressenti j'ai l'impression, c'est pas... y'a pas de durée, c'est le sentiment si on a l'impression [...]."

3.1.2 Multiples motifs

Pour les médecins, un patient "qui parle beaucoup" exprimait plusieurs motifs de consultations.

M8 "[...] je pense éventuellement aux patients qui enchaînent différents sujets [...]."

M12 " [...] peut-être aussi le patient, on en voit de plus en plus qui vient avec sa liste de course; et qui énumère les dix-sept questions qu'il a, enfin dix-sept motifs de consultation plutôt qu'il a noté [...]."

3.1.3 Motif très détaillé

Pour certains médecins, un patient "qui parle beaucoup" pouvait développer de manière très détaillée un seul motif de consultation.

M1 " [...] qui va aussi sur les sujets de motifs de consultations, heu passer beaucoup de temps à les décrire et à faire des à faire des... des paraphrases, et des parenthèses, des, hey comment dire, des descriptions, heu, très précises de tous ces symptômes. Voilà."

M19 "[...] moi je pose quand même une question précise, et lui bah au lieu de me répondre à cette question, il va tourner, tourner, tourner, il va me raconter tout ce qui s'est passé heu, enfin, du, même une semaine, deux semaines avant, bon ok d'accord il peut raconter mais il me raconte tous les détails, beaucoup, beaucoup de détails [...]."

3.1.4 Motif hors du champ médical

Pour certains médecins, un patient "qui parle beaucoup" pouvait parler d'un sujet qui n'était pas considéré par le médecin dans le champ médical.

M7 " Bah c'est des patients qui vont non seulement exposer le motif de leur consultation mais qui en plus vont, heu, exposer pleins d'autres problèmes, quoi."

M14 " Mais heu, je sais pas un patient qui t'as même pas le temps de te présenter, il est déjà en train de raconter sa vie ou, tu lui poses une question puis il part tout de suite sur autre chose, c'est impossible d'avoir la réponse à ta question."

3.1.5 Motif caché

Pour certains médecins, le flux de parole d'un patient "qui parle beaucoup" témoignait d'un besoin de déverser leur souffrance.

M1 " [...] je ressens le fait qu'ils ont besoin de vider leur sac [...]."

M8 "Après tout dépend si c'est heu quelqu'un qui raconte longtemps la même chose ou si y'a effectivement plusieurs sujets ou si ça cache autre chose [...]."

3.1.6 Ne s'arrête pas

Pour certains médecins, un patient "qui parle beaucoup" était un patient qui n'arrêtait pas de parler.

M9 "Alors, un patient adulte qui parle beaucoup, c'est un patient, alors déjà qui d'emblée dès qu'on lui pose la première question, qu'est-ce-que je peux faire pour vous ou comment ça va aujourd'hui, on sait qu'il s'arrêtera pas si on ne l'arrête pas (rires)."

M17 " Un patient qui parle beaucoup, c'est un patient que je peux plus arrêter [...]."

3.1.7 Pathologique

Pour certains médecins, un patient "qui parle beaucoup" était un patient qui ne rentre pas dans leurs critères de normalité et pouvant faire évoquer un fonctionnement pathologique.

M6 " Qui s'arrête pas, c'est-à-dire qui, parce que j'en ai, j'en ai des comme ça, j'en ai deux ou trois surtout, on voit que c'est pathologique."

M10 " Bah forcément ça se passe peut-être moins bien que avec ceux qui parlent normalement entre guillemet. (Fait le geste d'entre guillemet avec les mains)"

3.1.8 Sur le temps

Certains médecins définissaient le patient "qui parle beaucoup" en terme de durée de paroles ou de durée de consultation notamment en se répétant.

M3 " Ouais qui parle sans s'arrêter et dont on a l'impression que dans son discours il n'y aura jamais de fin."

M15 " Heu, un patient qui parle plus de quinze minutes. (Rires)... Après qu'est ce que je peux te dire d'autre, ça serait un patient que, qui répète ce qu'il vient de dire, qui fait durer, heu, qui pff ouais ça, souvent ça avance pas [...]."

3.1.9 Ne prend pas en compte les signaux du médecin

Pour certains médecins, un patient "qui parle beaucoup" était un patient qui ne prenait pas en compte les signaux verbaux et infra-verbaux du médecin.

M15 "[...] souvent ça avance pas, t'essaie un peu de lui marquer que tu veux le couper mais il le comprend pas forcément, heu voilà."

M11 "Heu... s'il me, s'il me laisse pas en placer une, ouais. Il parle bien, je sais pas s'il parle bien en cinq minutes sans s'arrêter, qui m'écoute pas, si j'arrive pas à l'interrompre et qu'il m'écoute pas, je pense qu'il parle trop [...] c'est le sentiment si on a l'impression qu'on lui parle et qu'il n'écoute pas [...]."

3.1.10 Prise de pouvoir par la parole

Pour certains médecins, un patient "qui parle beaucoup" témoignait d'une prise de pouvoir par la parole.

M5 " Un patient qui va être embêtant, qui va... partir dans tous les sens, qui va heu... pas beaucoup laisser de place heu au médecin pour parler et qui va nous prendre beaucoup de temps."

M6 " C'est avant tout, celui avec qui, pour lequel on a du mal à prendre la parole."

3.1.11 Médecin déconcentré

Pour certains médecins, un patient "qui parle beaucoup" engendrait une difficulté de concentration.

M16 " C'est un patient qui reste longtemps, qui vous laisse pas écrire l'ordonnance (rires), vous avez du mal à vous concentrer tellement il parle, il parle, il s'arrête jamais [...]."

M18 " [...] le patient qui parle beaucoup c'est celui qui va me perdre."

3.1.12 Difficulté à gérer par le médecin

Pour certains médecins, un patient "qui parle beaucoup" était un patient dont la gestion est difficile.

M2 " Bah, c'est un patient qui va prendre beaucoup de temps et qui va être difficile à gérer."

M11 " [...] s'il parle bien en cinq minutes sans s'arrêter, qui m'écoute pas, si j'arrive pas à l'interrompre et qu'il m'écoute pas, je pense qu'il parle trop [...]."

3.2 Représentation des profils des patients "qui parlent beaucoup"

Les médecins interviewés avaient donné différents profils de patients "qui parlent beaucoup".

3.2.1 Age : personnes âgées

Pour certains médecins, le patient "qui parle beaucoup" était lié à l'âge avançant et surtout donc aux personnes âgées.

M4 " En fait c'était une vieille dame de 75 ans qui, heu, qui me racontait, commence à me raconter sa vie [...]."

M5 " Mais c'est parce que aussi par exemple pour les personnes âgées, c'est vrai que c'est compliqué d'être rapide, ils savent très bien qu'on est pressé avec le temps etc. et c'est compliqué."

3.2.2 Sexe : femme

Pour certains médecins, le patient "qui parle beaucoup" était plus volontiers une femme.

M9 " [...] elle vient, elle ou il, mais je dis elle parce que j'ai beaucoup dans ma tête, en tout cas je sais pas si c'est une généralité mais dans ma tête c'est beaucoup de femmes."

M10 " Oui, l'autre jour c'était un couple. Et c'est le mari qui a même dit à sa femme "mais tais-toi, tu vois bien que le docteur elle écrit" (rires)."

3.2.3 Niveau socio-culturel

Pour d'autres médecins, le patient "qui parle beaucoup" dépendait de son niveau socio-culturel ou de son niveau de compréhension différent.

M13 "En plus, en fonction du niveau socio-culturel de la personne c'est bon ça peut être quelqu'un qui n'a pas grand chose à dire mais qui va quand même essayer avec ses mots de te prendre du temps ou bien quelqu'un qui est super cultivé qui va vouloir parler de tout et de rien[...]."

M14 "[...] les patients bavards nan, ils peuvent nous agacer mais ils sont en général assez innocents et gentils quoi, c'est pas. Enfin oui et puis c'est aussi des patients qu'ont pas la

même, la même, le même niveau socio-économique que nous, le même niveau intellectuel que nous [...]."

3.2.4 Pathologie psychiatrique

Pour certains médecins, un patient "qui parle beaucoup" refléterait une pathologie psychiatrique telle que l'anxiété, l'angoisse, l'hypocondrie, la dépression ou la psychose.

En effet certains patients pouvaient déverser leurs angoisses comme la peur d'avoir une maladie grave, la peur pour la santé de leurs proches, et en particulier, les parents envers leur enfant malade. Certains médecins évoquaient la dépression de ces patients mais aussi l'expression somatique d'une difficulté psychique (lombalgie et maladie professionnelle).

M7 " Oui, quand ce sont des patients, heu, où c'est plus un côté psy, dépressif ou autre, je les écoute peut-être plus volontiers que quand c'est des patients qui parlent parce que c'est leur, leur façon d'être, quoi. "

M15 " Alors après y'a des exemples que j'en retrouve un où c'est toujours aussi sans queue ni tête... Et là tu te dis, bah en fait il radote pas, il est soit psychotique soit voilà frontal. Enfin voilà."

M18 "[...] elle pensait qu'elle avait le cancer partout, j'ai, j'ai ressenti un profil un peu d'angoisse quand même chez cette dame."

M18 " [...] j'annonçais le chiffre de tension, ça je l'ai toujours fait mais après je faisais tout l'examen clinique sans rien dire et après je donnais ma conclusion. Maintenant, via les cours que j'ai pris, j'ai appris à tout dire, chaque étape [...] alors au début c'était surtout pour les parents quand ils apportaient leurs enfants, parce que c'est anxiogène qu'on passe une heure à écouter quelque chose sans dire, donc j'ai commencé par là et maintenant je le fais pour tout [...]."

3.2.5 Pathologie somatique

Pour certains médecins, le patient "qui parle beaucoup" pouvait refléter des pathologies somatiques qui étaient des troubles cognitifs, une maladie neuro-dégénérative ou une maladie professionnelle.

M11 " On a les consultations longues mais en dehors de, des patients qu'ont une maladie neuro-dégénérative quoi, parce que ça on peut déjà le faire [...]."

M14 "[...] les patients bavards qui sont juste un peu agaçants dans un certain nombre de cas un peu déments et c'est pour ça qu'ils sont un peu bavards [...]."

3.2.6 La solitude

Pour certains médecins, un patient "qui parle beaucoup" était un patient isolé socialement.

M9 "[...] parce que y'a des gens qui ont besoin de parler parce qu'ils sont seuls, parce que y'a que le médecin qui est là pour les écouter [...]."

M17 " La question c'est pourquoi ils parlent beaucoup ? Est ce qu'ils ont besoin de parler parce qu'ils sont très seuls [...]."

3.2.7 Tout patient

Finalement, pour certains médecins, tout patient pouvait être amené à "parler beaucoup".

M12 " Je crois que n'importe lequel peut devenir (rires) grand parleur à un moment ou à un autre [...] Heu, et après je pense que n'importe quel patient peut à un moment, "dérivé" entre guillemet comme ça [...]."

M13 "Bah alors les patients qui parlent beaucoup c'est très large, je trouve. Y'a les patients qui parlent beaucoup heu de leurs vacances, qui parlent beaucoup des maladies des membres de leur famille enfin y'a plusieurs possibilités de patients qui parlent beaucoup; heu qui parlent de leurs antécédents mais qui n'ont rien à voir avec la consultation heu donc ça dépend du du patient qui parle beaucoup."

3.2.8 Les patients "qui parlent beaucoup" ne sont pas les seuls à mettre le médecin en difficulté

Certains médecins pensaient qu'il y a peu de patients "qui parlent beaucoup" et que d'autres types de patients peuvent mettre en difficulté le médecin. Ces autres patients décrits étaient les patients mutiques, les patients agressifs, les patients exigeants ou les patients envers lesquels le médecin pensait manquer d'empathie. Parfois c'était le tiers présent qui pouvait mettre en difficulté le médecin.

M4 "[...] ouais avec des patients qui parlent pas et de temps en temps c'est même lourd, les longs silences [...]."

M10 " Un patient qui t'agresse, oui là, à la fin de la consultation, la seconde d'après t'es encore un peu sous le choc mais un patient qui parle beaucoup. Nan au contraire quand ils partent t'es content. (Rires)."

M14 "J'ai jamais ressenti ça, je crois avec un patient bavard, c'est plutôt avec des patients pénibles mais pas bavards, plutôt avec des patients qui sont hyper exigeants qui ont déjà vu dix mille, dix mille médecins différents, qui de toute façon n'ont jamais rien suivi des prescriptions faites, qui, voilà ça c'est pas des patients bavards c'est juste des patients qui sont difficiles à suivre."

3.3 Représentation des effets et difficultés liés aux patients "qui parlent beaucoup" au quotidien pour le médecin

3.3.1 Enjeux de la première consultation

Plusieurs médecins avaient mis en avant la première consultation avec un patient "qui parle beaucoup" et l'investissement que cela demandait. L'exemple de la première consultation pour dépression avait été décrit.

M9" [...] alors, c'est toujours pareil, si on ne les connaît pas, donc on ne sait, on ne peut pas anticiper. Donc, la première rencontre, elle est compliquée parce que c'est là qu'on se rencontre, "ah voilà" ça va être compliqué avec telle personne [...]."

M11 " Mais bon quand on les connaît pas c'est pas, c'est pas évident de savoir, comportement antérieur, ou leur psychologie, et les prendre en charge des fois on se fait un petit enfin un petit peu avoir quoi."

3.3.2 Investissement

Avec un patient "qui parle beaucoup", certains médecins expliquaient l'investissement sur le temps nécessaire pour tisser une relation de confiance.

M6 "Là maintenant, depuis longtemps, je sais à qui j'ai affaire et j'arrive, j'arrive à le cadrer. Et il sait, on sait jamais. Et il le sait hein "ouais docteur ça va ça va ça va" (en imitant son patient), il sait que je vais l'activer ... Mais c'est ff, consult après consult. De toute façon, c'est jamais en deux fois. C'est toujours de la reprise. Faut toujours, reprendre le travail. C'est très long."

M8 "[...] des fois, je trouve que c'est pas simple et voilà, c'est peut-être moi qui capte pas les bonnes choses vu que aussi je ne connais pas les patients, peut-être que leurs médecins savent directement où aller avec ces patients là."

3.3.3 Demandeur de temps et d'énergie

Pour certains médecins, cet investissement avec le patient "qui parle beaucoup" prenait du temps et de l'énergie.

M16 " Aussi bien ils vont râler parce qu'on est en retard et après une fois qu'ils sont là, eux ils vont vouloir prendre la place de trois personnes ça, ça les dérange plus (rires)."

M17 "Heu, pour le praticien, ça demande une énergie folle pour, heu pour faire ce qu'il a à faire [...] ça demande beaucoup plus d'énergie qu'un patient heu, voilà, qui parlerait moins."

"M9 " C'est hyper fatiguant une consultation où on prend beaucoup de temps."

3.3.4 Complexité

Certains médecins avaient exprimé le fait qu'une consultation avec un patient "qui parle beaucoup", en plus de prendre du temps et de l'énergie, demandait un surcroît d'effort et pouvait mettre de la complexité.

M15 "Enfin c'est assez compliqué ce genre de patients, tu sais pas trop, ça met un peu de complexité, quand, quand ils sont un peu long en fait, parce que tu sens que tu vas devoir prendre en compte leur façon de raconter l'histoire qui est assez longue et déjà l'à priori négatif que t'as (rires)."

M7 " La même façon qu'on est épuisé avant coup, quand on voit dans la liste, quand on voit dans le planning que y'en a deux chiants, enfin deux patients qui parlent beaucoup comme tu dis; on est déjà épuisé, on se dit " merde c'est pas possible", parce qu'en fait ça demande de la gestion, alors peut-être que, peut-être que je m'y prends mal, peut-être que certains, certains médecins arrivent à gérer beaucoup plus."

3.3.5 Difficulté à se comprendre

Certains médecins avaient exprimé leurs difficultés à comprendre les motifs de consultations du patient "qui parle beaucoup" ou à dialoguer avec ce type de patients.

M8 "[...] je suis satisfaite quand j'arrive à comprendre vraiment pourquoi ils sont venus, parce que des fois, je trouve que c'est pas simple et voilà, c'est peut-être moi qui capte pas les bonnes choses vu que aussi je ne connais pas les patients [...] Voilà quand j'ai réussi à comprendre quand même ce que je peux faire pour eux aujourd'hui, c'est bien."

M19 " [...] il me parlait d'un autre problème alors que moi justement, comment, qu'est ce qui s'est passé, je lui ai demandé qu'est-ce-qui s'est passé avec l'endocrinologue, ça en est où, alors lui il commence à me raconter toute une histoire je comprenais strictement rien et donc lui par exemple je devais le recadrer, je ne comprenais, déjà je ne comprenais pas pourquoi il est initialement venu[...]."

3.3.6 Difficulté d'empathie

Certains médecins avaient pu exprimer une difficulté d'empathie envers le patient "qui parle beaucoup".

M9 " Mais par contre si c'est une personne que je connais et que je sais que l'empathie est très difficile à trouver enfin ça arrive, heu, là c'est l'angoisse totale."

M14 " [...] je pense les patients bavards qui nous agacent c'est aussi parce que parfois ils nous ressemblent pas du tout et que on a du mal à se mettre enfin ouais on a du mal à se mettre dans l'empathie certaines fois mais je trouve c'est notre boulot aussi de passer au delà, mais comme, comme on est humain, y'a des jours on y arrive mieux que d'autres."

3.3.7 Difficulté à mettre des limites

Certains médecins avaient pu exprimer leurs difficultés à mettre des limites avec les patients "qui parlent beaucoup".

M8 "[...] heu je ne suis pas sûre d'avoir une stratégie particulière par rapport à des patients qui parlent trop, c'est juste que, moi, ça va me prendre plus de temps, c'est sûr que les consultations vont être plus longues, parce que, justement j'ai pas de stratégie [...]."

M17 " Il y a aussi l'histoire des quatre motifs de consultation sur une consultation et c'est très difficile de dire là c'est trop [...]."

3.3.8 Difficulté à mettre en place leurs stratégies

Certains médecins avaient pu expliquer que parfois il était difficile de mettre en place leurs propres stratégies notamment pour couper la parole du patient ou pour refuser de prescrire des examens complémentaires par exemple.

M11: [...] le plus dur des fois c'est ceux qui demandent un examen, et qu'on leurs dit nan y'a pas d'indication, on leur refuse."

M13 "[...] c'est c'est un petit peu compliqué heu, connaissant, me connaissant parce que j'ai du mal à arrêter les gens ... donc du coup ils s'étaient de plus en plus et j'ai du mal à les recadrer."

3.3.9 Difficulté de communication avec les confrères

Certains médecins avaient pu exprimer leurs difficultés à communiquer avec leurs confrères concernant un patient "qui parle beaucoup", difficultés qui pouvaient aller jusqu'au clivage.

M16 " [...] alors orienter sur les psys c'est, c'est difficile parce que, même les psys ils craquent, ils nous les renvoient quoi je veux dire (rires). Ils peuvent pas les garder et bon il faut remettre ça sur le tapis plusieurs fois, faut trouver des psys et puis si y'en a plus, après y'a la question de l'argent, si c'est un psychologue c'est pas remboursé etc. Enfin bon c'est compliqué."

M19 " [...] donc j'ai dû refaire un courrier à l'endocrinologue pour lui dire que ça n'allait pas "nininninnin" que j'avais que le secrétariat, le médecin n'était pas là donc j'avais dit bon bah je vous laisse un courrier et puis là je ne pouvais pas me concentrer [...]."

3.3.10 Facteurs de disponibilité

Les médecins avaient pu évoquer plusieurs contraintes ou facteurs jouant sur leurs disponibilités avec un patient "qui parle beaucoup".

Certains de ces facteurs étaient personnels comme l'état de fatigue, la patience, la disponibilité psychique, la tolérance à son propre retard ou le cadre que le médecin s'imposait. Un autre facteur était le contre-transfert à savoir le degré d'empathie envers le patient. Les autres facteurs étaient le temps (le retard, le moment de la journée, les premières ou dernières consultations), la pression de la salle d'attente, le cadre de consultation (maison médicale de garde avec les données administratives initiales), le contenu du propos du patient (gravité du récit), la rentabilité et l'exigence de la société auprès des médecins.

M4 " Ca dépend. Ca dépend vraiment de, bah déjà de moi comment je suis à ce moment là, si je suis fatigué, si je suis en forme, si j'ai une heure de retard, si, si j'ai le temps. Heu, c'est un peu horrible aussi mais si ça m'intéresse ce qu'ils racontent [...]."

M17 "[...] ça dépend du temps que j'ai devant moi en fait, heu, si y'a beaucoup de patients dans la salle d'attente, je vais être assez directive [...] et puis parfois certains patients racontent des choses tellement graves que, bah heu, on peut pas les arrêter pour le coup on les laisse parler."

M17 " Et, heu, et c'est vrai qu'en médecine générale je trouve que, avec les cadences qu'on nous impose, finalement, heu, et bah, on peut vite ressentir de l'énerverment et de l'agacement vis à vis des patients [...]."

3.3.11 Besoins du médecin

Certains médecins ressentaient le besoin d'avoir un temps de réflexion durant la consultation ou un discours synthétique du patient, ainsi que le besoin d'avoir un temps pour soi après la consultation avec un patient "qui parle beaucoup".

M10 "[...] qui me laisse pas forcément de moments pour me concentrer, pour... réfléchir, pour écrire, pour. Voilà, en fin de compte qui monopolise mon, mon cerveau, et qui voilà, qui m'empêche de bien faire mon travail."

M18 "[...] mais je suis souvent vidée de mon énergie à la fin de l'entretien mais vraiment vidée de mon énergie et j'ai pas le temps de récupérer, que j'enchaîne directement sur quinze patients derrière, qui ont des problèmes somatiques ou autres auxquels il faut vraiment beaucoup se concentrer et, et ma copine psychiatre me disait "nous, on débrieife, on discute, et puis on n'en enchaîne pas trente, on en enchaîne cinq ou sept" et ça je trouve que c'est un vrai problème en médecine générale, on devrait avoir des créneaux dédiés, enfin il faudrait que ce soit arrangé différemment."

3.3.12 L'incontournable réalité du terrain

Malgré leur bonne volonté et leur expérience, les médecins faisaient le constat que la réalité du terrain avec les contraintes inhérentes à l'exercice médical les rattrapait.

M7 " Moi j'ai du mal, je reconnais que j'ai du mal avec, avec ce genre de patients. Pourtant ça fait longtemps que je suis installé mais heu [...] Et au bout d'un moment, on craque quoi. Mais voilà, je devrais peut-être plus, peut-être que je devrais les canaliser plus vite."

M17 "La difficulté peut-être aussi, y'a un facteur temps, enfin un moment dans la journée, chronologique, chronobiologie c'est que la première consultation je me laisse plus déborder, les dernières consultations je me laisse plus déborder et puis y'a un moment, y'a un principe de réalité qui fait que, il faut revenir voilà au rythme."

3.4 Représentation de ce que ressent ou a besoin le patient "qui parle beaucoup"

3.4.1 Le besoin de parler et d'être écouté prime sur la réponse à chaque motif de consultation

Selon certains médecins, le patient "qui parle beaucoup" avait besoin de parler et d'être écouté. Mais le fait aussi que le patient n'avait pas forcément besoin que le médecin réponde à tous ses motifs de consultation.

M6 " je pense que c'est ça, il faut que, il faut que les gens aient, aient pu exprimer le, heu, le principal de ce qu'ils voulaient vous dire. Sinon c'est peine perdue. C'est comme si, il n'y avait pas eu de consult. "

M9 "[...] la plupart du temps on se rend compte que ils ne veulent pas forcément qu'on réponde à tous leurs motifs. "

3.4.2 Quantité d'écoute versus quantité des informations

Certains médecins avaient exprimé ce besoin d'être écouté du patient durant un certain laps de temps. Certains médecins se posaient même la question de "trop d'écoute". Enfin un médecin avait perçu la possible difficulté du patient de recevoir trop d'informations en une même consultation.

M11 "Je les écoute, j'essaie de poser une question, hop, pour arriver un peu plus vite au sujet mais c'est vrai que souvent si on écoute trop, de toute façon les choses qui peuvent-être pertinentes on les oublie ou on les a pas."

M19 "[...] souvent ce que j'ai fait avec les patients qui m'ont beaucoup parlé, j'ai fait "à la prochaine consultation, bon enfin voilà, voilà, sinon ça fait trop d'informations" et je disais "vous-même vous n'allez pas vous en sortir" [...]."

3.4.3 Besoin de déposer dans différents lieux

Certains médecins expliquaient que le patient "qui parle beaucoup" a besoin de déposer sur plusieurs lieux d'écoute différents.

M3 "[...] j'essaie de leur donner un endroit où, après ils en ont sans doute d'autres, parce que ces patients qui parlent beaucoup, ils essaient de s'entourer de gens qui sont à l'écoute ou; leur laisser un endroit où ils peuvent effectivement s'exprimer, heu donc quelque part ça commence déjà à faire partie de la thérapie [...]."

M9 " Donc non seulement on a des gens qui parlent beaucoup qui multiplient les m., qui peuvent multiplier les motifs et en plus nous on s'impose de répondre à toutes les questions alors que en fait bah eux ils sont là pour parler et partager mais ils cherchent pas forcément à avoir une solution, donc voilà."

3.4.4 Représentation de l'acte médical par le patient

Deux représentations de l'acte médical pour le patient étaient évoquées par les médecins : la valeur symbolique de la prise de la tension artérielle et l'attente de l'examen physique.

M16 "[...] elle a dit que c'était pas une consultation parce qu'il n'y avait pas d'examen [...]."

M18 "[...] c'est-à-dire qu' avant on disait la tension et après on disait plus, enfin, en tout cas moi, je prenais la tension, j'annonçais le chiffre de tension, ça je l'ai toujours fait mais après je faisais tout l'examen clinique sans rien dire et après je donnais ma conclusion."

3.4.5 Patient ne se représentant pas les besoins du médecin

Les patients ne se représentant pas que les médecins préfèrent un discours concis et synthétique, avaient tendance à détailler leurs propos.

M17 " [...] consultation d'un monsieur qui a mis quarante minutes à [...] dire tous ses antécédents [...]."

M19 " Et en même temps, c'est pas, c'est pas méchant de leurs parts, c'est que ils veulent qu'on loupe rien en fait c'est pour ça qu'ils parlent beaucoup, ils veulent tout raconter, tout ce qui s'est passé [...]."

3.4.6 Difficulté à partir

Certains médecins avaient remarqué une difficulté du patient à les quitter.

M3 "[...] on a du mal à les faire sortir et tellement jusque devant la porte ils sont là, à vouloir nous raconter plein de choses [...]."

3.4.7 Les griefs

Selon les médecins, certains patients pouvaient formuler des griefs au sujet de l'écoute ou de l'empathie du médecin, allant jusqu'à mettre en rivalité les médecins. Ces derniers avaient émis l'hypothèse que les reproches du patient pouvaient être en lien avec de la frustration ou de l'insatisfaction concernant sa prise en charge. D'autres pensaient que ces griefs s'estompaient avec le temps.

M3 "[...] elle me disait oui l'interne d'avant c'était super elle écoutait beaucoup [...]."

3.4.8 Choix du médecin par le patient

Les patients sélectionneraient leur médecin en fonction du sexe, de la personnalité, des préjugés, du type d'interaction recherché, de l'empathie et de l'écoute.

M7 " Effectivement, je pense, peut-être que je m'y prends mal donc heu, comme je suis un peu empathique, je les récolte et ceux qui sont moins empathiques bah ils les virent et donc ils, ils en ont moins. "

M8 " Si j'en ai qui m'ont dit qu'ils étaient peut-être revenus me voir moi parce que voilà, je remplace notamment dans un cabinet un médecin qui est un homme, un corse (rires) et je pense qui est un peu moins; voilà qui discute un peu moins, qui va peut-être plus rapidement à l'essentiel. Heu, et je crois que voilà y'a certaines personnes, certaines patientes qui m'ont apprécié et qui reviennent aussi pour ça plus avec moi. Voilà. "

3.4.9 Arrêt du suivi

Selon certains médecins, le patient "qui parle beaucoup" pouvait arrêter un suivi notamment s'il ne se sentait pas écouté ou si le comportement du médecin n'était pas adéquat.

M12 "[...] je pense que c'est, c'est le patient qui déciderait éventuellement de, de quitter ce toubib parce que il ne sent plus écouter ou insuffisamment enfin bon."

M17 " Lui est ce que ça l'empêche de revenir ? Je pense pas sauf si vraiment la castration totale par le langage (rires), "arrête de parler ça suffit ! ". Nan, je pense que lui ça l'empêche pas de revenir sauf si vraiment on est désagréable."

3.5 Représentation de la relation médecin-malade dans la rencontre d'un patient "qui parle beaucoup"

3.5.1 De l'accordage médecin-malade à la satisfaction mutuelle

La relation médecin-malade était importante dans la prise en charge, elle pouvait évoluer et s'améliorer dans le temps avec l'accordage réciproque entre le patient et son médecin.

M15 "Donc parfois t'as, tu te dis, bon bah finalement, au premier coup c'est pas passé, là il me l'avait dit, il était pas content la première fois, selon, selon lui je ne l'aurais pas écouté assez, s'écouter parler, donc il m'avait dit vous m'avez pas, mais il s'est quand même repris, en disant "vous m'avez quand même gardé vingt à vingt-cinq minutes", donc je trouvais que pour pas beaucoup (rires), c'est quand même pas mal. Donc il m'en voulait et la deuxième fois comme, on avait commencé un peu à se connaître, c'est mieux passé, probablement que ça été plus court, il a quand même parlé d'autres choses parce qu'il avait envie de parlé d'autres choses... Et en fait ouais sur certains patients ça s'améliore avec le temps."

M18 " je pense qu'il ne faut pas rembarrer, faut juste expliquer, enfin si on arrive à se faire comprendre, et à faire cet agenda comme on dit, qui ça peut paraître un grand mot mais finalement c'est un peu un deal entre les deux pour que les choses se passent bien, que tout le monde soit satisfait. Donc si ça se passe bien comme ça, je pense que c'est, finalement peut-être que de consultation en consultation, ils vont plus cibler leurs demandes, que déjà la relation va évoluer [...]."

3.5.2 Possibilité d'arrêt de suivi par le médecin et le patient

Mais parfois cet accordage n'était pas suffisant et l'arrêt du suivi pouvait être envisagé soit par le médecin soit par le patient.

M5 " [...] comment ça ? Du maintien ou de l'arrêt du suivi ? Qu'il change de médecin et que nous on ne veuille plus le suivre ?"

M13 "Heu, bah je pense que si la personne se sent écoutée, bah c'est sûr qu'elle va revenir, c'est sûre. Heu si elle sent que j'écoute mais que seulement d'une oreille et que ça ne m'intéresse pas [...] Et pour le médecin, heu, heu, je pense que, enfin pour ma part, moi j'aurais besoin de, des patients comme ça aussi qui parlent beaucoup [...] Enfin voilà c'est un motif d'adhésion... des deux côtés... qu'on puisse qu'on puisse discuter sans trop s'étaler [...]."

3.6 Représentation des rôles du médecin face à un patient "qui parle beaucoup"

3.6.1 Relation entre la parole et le pouvoir

Selon certains médecins, la parole pouvait avoir un rôle informatif voire diagnostique. Pour d'autres, la parole n'avait pas cette fonction informative. La question du pouvoir par la représentation de parole était également questionnée.

M17 "[...] beaucoup de digressions et qui n'apportent pas forcément de l'eau à mon moulin diagnostique."

M15 " Et du coup j'ai discuté avec mon, un autre médecin généraliste qui travaillait en même temps, je lui ai raconté cette situation et il m'a dit "fais très attention, il faut que tu les examines tous parce que si, à partir du moment où tu les examines, bah tu mets, tu montres que tu prends en compte leur douleur et puis tu reprends l'emprise sur le sur le, sur la consultation", que tu perds en fait si tu les laisses trop parler."

3.6.2 Ecoute, thérapeutique ou non

L'écoute pouvait avoir une vertu thérapeutique ou non.

M9 "Moi j'ai l'exemple d'une petite dame qui parle énormément et c'est vrai que je connais toute sa vie maintenant, voilà, en trois ans c'est vrai que je connais tout, ses enfants, tout, enfin, tout tout. Et là, ça a plutôt tendance à maintenir le suivi dans le sens où ça a créé un lien, heu, parce que ce qu'elle a dit heu... bah c'était une des premières patientes que j'ai vu et en fait c'est tombé, moi à mes débuts où justement je l'écoutais beaucoup, elle a apprécié du coup elle est revenue avec moi [...]."

M15 "[...] parce que t'as l'impression qu'ils sont pas synthétiques, qu'ils veulent, qu'ils veulent plus que tu les écoutes, plutôt que, que tu règles leurs problèmes, t'as vraiment l'impression qu'ils sont venus juste pour parler mais pas forcément pour que tu fasses un diagnostic."

3.6.3 Accueillir la souffrance

Le rôle des médecins est d'accueillir les plaintes, la souffrance du patient.

M17 " [...] j'ai dû reconnaître la souffrance de cet homme voilà, et puis lui demander pourquoi il me disait ça maintenant enfin essayer de, voilà et puis au bout d'un moment j'ai dit on va se revoir dans peu de temps. Voilà, donc mettre de la régularité pour dire qu'on va

poursuivre la prochaine fois, "j'ai bien entendu ce que vous m'avez dit, c'est très lourd, c'est très douloureux, c'est très compliqué, heu... si ça va pas vous m'appellez" [...]."

3.6.4 Prise en charge globale

Un des rôles du médecin était d'avoir une prise en charge globale avec le patient "qui parle beaucoup" tout en respectant le principe d'équité.

M13 " Donc même si après ils parlent d'autres choses, que qu'ils parlent de quelqu'un de leur famille, on parle plus d'eux hmm...ma prise en charge elle est quand même centrée sur la personne. Et heu, et comme que j'écourte ou pas sur ce qu'ils ont à me dire, je prends quand même en compte la globalité donc j'estime que je les prends quand même bien en charge."

M17 " Et puis d'autres fois, ils ont un terrible besoin de parler parce qu'ils ont quelque chose de très lourd à déposer et tant pis pour la salle d'attente qui est pleine, et puis, les patients attendront un peu plus et puis ils auront bien aimé qu'on ait fait pareil pour eux dans la même situation quoi. C'est un peu ça, voilà."

3.6.5 Figures du médecin

Les figures du médecin évoquées étaient plutôt le médecin paternaliste.

M14 " [...] les patients bavards nan, ils peuvent nous agacer mais ils sont en général assez innocents et gentils quoi, c'est pas. Enfin oui et puis c'est aussi des patients qu'ont pas la même, la même, le même niveau socioéconomique que nous, le même niveau intellectuel que nous, enfin et donc oui mais bon on est censé traiter tous nos patients pareils [...]."

3.6.6 Statut du médecin

Le statut de remplaçant ou d'interne pouvait entrer en jeu dans la relation médecin-malade avec le patient "qui parle beaucoup".

Pour le remplaçant, certains médecins avaient expliqué qu'ils avaient plus de temps, moins de consultations donc possiblement plus de disponibilité d'écoute que le remplacé.

Pour le statut d'interne, il pouvait être difficile d'établir une relation avec des patients que l'interne ne connaissait pas. Egalement, la différence concernant la formation à l'hôpital avait été évoquée avec notamment l'absence de pression de la salle d'attente et une gestion du temps plus aisée.

M9 "[...] la plupart du temps moi j'ai quand même moins de travail que le médecin avec qui je travaille parce que, comme je suis la remplaçante, j'ai moins de gens qui viennent régulièrement donc j'ai un peu moins de consultations et puis avant c'était des jours qui étaient fermés donc les gens ont moins l'habitude de venir aussi. Donc j'ai plus le temps que lui quand même, même matériellement j'ai plus le temps, et donc du coup ce qui est satisfaisant tout simplement [...]."

M18 "[...] mais on a toujours cette pression d'être en retard, j'aime pas que les gens attendent et on a cette pression en plus qu'on avait pas à l'hôpital parce que finalement à l'hôpital, on veut rentrer dans une chambre et on peut rester aussi longtemps qu'on veut, on n'est pas coincé."

3.6.7 Formation continue

Selon les médecins, la formation et l'apprentissage étaient essentiels pour prendre en charge les patients "qui parlent beaucoup" de manière efficiente.

M9 " C'est vraiment un art et je sais pas si on finit d'apprendre, je sais pas s'il existe une méthode parfaite pour ça et je crois que ça peut se, (rires), s'apprendre pendant toute une vie (rires)."

M12 " L'examen physique, je, je reprends la main impérativement sauf quand je pose des questions durant l'examen physique. Heu, mais heu, je ne peux pas avoir une auscultation heu, s'il parle; je peux pas, analyser sa ventilation s'il parle; je peux pas analyser son ventre s'il parle; je peux p...je sais pas faire ça. Enfin je crois pas que ça soit enseigné comme ça non plus maintenant. Mais heu, (rires), je ne pense pas. "

3.6.8 Professionnalisme

Selon certains médecins, il n'était pas possible de parler de soi ou avoir le droit d'être malade. Le médecin se devait d'être disponible pour écouter la souffrance du patient jusqu'à être son confident. Certains médecins avaient exprimé qu'ils auraient pu arrêter un suivi, pendant que d'autres n'arriveraient pas à se l'autoriser ou cherchaient des arguments comme le manque de confiance ou l'incompatibilité manifeste.

M17 " En fait je crois que la difficulté, il faut arriver à dire son besoin à soi, à son patient, à dire qu'elle est sa réalité sans dire "heu heu, je suis mourante, heu, je suis en burn out, vous voulez pas m'écouter" (ton ironique) (rires)."

M12 " Alors, l'arrêt de la relation théoriquement le médecin n'a pas à mettre fin à une relation avec son patient c'est dans le code. Hm... Sauf incompatibilité manifeste, manque de confiance, etc. Etc."

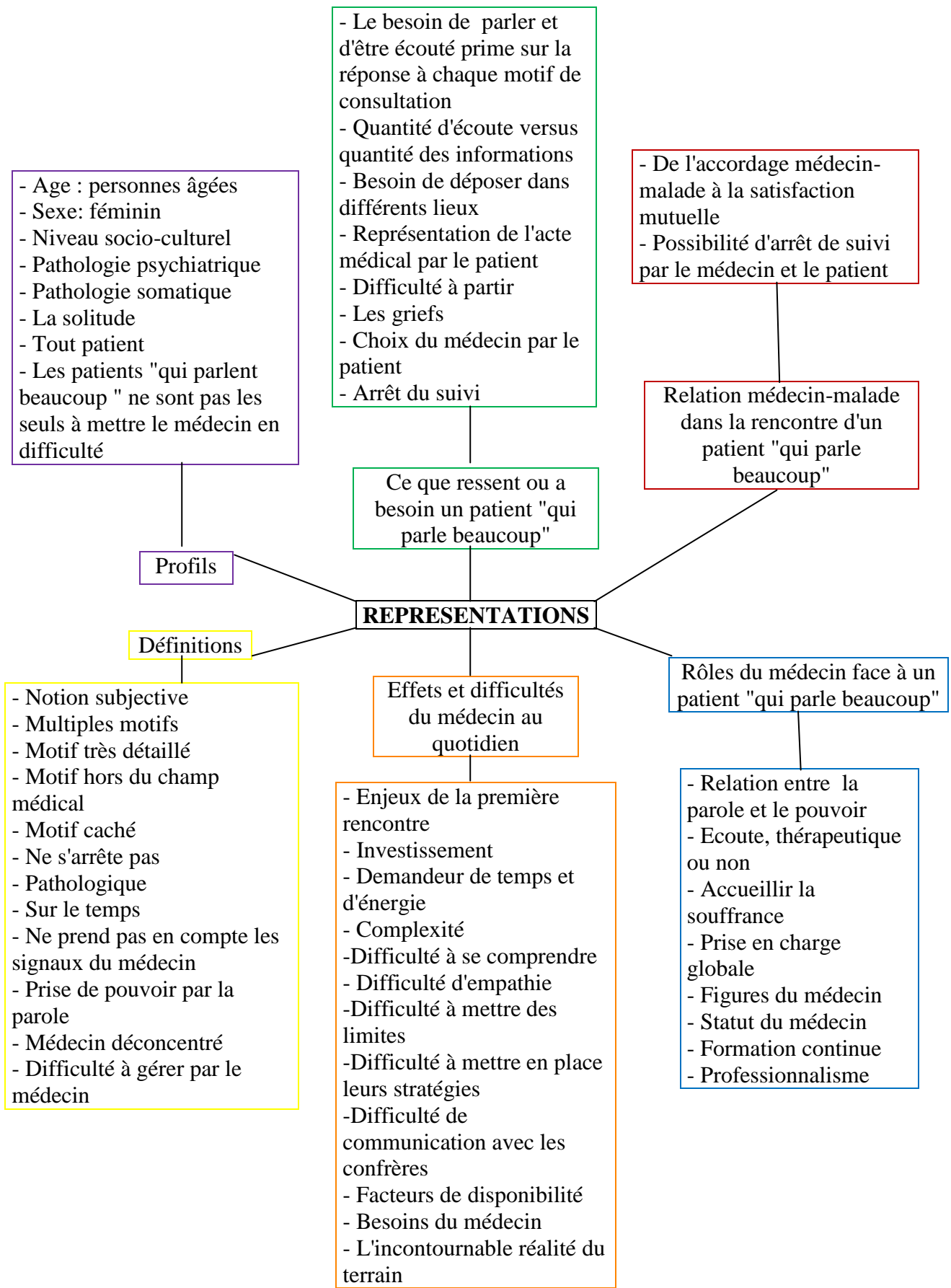


Figure 4 : Schéma récapitulatif des représentations des médecins interviewés

Chapitre 4 : Ce qui est propre aux médecins interviewés

4.1 Tempérament et caractère

Les caractères et tempéraments des médecins décrits étaient principalement : être à l'écoute, la douceur, être bavard, l'humour, être pacifique, l'anxiété, l'exigence, la rigidité et le rapport au narcissisme.

4.1.1 A l'écoute

M13 "[...] au début je suis plutôt très très heu très à l'écoute [...]."

4.1.2 Douceur

M13 "Mais moi je suis jamais très très brusque donc ça passe un peu en douceur c'est un peu des transitions."

4.1.3 Bavard

M1 "[...] ce qui est pour moi primordial dans la consultation, c'est de savoir se taire, surtout pour moi qui suis une grande bavarde, voilà."

4.1.4 Humour

M12 "Heu... j'ai un sale caractère moi donc du coup je, j'ai tendance à trancher un peu dans le vif et à... bloquer le patient un petit peu dans ses demandes [...]."

4.1.5 Pacifique

M4 "En général j'essaie le plus longtemps possible de l'écouter, heu je ne suis pas très fort pour stopper les gens, donc je vais pas, les casser en cours de route."

4.1.6 Anxiété

M7 "[...] on se dit "putain, encore lui cette après-midi, c'est pas possible, "et on flippe déjà, c'est pas possible, comment je vais faire pour abrégé la consult."

4.1.7 Exigence

M1 " [...] je dois penser à, est-ce que je, est-ce-qu'il m'a, est-ce-qu'il m'a bien tout dit et est-ce que j'ai réussi à répondre à toutes ses attentes, je me pose la question si j'ai bien, bien fait quoi, tout simplement."

4.1.8 Rigidité

M3 " [...]on a souvent un timing à respecter, et donc on sait qu'on va devoir hmm bah le temps qu'il va nous prendre va empiéter sur le temps qu'on aurait dû consacré aux autres patients, forcément on va être en retard, on va être plus énervée, on va être moins attentive, [...]c'est donc parfois difficile d'arriver à comprendre l'essentiel du problème, parfois ils nous perde en fait dans leurs, dans leurs discours heu donc on a du mal à résumer, à synthétiser."

4.1.9 Rapport à son propre narcissisme

M18 "Il y a des gens qui écoutent, par exemple, bah moi, boss... bon an mal an mais toutes les personnes qui parlent beaucoup, je les ai toujours, toujours (rires), je pense parce que bah je les, je les écoute et je ne les coupe pas [...]."

4.2 Compétence empathique

La compétence empathique était évoquée avec le besoin d'offrir un espace d'écoute, sans préjugé, pouvant aller jusqu'à la confiance ou le sentiment de pouvoir se substituer au psychiatre.

M9 "Heu... si c'est une personne qui parle beaucoup mais avec qui y'a de l'empathie c'est à dire dans ce qu'elle dit y'a, je reconnais de la souffrance [...] Heu... si... (Réfléchit), ff, c'est horrible de dire ça mais si j'estime que ce qu'elle me raconte, que y'a, c'est intéressant, et que y'a une souffrance derrière, que j'ai une utilité pour cette personne [...]."

M13 " Mais ils ont besoin je pense de beaucoup d'écoute et il faut leur laisser un petit peu cette place là même si on a besoin de les recadrer [...]."

4.3 Histoire personnelle

Certains médecins avaient pu évoquer leur propre histoire personnelle et comprendre les difficultés que les patients pouvaient rencontrer.

M17 " Donc, et en même temps je conçois que pour les patients, ce soit pas, pas agréable et pas facile; parce que moi je suis déjà passée de l'autre côté de la barrière [...]."

4.4 Motivations à l'exercice de la médecine

Les motivations à l'exercice de la médecine évoquées étaient : l'envie de sauver le monde, la pulsion épistémophilique, l'attrait pour la science et l'argent.

Le positionnement en tant que sauveur pouvait engendrer un besoin de perfectionnisme ou une difficulté à poser des limites entre la vie professionnelle et personnelle.

Le désir de savoir serait selon la théorie psychanalytique une forme détournée des pulsions sexuelles et trouverait une origine dans une interrogation sur la nature de la sexualité.

L'attrait pour la science pouvait engendrer un besoin de s'occuper de l'aspect médical avant l'aspect relationnel.

Le besoin de compensation financière était également une motivation, au regard de l'importance du travail psychique et physique et du temps passé lors d'une consultation avec un patient "qui parle beaucoup".

M17 " Et voilà, et je pense que tout le problème, le nœud pour moi en tout cas c'est la culpabilité de pas faire une consultation comme j'aurais aimé la faire, voilà, de pas accorder, de pas sauver la planète (rires), ça se travaille j'ai toute une carrière pour le faire (rires)."

M16 "Ouais une dame qui travaillait dans une mairie à côté. Bon, elle a toujours... sa vie est très mouvementée, (rires), donc elle est toujours victime de son ami qui s'en va , qui revient, qui s'en va, qui revient, elle sait pas si c'est son ami ou si c'est un colocataire, enfin c'est elle qui l'héberge d'ailleurs, et très difficile à comprendre [...]. C'est un peu ma faute, parce que je voulais savoir (rires) la suite de l'histoire avec son compagnon (rires++), il était parti en Indonésie, et donc moi, là c'est ma faute (rires++), j'aurais pas dû poser de questions . Mais enfin, mais bon enfin, j'avais raté un épisode [...]."

4.5 Représentation du "bon médecin"

Les médecins évoquaient un idéal de leur métier mis en difficulté par la réalité du terrain, les cadences imposées.

M9 "[...] nous on s'impose de répondre à toutes les questions alors que en fait bah eux ils sont là pour parler et partager mais ils cherchent pas forcément à avoir une solution."

M3 "[...] c'est vrai quand c'est une écoute passive parce qu'on sait pas comment les arrêter sans être trop autoritaire ou, ou enfin ou sans qui nous considère comme méprisant ou, du

coup c'est c'est délicat parce qu'on aurait envie d'être plus ferme et en même temps moi j'ose pas parfois heu être trop dirigiste enfin ouais c'est pas confortable. "

M13 " Pour les patients qui ont besoin de leur médecin comme comme confident et comme vraiment quelqu'un qui va les écouter, ça c'est très important."

4.6 Enjeux narcissiques: séduction et quête affective

Lors de la rencontre avec un patient "qui parle beaucoup", les attentes affectives (souvent inconscientes) du médecin vis-à-vis des patients, pouvaient réguler ou compenser le surinvestissement du médecin nécessaire dans l'accompagnement de ces patients.

M8" Heu, et je crois que voilà y'a certaines personnes, certaines patientes qui m'ont apprécié et qui reviennent aussi pour ça plus avec moi."

4.7 Limites propres à chaque médecin

Les limites propres à chaque médecin étaient en termes de temps, de quantité et de type de patients. Concernant la limite du temps, cela pouvait concerner le temps toléré de paroles du patient pouvant aller de cinq minutes à trente minutes, ou le temps de consultation avec un patient "qui parle beaucoup" qui pouvait aller jusqu'à une heure.

Concernant la limite de quantité, cela pouvait concerner la quantité de motifs de consultation, pouvant aller jusqu'à cinq, la quantité de patients qui "parlent beaucoup" et le nombre de consultations par jour.

Concernant la limite du type de patients, cela pouvait concerner des patients ayant une pathologie psychosomatique, une dépression ou pouvant être menaçant pour le médecin.

M3 "[...] effectivement à un certain moment dire stop, peut-être au bout de cinq minutes maximum [...]."

M19 "[...] j'ai toujours, même si y'a quatre-cinq problèmes qui sont importants, je les ai toujours réglés même si c'est des consultations qui me prennent des fois trois quarts d'heure [...]."

4.8 Satisfaction au travail

La satisfaction au travail a été évoquée avec la notion de plaisir voire de joie dans la rencontre avec certains patients ainsi que le fait de mêler médecine biomédicale et plaisir de

converser. La satisfaction au travail a été également évoquée dans les situations où le médecin a pu garder la maîtrise de la consultation tout en répondant aux attentes du patient.

M9 "[...] y'a des patients avec qui on s'entend bien d'emblée et ils vont nous raconter leur vie et alors soit ça va être triste et on va être dans l'empathie, soit c'est des rigolos et ça va passer, ça va nous faire passer un bon moment. "

M17 "Bah ça dépend comment j'ai géré, si j'ai réussi à dire gentiment, fermement, délicatement, respectueusement stop, on va s'orienter dans telle voie, heu ça se passe bien."

4.9 Travail sur soi et prise de distance

Certains médecins ont exprimé le besoin d'amorcer un travail sur eux vis-à-vis de leur relation avec un patient "qui parle beaucoup". Cette amorce de travail sur soi conditionnait la possibilité de prise de distance. La difficulté de mise à distance pouvait engendrer une perte des limites dans la relation médecin-malade.

M7 " Paradoxalement, je pense que ces patients qui parlent beaucoup peuvent parfois être moins bien soignés. Parce que le fait qu'ils parlent beaucoup, le fait qu'ils saoulent le médecin, heu, que le médecin il a envie que ça se termine et je ne suis pas convaincu qu'ils soient mieux soignés. Je crois que c'est plus en leur défaveur. "

M18" [...] et j'essaie de faire un maximum, alors c'est à double tranchant, peut-être que je devrais en faire moins et mieux, peut-être que je fais trop et que je vais pas assez au fond, je sais pas, j'essaie de trouver un juste milieu, vraiment de prioriser , mais je sais que j'essaie toujours d'en faire un maximum, heu que peut-ê., mais là je suis en train de travailler sur le fait d'en faire moins mais mieux quoi. "

4.10 Apprentissages théoriques

Certains médecins s'appuyaient sur leurs apprentissages antérieurs pour pouvoir gérer les patients « qui parlent beaucoup » notamment pour la question de l'écoute, pour l'examen physique et pour la question de s'autoriser l'arrêt du suivi.

M3 " Et puis heu, et puis heu, en même temps heu on est mal à l'aise d'habitude c'est plutôt l'inverse on dit les médecins écoutent pas suffisamment les patients, donc on a été formé là-dessus, donc on se dit qu'il faut qu'on écoute plus etc. qu'on soit plus à l'écoute mais en même temps heu une écoute efficace et qui produit un résultat [...]."

M9 " Y'a l'écoute un peu passive où on peut se dire bon "là elle me raconte sa vie, je m'en fous un peu, ça n'a pas d'importance" et après parfois il faut une écoute active quand vraiment y'a une demande derrière [...]."

4.11 Ouverture à l'apprentissage expérientiel

Suite à leurs difficultés rencontrées lors des consultations avec un patient « qui parle beaucoup », certains médecins avaient décidé de se former notamment aux techniques de communication, de prendre du recul par l'écriture ou certains comptaient sur l'apprentissage par l'expérience au quotidien. Certains médecins avaient le souci d'apporter une aide pour cette recherche et permettaient d'ouvrir la réflexion via leur positionnement avec ce type de patients.

M12 "Honnêtement c'est la première fois que je me pose ces questions là. C'est (rire) c'est très bien. Je suis ravi d'avoir dit oui à cette étude [...] J'en vois deux dans ma tête comme ça. Mais je vais les voir différemment maintenant."

M18" Donc c'était vraiment une très mauvaise expérience et depuis cette trace, j'ai appris beaucoup de moyens de communication pour faire des agendas de consultation, pour faire, pour prioriser, même si c'est des premières fois. Mais j'avoue les premières fois, c'est quand même difficile (rires)."

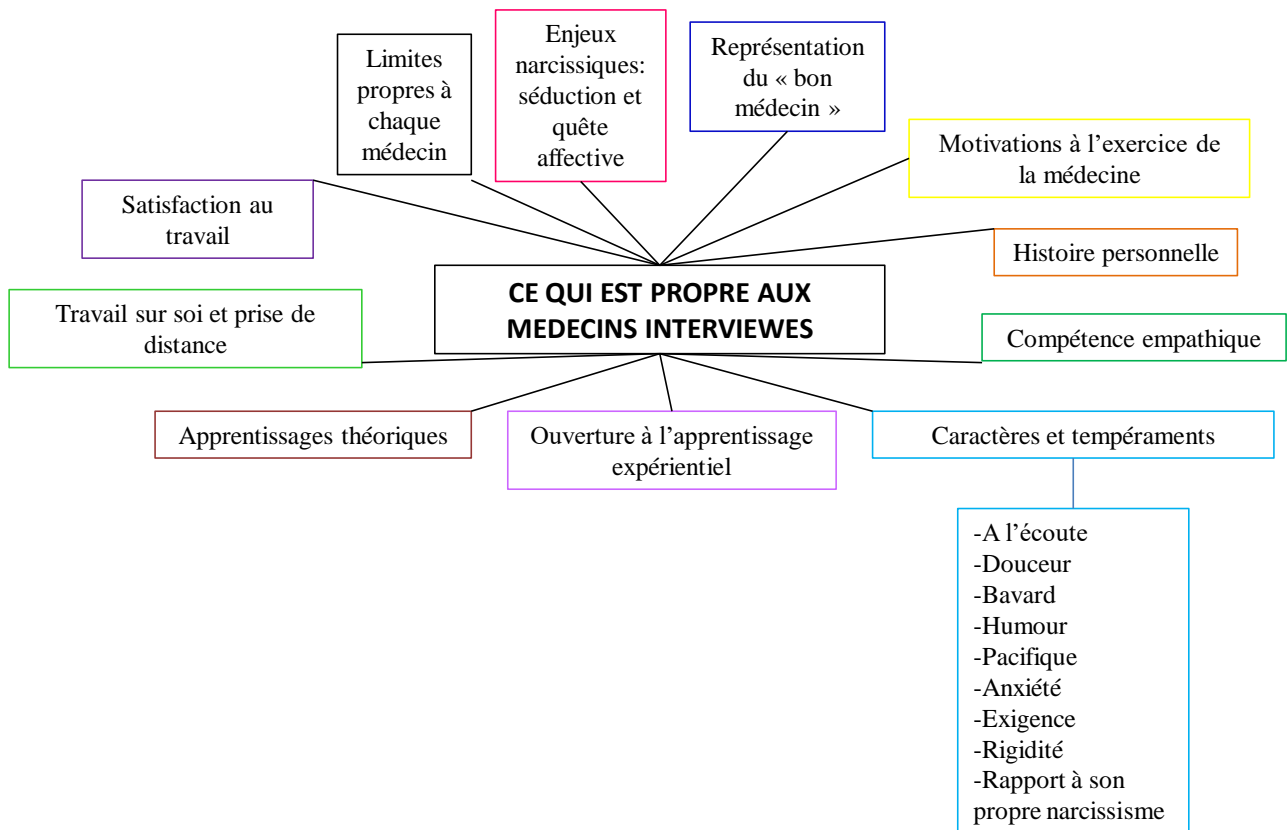


Figure 5 : Schéma récapitulatif de ce qui est propre aux médecins interviewés

Chapitre 5 : Stratégies mises en place par les médecins interviewés

Les médecins avaient mis en place différentes stratégies pour gérer la consultation avec un patient "qui parle beaucoup". Ces stratégies pouvaient être regroupées en : stratégies où le patient était au centre, stratégies où le médecin était au centre et stratégies où un compromis entre le médecin et le patient avait pu être mis en place.

5.1 Stratégies où le patient est au centre

5.1.1 Connaître le patient pour s'adapter

Connaître le patient était pour certains médecins une stratégie à part entière avec la possibilité de s'adapter soit à la capacité à recevoir l'information, soit au besoin ressenti par le patient.

M2 " [...] sinon faut souvent bien connaître le patient, et du coup bien connaître les moyens de le cadrer, c'est plus facile avec des gens qu'on connaît, voilà on a l'habitude quoi, avec lesquels on a l'habitude."

M17 " [...] une des stratégies peut-être est de lui dire "mais quel est votre besoin, quelle est votre demande aujourd'hui pour cette consultation, pourquoi êtes vous venus me voir, qu'est ce que je peux faire pour vous aujourd'hui " voilà, c'est ça qui me semblait important de dire."

5.1.2 Augmenter sa disponibilité

Pour pouvoir s'adapter aux besoins du patient, les médecins avaient donc décidé de prendre plus de temps avec ces patients "qui parlent beaucoup" jusqu'à repousser leurs propres limites et donner leur numéro de téléphone personnel. Certains médecins qui avaient décidé d'augmenter le temps, nous avaient dit que cette stratégie n'était pas efficace.

M6 " C'est à dire que j'avais laissé à la secrétaire la consigne que si lui il appelait, fallait qu'elle me donne dix minutes, enfin la demi-heure entière. Mais ça n'a pas duré longtemps... (Ah oui ? Et pour quelle raison ?). Parce que ça sert à rien. Ça change rien au problème. Sauf qu'on est tranquille en se disant mais de toute façon, sauf si on est tranquille on va utiliser, on va lui donner trois quart d'heure, il va utiliser trois quart d'heure, on lui donnera une heure, il utilisera une heure, on lui donnera le quart d'heure, il utilisera le quart d'heure."

M7 " Et en fait ce mec là, il m'a inondé de messages. Tout le temps, il m'envoyait plein de messages. "Il m'arrive ça, qu'est ce que je fais". C'était l'horreur quoi, parce que je me suis

dis, jamais j'aurais dû lui filer mon numéro. Y'a d'autres patients à qui j'ai filé mon numéro de portable, ils l'utilisent une fois en deux ans pour me dire " voilà, j'ai tel truc ou..." mais des patients, voilà."

5.1.3 Laisser parler sans interrompre

Certains médecins avaient mis en place la stratégie de laisser le patient parler sans l'interrompre. Certains médecins pensaient que cette stratégie était plus ou moins efficace.

M1 "[...] c'est de savoir se taire".

M8 " Bah, enfin, souvent ils s'arrêtent quand même au bout d'un moment (rires), et j'ai pas besoin de les arrêter moi-même."

5.1.4 Rassurer le patient tout au long de la consultation

Certains médecins avaient préféré rassurer le patient tout au long de la consultation afin de contenir l'angoisse ou l'anxiété du patient qui "parle beaucoup", y compris pendant l'examen physique. Certains avaient également rassuré leurs patients sur leurs disponibilités et le suivi.

M11 " [...] je les rassure parce que des fois, rien que réassurer ça suffit à ce qu'ils ne partent pas dans tous les sens pendant une heure quoi."

M11 "Et puis heu, sinon souvent j'essaie de, je les écoute, surtout je les réassure, souvent ils ont plein de questions parce qu'ils sont inquiets et puis normalement je leur propose de les revoir, qu'ils rappellent rapidement, et de prendre un rendez-vous si, s'ils ont un souci entre temps, si ça s'est pas amélioré."

5.1.5 Reconnaître la souffrance du patient

Certains médecins avaient utilisé comme stratégie de reconnaître la souffrance du patient et de la lui verbaliser.

M17 "[...] j'ai dû reconnaître la souffrance de cet homme voilà, et puis lui demander pourquoi il me disait ça maintenant enfin essayer de, voilà et puis au bout d'un moment j'ai dit on va se revoir dans peu de temps. Voilà, donc mettre de la régularité pour dire qu'on va poursuivre la prochaine fois, "j'ai bien entendu ce que vous m'avez dit, c'est très lourd, c'est très douloureux, c'est très compliqué, heu... si ça va pas vous m'appellez", enfin voilà donner des possibilités."

5.1.6 Ne pas infantiliser le patient

Certains médecins avaient exprimé le fait de ne pas infantiliser le patient et notamment lorsqu'il parle au moment de l'examen physique.

M9 " Mais par contre ce que je n'aime pas du tout et ce que je ne fais jamais, c'est mettre mon doigt sur la bouche, enfin les choses non verbales que j'ai déjà vu faire, moi quand j'étais étudiante, c'est à dire regarder les gens en mettant le doigt sur la bouche et les regarder, l'air de dire... parce que je trouve que ça infantilise vachement."

5.1.7 Ne pas céder à la pression de la salle d'attente

Une autre stratégie exprimée par les médecins, était de ne pas céder à la pression de la salle d'attente notamment face à l'augmentation du temps pris pour un patient "qui parle beaucoup".

M17 "Et puis d'autres fois, ils ont un terrible besoin de parler parce qu'ils ont quelque chose de très lourd à déposer et tant pis pour la salle d'attente qui est pleine, et puis, les patients attendront un peu plus et puis ils auraient bien aimé qu'on ait fait pareil pour eux dans la même situation quoi."

M18" Elle m'avait pris quasiment une heure, heu, alors qu'on consultait au quart d'heure, donc y'avait des gens qui attendaient dehors, mais elle avait réussi à me convaincre que ce qu'elle avait c'était grave."

5.2 Stratégies où le médecin est au centre

Les stratégies où le médecin est au centre ont été les plus exprimées. Nous avons pu les classer en fonction des stratégies affectives pour se protéger, des stratégies cognitives et des stratégies comportementales.

5.2.1 Stratégies affectives défensives pour se protéger

5.2.1.1 Avoir des a priori négatifs

Une des stratégies affective était d'avoir des considérations négatives envers le patient "qui parle beaucoup" afin peut-être de mettre à distance ses difficultés à gérer la consultation.

M15 "Mais au final alors que lui avait un a priori négatif, parce que souvent c'est réciproque hein : t'as un a priori négatif, il l'a aussi donc, c'est c'est tant mieux."

M5" Et heu, peut-être qu'on va prendre moins de plaisir à les voir parce qu'on sait que ça va être une consultation pénible où il va falloir tout le temps cadrer donc certainement ça."

5.2.1.2 Rejeter le patient

Afin probablement de se protéger, certains médecins ont été jusqu'à avoir du mépris et une attitude de rejet lors d'une consultation avec un patient qui "parle beaucoup".

M15 " Donc c'est toujours un peu délicat parce que tu sens que tu vas commencer à avoir une attitude négative mais que ça peut aussi léser ton ton diagnostic donc c'est c'est compliqué."

M14 " Bah si c'est la dame que j'ai vu dix fois ces derniers jours, je me dis "ah nan pas encore madame truc-truc" (rires), j'avoue je me dis ça."

5.2.1.3 Infantiliser le patient

Pour pouvoir gérer la consultation avec un patient "qui parle beaucoup", l'infantilisation avait pu être utilisée comme moyen de stratégie défensive.

M5 " Et puis, il faut se les partager, avec les médecins, je pense que si, que si on se les prend chacun pour cinq ans, c'est déjà pas mal (rires), faut faire des tournantes c'est pas mal aussi, moi je trouve, parfois, on se dit finalement très bien, " je te donne le bébé"."

M10 " Ah, bah des fois, je peux leur dire, ben... "Arrêtez deux secondes de parler j'écris" ou "arrêtez deux secondes, je vais faire des bêtises.""

5.2.1.4 Faire culpabiliser le patient

Certains médecins ont essayé de faire culpabiliser le patient notamment face au temps pris et la pression de la salle d'attente.

M9 "[...] si elle avait besoin de revenir, elle pourrait revenir, elle savait quel jour je travaillais, et que je ne pouvais pas tout faire aujourd'hui et que là, la salle d'attente était bondée et que, et alors généralement, elle dit qu'elle comprend."

M16 "Il faut... les couper, ça c'est une des stratégies. Heu, bon bah leur dire que on peut pas tout faire le même jour, qu'il faut savoir cadrer quoi je veux dire, que y'a d'autres patients qui attendent et tout ça."

5.2.1.5 Etre dans le déni des affects

La mise à distance de leurs émotions avec le déni de la situation était une stratégie de défense utilisée lors d'une consultation avec un patient "qui parle beaucoup".

M8 " Heu, bah moi ça ne me dérange pas. Rien de particulier. C'est un patient comme un autre. Voilà."

M12 " Ah nan je ne fais pas, je ne pense pas en tout cas, faire rejaillir mon exaspération sur le patient suivant. Je, je ne crois pas. Mais heu, non voilà, j'ai tourné la page point."

5.2.1.6 Avoir un fonctionnement opératoire

Une autre stratégie de protection qui a été mise en place par les médecins était le fonctionnement opératoire.

M10 " Peut-être que je me dis, bah si je le sais longtemps à l'avance, ben, je garde double, double créneau de rendez-vous. (Rires). Je mets un petit blanc après pour avoir le temps."

M19 "Nan mais en fait c'est surtout faut hiérarchiser les problèmes, ça va dans tous les sens; pour moi la gestion de ces patients c'est Ok, on leur demande pourquoi ils viennent et on règle ce problème et après si on voit que y'en a d'autres enfin ; en fait faut savoir hiérarchiser tous les problèmes et faut voir les priorités, sinon, sinon on ne s'en sort pas nous même."

5.2.1.7 Gérer sa propre angoisse

Certains médecins avaient mis en place une stratégie de rassurance afin de gérer leur propre angoisse face à un patient "qui parle beaucoup".

M1 "[...]c'est que je prends toujours un petit bloc note à côté de moi pour, déjà bien, un, cibler les motifs de consultations et je les écris devant lui et c'est aussi par le langage non verbal, une façon de lui montrer que je prends note de tout ce qu'il me dit, hmm, et pour lui montrer que je suis à l'écoute."

M3 " J'essaie quand même de les faire sortir heu, en étant eux rassurés et moi rassurée heu et puis heu et puis de leur laisser la porte ouverte pour une autre fois pour que même si j'ai été un peu ferme etc., bah voilà vous pourrez revenir. Ouais, voilà."

5.2.1.8 Se préparer avant la consultation

Certains médecins avaient signalé une anticipation voire une préparation psychologique avant la consultation avec un patient "qui parle beaucoup".

M18 " J'appréhende un peu, je me dis "mince", bon j'appréhende un peu mais avant la consult, je me briefe, je me dis "allez aujourd'hui on est bon quoi, on fait l'agenda de la consultation, aujourd'hui on priorise", ça marche rarement mais heu (rires), j'essaie de me mettre en mode coaching, aujourd'hui c'est bon aujourd'hui ça va pas se passer comme d'habitude, ça se passe souvent comme d'habitude mais bon après on fait avec."

M17 " C'est à dire que quand on est prévenu, on dirige mieux l'entretien (rires); (Ça se passe mieux le fait de savoir ?). Voilà, exactement, on anticipe mieux et, mais on surveille peut-être mieux la pendule aussi [...]"

5.2.1.9 Garder la maîtrise de la consultation

Certains médecins avaient besoin de garder la maîtrise de la consultation avec la nécessité pour eux de tenir leur cadre et d'instaurer des règles.

M2 "Après, c'est, c'est essayer de ne pas se faire submerger par leurs flots de paroles du coup, faut essayer de rester maître du débat, donc toujours les recadrer en permanence quand on voit qu'ils partent dans les détails et revenir à la question principale qu'on a essayé de déterminer avant."

M12 "Nan, nan, ah nan, l'examen physique, c'est non. (C'est à dire?). L'examen physique, nan. L'examen physique, je, je reprends la main impérativement sauf quand je pose des questions durant l'examen physique."

5.2.1.10 Avoir le sentiment de contrainte

Certains médecins avaient le sentiment d'obligation de devoir cadrer davantage, de devoir écourter la consultation ou de ne pas pouvoir refuser un patient "qui parle beaucoup".

M11 " Des fois je devrais peut-être plus les recadrer ou. Mais bon quand on les connaît pas c'est pas, c'est pas évident de savoir, comportement antérieur, ou leur psychologie, et les prendre en charge, des fois on se fait un petit enfin un petit peu avoir quoi."

M13 "C'est ça, c'est juste que je sais que je vais perdre du temps, et qu'il va falloir que je mette en place des stratégies pour écourter la consultation surtout surtout si c'est, ça arrive

en fin de journée, t'es fatiguée, t'en a vu déjà vingt-cinq avant et donc ça dépend du moment aussi où ça arrive."

5.2.1.11 Avoir besoin de restauration et de partage

Certains médecins avaient le besoin de partager avec des confrères suite à des consultations avec des patients "qui parlent beaucoup".

M15 " Et du coup j'ai discuté avec mon, un autre médecin généraliste qui travaillait en même temps, je lui ai raconté cette situation."

M18 " [...] et ma copine psychiatre me disait "nous, on débrieife, on discute, et puis on n'en enchaîne pas trente, on en enchaîne cinq ou sept" et ça je trouve que c'est un vrai problème en médecine générale, on devrait avoir des créneaux dédiés, enfin il faudrait que ce soit arrangé différemment."

5.2.1.12 Recourir au statut de remplaçant

Certains médecins utilisaient leur statut de remplaçant pour se protéger et se rassurer face à un patient "qui parle beaucoup".

M8 " Et, heu, moi le suivi bah moi c'est au gré des patients vu que je suis médecin remplaçant, c'est pas moi qui décide du suivi."

M11 "Donc faut trouver le juste milieu, après je pense aussi que y'en a quand ils nous connaissent pas, ils ont l'impression qu'ils doivent tout raconter, parce qu'on est, on est remplaçant, on n'est pas leur médecin traitant et du coup, c'est un peu plus long mais là on a juste à leur dire qu'on a les, on va dire les gros éléments (en montrant l'ordinateur) et ça se passe bien."

5.2.2 Stratégies cognitives

5.2.2.1 Définir un ou plusieurs motifs ciblés

Certains médecins cherchaient à cibler le ou les motifs de consultation du patient.

M2 " Alors, donc du coup, un, vraiment, c'est, (pause) c'est essayer d'exposer clairement leurs questions, ça c'est le plus dur je pense, savoir nettement pourquoi ils sont venus."

M14 "Heu...bah si, si à la fin de ma consultation j'ai réussi à quand même définir voilà les... ne pas me perdre trop à cause du bavardage et ... avoir voilà défini deux ou trois points je sais pas sur lesquels il faut avancer[...]."

5.2.2.2 Différer les motifs de consultation

Une fois les motifs de consultation ciblés, les autres étaient différer à une autre consultation.

M7 " Je fais mon boulot et je leur dis "bah écoutez, voilà c'est comme ça "et il continue bah je dis "bah on verra une autre fois quoi"."

M19 "Heu... bah le problème avec les patients qui parlent beaucoup c'est que y'a, enfin quand, quand on les laisse parler des fois on voit que y'a énormément de problèmes, donc en fait j'essaie de hiérarchiser, j'essaie de régler les problèmes les plus importants et je le dis ouvertement, je fais "bah aujourd'hui, on fait ça, ça, ça " et souvent ce que j'ai fait avec les patients qui m'ont beaucoup parlé, j'ai fait "à la prochaine consultation, bon enfin voilà."

5.2.2.3 Ne pas relancer

Avec un patient "qui parle beaucoup", certains médecins ne relançaient pas ou n'osaient pas relancer de peur de ne pas réussir à gérer le flux de paroles. Cela pouvait conduire à un risque de perte des informations importantes pour la prise en charge.

M4 " [...] alors je vais peut-être pas, pas faire exprès de lui redemander de préciser un point de sa vie parce que je sais que du coup je vais avoir droit à tout l'arbre généalogique et à tout le roman."

M9 " [...]essayer de le relancer sur les choses qui pour nous, nous paraissent importantes et pour eux, peuvent parfois leur paraître plus futiles et puis on sait que si on va les relancer, comme c'est des gens qui parlent beaucoup, bah on est reparti pour un tour, et donc ça à un côté assez stressant pour la gestion du temps et un côté stressant pour nous même, qu'on se perde pas."

5.2.2.4 Ne pas poser de questions

Le fait de ne pas poser de question était une stratégie utilisée par certains médecins avec le risque de perdre des informations importantes pour la prise en charge.

M16 "[...] là c'est ma faute (rires++), j'aurais pas dû poser de questions."

5.2.2.5 Fuir le conflit

Certains médecins souhaitant fuir le conflit avec le patient " qui parle beaucoup", préféraient céder aux demandes sans les questionner.

M11 " Heu, je crois que la dernière c'est pas bien mais en gros, je lui ai donné ce qu'elle voulait pour (rires gênés) qu'elle parte, j'en avais marre. Ça fait trois fois que je la revoyais, elle me racontait toute sa vie pendant une heure et avec toutes les pathologies du monde. Donc j'ai fait ce qu'elle voulait."

M16 "Elle a dit que c'était pas une consultation parce qu'il n'y avait pas d'examen quoi, pour elle, à part que, une ordonnance pour ci, une ordonnance de kiné et puis il fallait lui trouver un kiné qui ne prenne pas de dépassement et puis... tous les médicaments il fallait les mettre en non substituable enfin bon (rires) même s'il n'y avait pas d'examen, ça a duré un bon quart d'heure l'histoire, enfin."

5.2.2.6 Utiliser la ruse

Certains médecins avaient utilisé la ruse comme stratégie avec un patient "qui parle beaucoup", en le valorisant ou pour arrêter un suivi.

M5" Ou alors aussi, je ruse, un peu parfois, j'essaie de les, de les mettre en mode, de, de les valoriser, sur quelque chose. Je leur dis "olala c'est super, machin... ", sur un voyage ou sur un truc, pour que du coup heu, ils pensent à autre chose que tous leurs malheurs, maladies, machins et finalement que la consultation ne soit pas si, si désagréable ou pas si longue que ça. Je vais aussi parfois ruser comme ça."

M5 " [...] je vais tellement pas répondre à leur demande que je suis sûre qu'ils ne reviendront pas, je vais m'arranger pour les faire partir comme ça insidieusement donc ça c'est déjà arrivé plusieurs fois."

5.2.2.7 Organiser sa consultation, son planning

Certains médecins avaient organisé leur consultation ou leur planning en fonction du patient "qui parle beaucoup". Certains médecins préféraient les voir le matin pour ne pas avoir accumulé de fatigue, d'autres en fin de journée pour ne pas avoir la pression de la salle d'attente.

M15 " J'ai tendance à donner le diagnostic un peu trop tôt ou à poser des questions alors qu'on est plus dans le temps de, de l'interrogatoire. Et ça, ça a tendance à polluer mon examen clinique."

M13 "Heu, bah j'essaie justement de ne pas le caser en fin de journée. Déjà (rires). Déjà parce que je sais que ça va me fatiguer ; de pas, de pas mettre ce genre de personne à des moments où moi je pourrais être tendue, et moins moins moins tolérante à la frustration, à l'écoute et tout ça".

5.2.2.8 Se mettre des objectifs

Certains médecins se mettaient des objectifs de consultation avec un patient "qui parle beaucoup" pour diminuer l'angoisse.

M5 " Heu donc c'est comme un peu, à faire un petit challenge quoi, où si on arrive à s'en sortir en vingt minutes, on est content."

M9 " Enfin, voilà, je me donne un objectif et en fait du coup je me dis à la fin de la consultation, bah tiens j'ai réussi ou bah j'ai pas réussi, en fait je me mets des défis, je me mets des défis quoi et ça finit par faire un défi avec une sorte de, je sais pas, on rentre dans un rôle."

5.2.2.9 La rémunération comme contrepartie

La contrepartie d'être payé rendait les choses plus acceptables pour certains médecins.

M6 " Mais le quart d'heure, faut se faire violence hein. A la fin... même pour remplir un chèque."

M16 " [...] c'est plus gênant quand on doit faire la carte vitale, le machin, le truc, la carte bleue, le... le dossier tout ça."

5.2.2.10 Expérience du médecin

L'expérience permettait à certains médecins de mettre en place des stratégies.

M1 " Alors en fait, heu, j'ai pas encore beaucoup d'expérience, mais, heu, au départ je, j'essayais de les interrompre quand je commençais à trouver ça trop long. Et maintenant je me suis rendue compte que moins je parle, moins je vais intervenir et heu, plus ça se terminera, plus, plus la fin de son, de ses, de sa description de symptômes va s'arrêter vite donc je je le laisse parler en fait, maintenant je parle moins, voilà."

M13 "[...] et je sais maintenant avec l'expérience revenir sur des sujets un peu plus centraux donc je je perds moins de temps[...]."

5.2.2.11 Transmettre son savoir

Certains médecins ont pu recevoir un savoir avec une diversité de stratégies d'emblée pour aborder les patients; et d'autres ont pu transmettre leur propre savoir aux jeunes médecins.

M5 "[...] quand je suis avec mes internes je les préviens," bon, alors je te préviens tu vas voir elle est hyper envahissante donc il va falloir cadrer !!".

M17 " Voilà mais souvent je, je vais cadrer et, et mon ancien maître de stage disait que je mitraillais pas mal de questions (rires). Que j'étais un peu, il me dit "mais laisse les parler" (en imitant son ancien maître de stage), mais je dis "oui mais moi je vais oublier ce que j'ai envie de dire" (rires), voilà."

5.2.3 Stratégies comportementales

5.2.3.1 Interrompre le patient

Certains médecins avaient comme stratégie plus ou moins efficace d'interrompre le patient "qui parle beaucoup", soit sans ménagement, soit avec douceur.

M6 " Il faut savoir intervenir au moment où on sent que, il va avoir une sorte de redite, c'est à dire qu'on va intervenir au moment où, il aura fini une phrase, il aura fini une explication, et dès que, on lui donne pas le temps de repartir vers autre chose à partir de ce qu'il vient de dire. Donc il y a une sorte d'entité qui vient de terminer, on essaie de l'interrompre au départ."

M9 " [...] Heu sauf pour écouter le cœur (rires) et les poumons pour les faire respirer. Heu, là, en général, heu, je leur dis que explicitement, j'ai pas d'autres techniques que leur dire " je suis désolée faut que j'écoute le cœur, faut se taire là parce que j'entends rien" (rires)[...]. "

M15 " Heu, poser les questions, couper, ça ne marche pas. Ça ne marche pas parce qu'il voit que t'as envie de couper court et du coup il continue, il radote."

5.2.3.2 Mitrailler de questions

Une autre stratégie consistait à mitrailler de questions le patient.

M17 " Heu, alors j'ai une très vilaine tendance, c'est que je mitraille de questions [...]."

5.2.3.3 Cibler les questions

Certains médecins posaient des questions précises sur un sujet qu'ils souhaitaient développer avec le patient "qui parle beaucoup", ou utilisaient des mots spécifiques, ou bien des questions fermées. Cette stratégie était efficace selon certains médecins.

M9 " Heu...en fait, je la connais bien maintenant, donc du coup je sais que de tous les sujets dont elle va me parler et globalement j'attends pas qu'elle parle, qu'elle vienne toute seule sur les sujets, je la lance directement sur, "et les maux de tête ?", heu, donc elle va commencer par me raconter sa vie mais tout de suite je vais la relancer sur "vous avez fait ce qu'on avait dit?, est-ce-que l'IRM vous l'avez faite ? est-ce-que vous avez vu l'orthoptiste? est-ce-que". "

M13 " Par exemple oui à une dernière consultation dont je me souviens j'ai dû dire " hmm et sinon par rapport à vos douleurs, qu'est ce que vous me disiez" et j'essaie de rebondir sur quelque chose qu'il m'avait dit sur la douleur ou la céphalée ou peu importe et je dis "mais on va revenir à ça". Et je les relance sur le, sur ce qu'il avait dit. (Ça fonctionne?) Hmm, ça fonctionne. Ça fonctionne. Oui ça fonctionne plus ou moins (rires). "

5.2.3.4 Dire au patient "qu'il parle beaucoup"

Certains médecins verbalisaient au patient le fait "qu'il parle beaucoup".

M6 " Heu...le fait de les connaître, et de savoir et de leur avoir dit d'ailleurs. "

5.2.3.5 Ne pas répondre

Certains médecins avaient évoqué aussi le fait de ne pas répondre au patient comme stratégie.

M5 " Quand on veut que ça s'arrête, on arrête de parler. "

M19"[...] bah des fois je réponds pas, ça m'est arrivé deux ou trois fois quand même de pas répondre... par exemple, je fais un courrier, et je vois qu'il est en train de parler parler parler, donc je n'arrive vraiment pas à me concentrer, je réponds pas, je réponds pas donc là il s'arrête lui même [...]. "

5.2.3.6 Montrer physiquement son écoute

Certains médecins montraient physiquement leur écoute au patient pour le rassurer.

M1 "C'est que je prends toujours un petit bloc note à côté de moi pour, déjà bien, un, cibler les motifs de consultations et je les écris devant lui et c'est aussi par le langage non verbal,

une façon de lui montrer que je prends note de tout ce qu'il me dit, heu, et pour lui montrer que je suis à l'écoute [...]."

M9" Ou alors si, mélangé, à tout ce blabla, y'a des motifs qui se multiplient et alors là, là c'est un peu la panique... heu, du coup, ça c'est... heu, là c'est désagréable parce que donc, moi ce que je fais, c'est qu'au fur à mesure que j'entends un motif, je l'écris [...]."

5.2.3.7 Montrer physiquement son absence d'écoute

Certains médecins montraient physiquement leur absence d'écoute afin d'écourter la consultation.

M14 "Heu... jsais pas, je parlerais pas de stratégie mais parfois y'a genre j'arrête de, de regarder le patient, je regarde mon ordinateur, genre j'écoute qu'à moitié, jme dis il va peut-être capter le message un peu je pense heu...on va dire physique de je suis pas très attentive."

5.2.3.8 Expliciter le cadre

Certains médecins explicitaient le cadre au patient "qui parle beaucoup" surtout en terme de limite de temps à respecter.

M1 " [...] je vais pas hésiter à lui dire quand il va m'énoncer tous les motifs de consultation et à parler de beaucoup de choses, à lui dire, "bah on aura pas forcément le temps de tout traiter aujourd'hui mais est-ce que vous pouvez prioriser certaines choses auxquelles je pourrais répondre", voilà."

M3 " [...] voilà effectivement à certain moment dire stop, peut-être au bout de cinq minutes maximum heu et puis heu et puis lui dire voilà " écoutez heu heu aujourd'hui on a un temps limité on va pas pouvoir résoudre tous vos problèmes, on va se consacrer à l'essentiel, je vous propose de voilà de nous occuper de ça, ça et ça", peut-être trois choses que j'ai pu retenir de son discours et puis "et puis ensuite pour les autres choses vous viendrez une autre fois on prendra rendez-vous etc. heu si vous êtes d'accord"; voilà. "

5.2.3.9 Expliciter les différents temps de la consultation

Certains médecins verbalisaient les différents temps de la consultation, à savoir : le temps de remplissage des données administratives, le passage de l'interrogatoire à l'examen physique et la fin de l'examen physique.

M15 "Heu, nan je pense normalement ce qui marche c'est te lever et dire "on va regarder". Et la petite phrase "bon bah on va regarder! ", "bon bah on va vérifier! ". Voilà. C'est ma technique que j'utilise assez souvent."

M17 " Bah c'est ça, je leur dis "maintenant là, on va s'arrêter, on va prendre un petit temps pour faire telle chose et puis après on reviendra à cette chose là ", mais j'en ai pas tellement, pas tellement d'autres (rires) dans mon sac. (Et ça fonctionne?) Et ça fonctionne pas mal. Hmm, globalement ça fonctionne assez bien. Ouais."

5.2.3.10 Verbaliser ses difficultés au patient

Certains médecins expliquaient au patient "qui parle beaucoup" leurs difficultés : soit à se concentrer, soit à faire un examen physique de qualité, soit à remplir les informations administratives ou soit la pression de la salle d'attente.

M10 " Ah, bah des fois, je peux leur dire, ben... "Arrêtez deux secondes de parler j'écris" ou "arrêtez deux secondes, je vais faire des bêtises", voilà gentiment hein, je leur dis parce que, "vous êtes, vous êtes en train de me déconcentrer", je peux leur dire comme ça, je peux leur dire heu gentiment."

M18 "[...] ou je commence à aller sur le reste c'est à dire si j'ai besoin d'une bio ou de quelque chose et j'explique bien que bah déjà la salle d'attente est pleine et au delà de ça, ça n'est pas leur rendre service que de tout faire d'un coup et que on va prioriser on va faire petit par petit mais je me fais encore avoir, je n'arrive pas encore à le faire parfaitement."

5.2.3.11 Modifier son comportement

Certains médecins modifiaient leur comportement soit en paraissant plus assuré, soit en dégradant leur comportement.

M3 "[...] quand je sais que je vais voir quelqu'un comme ça, j'essaie d'avoir un peu plus d'assurance puis après ça dépend des jours, ya des jours où on a de l'assurance et des jours où on en a moins parce que voilà, suivant les expériences qu'on a eu. Mais heu voilà, J'essaie de, transmettre ça."

M10 "[...] des fois tu peux faire en sorte de ne pas non plus être forcément au mieux, au mieux dans ton comportement, pour qu'il éventuellement, qu'il ne t'aime plus et qu'il aille voir ailleurs."

5.2.3.12 Se mettre en action

Certains médecins utilisaient des signaux physiques pour faire avancer leur consultation avec un patient "qui parle beaucoup". Ils le faisaient dès le début de la consultation mais aussi durant l'examen physique en se levant et verbalisant ce temps là ou en annonçant la prise de tension artérielle ou alors en se levant pour signifier la fin de la consultation. Les stratégies durant l'examen physique étaient jugées efficaces.

M4 " [...] donc souvent je je me lève et je dis " voilà, je vais vous examiner je vais prendre votre tension" donc ça permet d'avoir une cassure un petit peu dans le, le monologue...

... Heu et sinon, heu, y'a un peu plus longtemps, c'était facile juste voilà j'allais "je vais prendre votre tension " et ça, ça coupe, assez facilement."

M9" Après, elle repart (rires), voilà, elle redébite, heu mais je peux lui dire, avec un peu, enfin même, avec le langage non verbal. Maintenant quoi, le fait de sourire, et de la regarder avec un air qu'est ce que je viens de vous dire, elle comprend mieux et puis heu, voilà, voilà, je peux même parfois me lever donc là du coup elle sort le chéquier et puis (rires), elle comprend donc heu."

5.2.3.13 Gérer l'administratif

Certains médecins pouvaient gérer la partie administrative avant, dans un souci de gain de temps (actes de cotation et de paiement) ou alors, le faire en fin de consultation pendant que le patient parle (ordonnances, courriers, actes de cotation et de paiement).

M4 " Et quand vraiment ça continue, ça m'est arrivé ya pas trop longtemps, heu c'est pas génial mais je faisais les ordonnances en même temps que la personne continuait à me parler parce que c'était impossible, ça faisait déjà une demi-heure qu'elle parlait toute seule et limite je lui prenais sa carte vitale et demandais le paiement en même temps quoi. Voilà."

M5 " Ensuite, je, donc, déjà moi je, je demande toujours la carte vitale en premier, pour tous les patients, j'ai fait ça maintenant pour tous les patients, pour gagner du temps... Et donc si je le demande au départ, moi ça me permet, j'ouvre le dossier avec la carte vitale, je vais tout de suite coter, faire ma cotation, ça prend un peu de temps du coup, ça s'est fait [...]."

5.2.3.14 Faire intervenir un tiers

Il était demandé par le médecin l'aide d'un tiers parce qu'il n'arrivait plus à gérer le patient "qui parle beaucoup". Ce tiers pouvant être un accompagnant, un collègue, un spécialiste ou les urgences.

M3 "[...] je sais que mes, mes, mes maîtres de stage parfois, me disaient "je suis bien contente que ça soit toi qui le voit ce patient ou cette patiente parce que, parce que moi j'en peux plus quoi"...on aurait envie de les envoyer vers des spécialistes tout le temps et leur faire faire des examens en permanence [...]."

M5 " Et puis, il faut se les partager, avec les médecins, je pense que si, que si on se les prend chacun pour 5 ans, c'est déjà pas mal (rires), faut faire des tournantes c'est pas mal aussi [...]."

M10 " Oui, l'autre jour c'était un couple. Et c'est le mari qui a même dit à sa femme "mais tais-toi, tu vois bien que le docteur elle écrit" (rires). Tu vois. J'avais de l'aide."

5.2.3.15 Stratégies spécifiques au remplaçant

Certains médecins remplaçants mettaient sur l'agenda du remplacé les patients "qui parlent beaucoup" pour ne plus avoir à les gérer.

M9 "Après, en tant que remplaçant, on peut se dire aussi , " attend, il est suivi régulièrement par l'autre médecin, je ne suis peut-être pas obligée de tout solutionner aujourd'hui et de tout écouter, d'être parfaite [...]."

M9 " Moi j'ai la chance de me dire que, quand vraiment j'en ai ras-le-bol je le mets pas pendant ma consultation, et je le mets pour le lendemain pour le médecin quoi (rires)."

5.3 Stratégies où le compromis est co-construit entre les places respectives du patient et du médecin

5.3.1 Prioriser pour trouver un compromis entre les priorités de chacun

Certains médecins essayaient de trouver un compromis en priorisant entre les priorités médicales et les priorités du patient.

M9 " Et puis heu, bon je vais aller chercher les réponses puis paf! , après je vais la relancer directement sur un autre sujet qui l'inquiète, sur son mari qui est Alzheimer, et puis donc heu, c'est, je vais la couper, et puis heu, pour aller rechercher les informations qui m'intéressent, qui je sais elle aussi l'intéressent, je sais qu'elle va me poser la question de toute façon [...]."

M18 " Maintenant je dis "je vous écoute, dites moi et puis on va discuter ensemble"... il faut les laisser finir et là on fait un peu l'agenda de la consultation; je leur dis "alors aujourd'hui, on va voir ça, ça, ça, ça me paraît plus urgent et le reste je vous donne dès maintenant un rendez-vous la semaine prochaine et on gèrera " ... et que on va prioriser on va faire petit par petit [...]."

M17 "[...] c'est à dire trouver un compromis entre répondre à la demande du patient, la demande dite scientifique et la demande psychologique, enfin essayer de trouver un bon compromis [...]."

5.3.2 Maintenir l'écoute pour créer le lien et le maintenir

Certains médecins avaient créé un lien par l'écoute afin d'établir une relation de confiance médecin-malade dans la durée avec les patients "qui parlent beaucoup".

M3 " J'essaie quand même de les faire sortir heu, en étant eux rassurés et moi rassurée heu et puis heu et puis de leur laisser la porte ouverte pour une autre fois pour que même si j'ai été un peu ferme etc., bah voilà vous pourrez revenir. Ouais, voilà. "

M17 " Heu, nan, ça ne pose pas de problème, parfois j'ai besoin de silence donc je dis au patient "attendez" ou alors je dis" vous savez j'ai le stéthoscope sur les oreilles je ne peux pas entendre ce que vous me dites". Et après quand je pose, je dis "on va s'arrêter cinq minutes et on reprend après". Donc ils ont quand même un temps de parole. (Rires)."

5.3.3 Recentrer

Certains médecins recentraient sur le motif de consultation principal du patient.

M4 "Heu ça va être soit de, d'essayer de recentrer sur exactement le problème pour lequel la personne vient ce jour-ci. Heu des fois ça ne marche pas. "

5.3.4 Relancer

Certains médecins relançaient sur un sujet qui intéressait le patient.

M9 "[...] parfois même c'est moi qui les relance volontairement sur quelque chose qui me paraît pas forcément intéressant pour le sujet médical du jour, mais qui va ... leur faire du bien, parce que ils vont parler, parler [...]."

5.3.5 Reformuler

Certains médecins utilisaient la reformulation lors d'une consultation avec un patient "qui parle beaucoup" à la fois pour montrer que beaucoup de choses avaient été dites mais aussi s'assurer de leur compréhension.

M3 " Bah dès que je peux , dès que je sens que y'a à peu près une fin logique j'essaie de de résumer ce qu'il a dit, pour déjà être sûre que je me sois bien faite comprendre et puis pour lui montrer qu'il a déjà dit beaucoup de choses."

M13 " Et maintenant, je, je reprends en fait les termes de leurs phrases par exemple quelqu'un me dit où il a passé ses dernières vacances au ski, je dis "ah oui d'accord vous étiez à tel endroit, c'est super intéressant mais pour revenir alors heu au sujet de notre consultation"[...]."

5.3.6 Résumer

Certains médecins utilisaient la méthode du résumé; à la fois ils demandaient au patient de résumer ses propos ou les médecins résumaient afin de synthétiser les propos du patient dans un souci de compréhension ou de trouver une conclusion à la consultation.

M2 "[...] enfin en reprenant un peu les la la prise en charge, enfin du moins en disant la question primordiale qui avait émergé au début de l'entretien et avec les solutions auxquelles on a apporté, on lui fait un petit résumé quoi à la fin au patient et on voit si ça lui va ou s'il avait d'autres trucs qu'on a pas vu parce que c'était noyé dans le flot de paroles."

M6 " Alors au besoin, on, on résume, on redit ce qu'ils viennent de nous dire. On peut avoir plusieurs méthodes comme ça, heu, on peut utiliser le "dites le moi en deux mots" ou heu "moi je redis ce que vous venez de me dire, si on s'est bien compris"."

M16 " [...] pour lequel il va falloir essayer de trouver une conclusion (rires) pour pouvoir attaquer le patient suivant disons."

5.3.7 Avancer dans la consultation sans interrompre

Certains médecins avançaient dans leur consultation sans interrompre le patient "qui parle beaucoup" en l'invitant à s'installer pour l'examen physique ou en imitant les gestes à faire durant l'examen physique ou en utilisant le temps de parole du patient pour réfléchir.

M8 " Donc, moi j'avance dans ce que j'ai à faire mais heu, voilà je les laisse continuer à parler, et puis des fois ça fait d'ailleurs ressortir des nouvelles choses au moment de l'examen clinique, pour avancer sur vraiment, pourquoi est ce qu'elles sont venues, donc, voilà. On continue à parler pendant l'examen clinique."

M9 " Heu et l'examen neurologique, bah c'est pareil, entre deux phrases, on peut très bien dire "mettez les mains comme ci"; pour le doigt-nez, il faut quand même leur expliquer donc on, je les arrête "attendez, là je vous explique, hop " et puis après ils repartent."

5.3.8 Traitement pour apaiser le patient

Certains médecins avaient repéré l'anxiété exprimée par le flux de paroles du patient. En traitant ce comportement, celui-ci s'était apaisé.

M7 " Y'en a certains ça correspond franchement à une anxiété et y'en a d'autres c'est une façon d'être mais y'en a c'est vraiment une anxiété importante quoi.[...] (Et il continue de vous harceler de messages ?). Heu, il va mieux. (Rires). Il va mieux, je l'ai mis sous, je lui ai mis quoi? Sertraline, ou un truc comme ça et donc il va mieux. Donc maintenant il est content d'être sous antidépresseur et il est mieux (me le dit en étant content lui aussi). Il est moins chiant (rire)."

5.3.9 Verbaliser le report sur une autre consultation et assurer le suivi

Certains médecins proposaient une autre consultation afin de traiter les autres motifs de consultation et d'assurer le suivi.

M3 " [...] et puis lui dire voilà " écouter, heu aujourd'hui on a un temps limité, on va pas pouvoir résoudre tous vos problèmes on va se consacrer à l'essentiel, je vous propose de voilà de nous occuper de ça, ça et ça", peut-être trois choses que j'ai pu retenir de son discours et puis "et puis ensuite pour les autres choses vous viendrez une autre fois, on prendra rendez-vous etc. heu si vous êtes d'accord"; voilà."

M11 " Après j'aime bien les revoir assez, quand même assez souvent pour quand c'est un traitement chronique, en espérant qu'ils adhèrent bien. Puis bon ça permet de voir s'ils, s'ils, s'ils ont bien toléré, comme souvent ils sont plutôt rassurés de voir qu'ils sont suivis, qu'on leur balance pas un traitement à vie. "

5.3.10 Majorer le temps

Certains médecins avaient majoré le temps de consultation pour permettre une meilleure gestion du patient "qui parle beaucoup".

M11 " Il faudrait pouvoir mettre des fois deux consults, pouvoir avoir droit de faire ça, comme ça on anticipe."

M18 "[...] je bloque deux, trois créneaux, je suis beaucoup plus sereine ou je sais, je le mets en fin de journée ,comme ça il ne fera pas attendre les gens, moi je rentre plus tard chez moi c'est pas grave."

5.3.11 Adapter son comportement au patient

Certains médecins avaient adapté leur comportement en faveur de la relation médecin-malade en essayant de mettre plus de tact, de combattre leurs a priori jusqu'à lâcher prise.

M7 " En fait ça dépend aussi du contexte. Si c'est des patients que, que j'aime bien et que, qui ne me gênent pas, je vais peut-être les écouter mais par contre les autres, bah je, je vais faire, je les laisse parler, je fais mon ordonnance, voilà et après je leur dis. "

M12 "Ah, j'ai pas de stratégies; je sais, je, je... j'ai, j'ai pas de calcul particulier, enfin j'ai pas de recettes particulières que j'ai mis au point avant. Je, je pense que ça va dépendre aussi du patient; y'a des patients qui sont pas prêts à heu.... à avoir un discours un peu , un peu sec, d'autres qui l'acceptent sans problème."

5.3.12 Gérer les émotions du patient et du médecin

Certains médecins avaient comme stratégie de gérer à la fois leurs émotions comme la frustration, l'agacement ou l'anxiété et celles du patient "qui parle beaucoup" comme la frustration ou l'anxiété.

M7 " Au départ je les laisse parler un petit peu, et puis après, bah après j'essaie de les, de les canaliser parce que sinon on n'en sort pas quoi."

M9 "Et là, quand on commence à connaître les patients, on sait quels sont les sujets qui vont revenir et, heu, c'est un petit peu plus simple, heu, voilà de les rassurer directement sur les sujets qui reviennent à chaque fois et le relancer[...]."

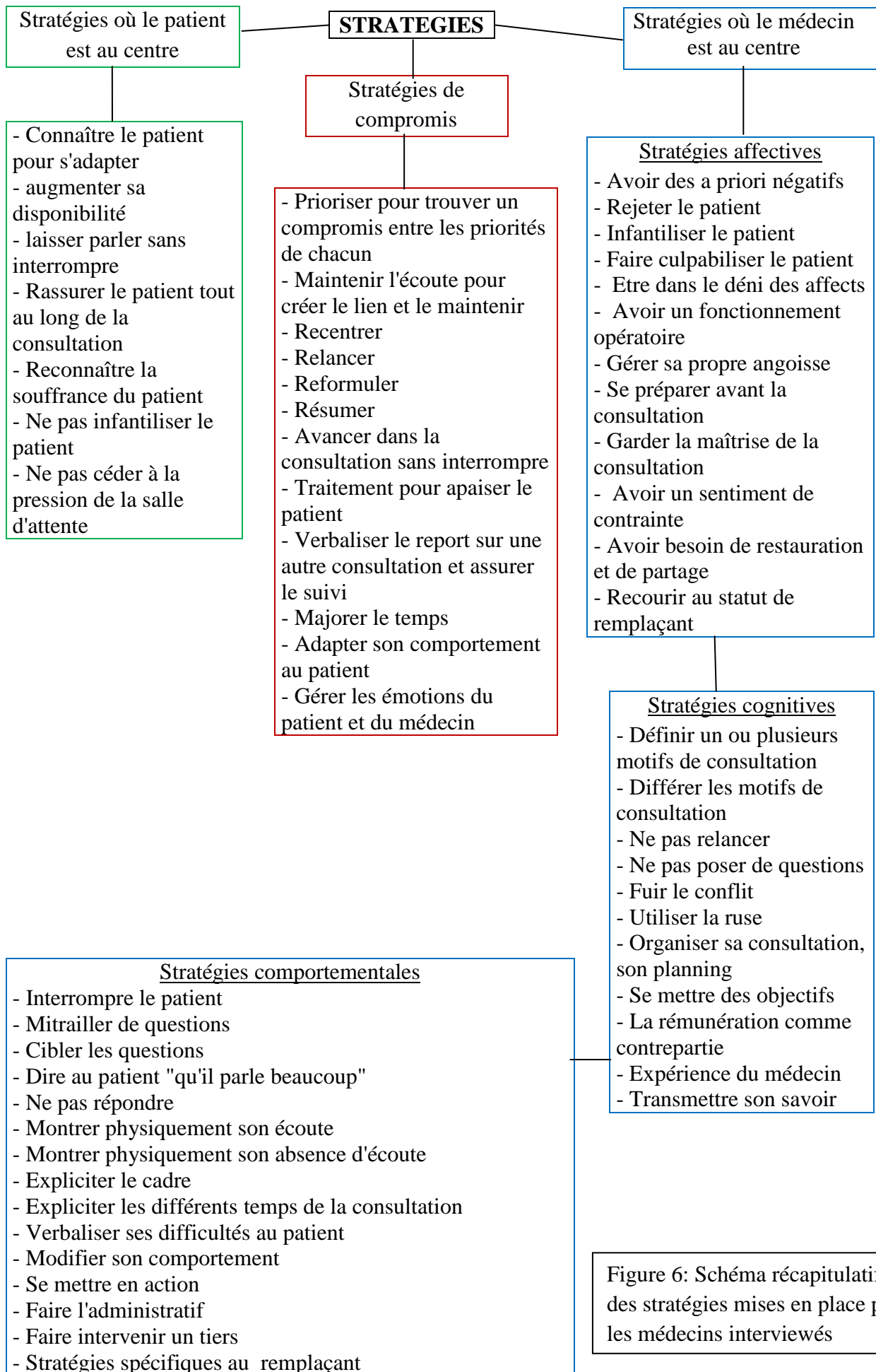


Figure 6: Schéma récapitulatif des stratégies mises en place par les médecins interviewés

Discussion

L'objectif de notre étude était d'explorer les stratégies mises en place par les médecins généralistes lors de la rencontre de patients adultes "qui parlent beaucoup" au cabinet en Ile-de-France et d'explorer leurs représentations qui donnent sens aux prises en charge lors de la rencontre de patients adultes "qui parlent beaucoup".

Les médecins avaient pu donner leurs définitions du patient "qui parle beaucoup" ainsi que différents profils correspondants. Ils avaient également explicité les effets et difficultés face à un patient "qui parle beaucoup" et finalement nous rappeler leurs rôles de médecin.

Ces différentes représentations avaient pu nous laisser entrevoir leurs vécus globalement difficiles lors d'une consultation avec à un patient "qui parle beaucoup". On a mis en évidence certaines caractéristiques propres aux médecins interviewés.

Quant aux stratégies retrouvées: soit le patient était au centre, soit le médecin était au centre, ou soit il s'agissait d'un compromis. Dans la gestion de leur consultation avec un patient "qui parle beaucoup", les médecins utilisaient des stratégies à la fois affectives, cognitives et comportementales.

Les médecins ont souligné deux points essentiels : l'importance de la première rencontre avec un patient "qui parle beaucoup" et le risque de perte de chance pour ces patients devant la difficulté du médecin à gérer le flux de paroles.

Il est communément admis que les médecins doivent avoir une empathie envers leurs patients. Cette empathie et l'attitude bienveillante qui en découle, passent par l'écoute du patient. Mais souvent l'empathie mise en œuvre par le médecin ne semble pas suffire à un patient avide de considération. Ainsi, les médecins ressentent la nécessité de développer des stratégies adaptées aux patients "qui parlent beaucoup". Pour cela, les médecins doivent prendre en compte leur vécu et analyser les mouvements de transfert et de contre-transfert (40) particulièrement durant ce type de consultation.

Le patient "qui parle beaucoup" pousse le médecin suffisamment bon (40) dans ses limites ou ses retranchements. A ce moment là, le médecin peut ressentir par moment la menace d'un débordement qui le conduira possiblement à amorcer un travail sur soi. Ce travail sur soi va commencer à lui permettre d'élaborer sur son vécu, les représentations et les stratégies qu'il a pu mettre en place lors de la consultation. Mais cela est d'autant plus difficile dans un contexte où le temps est précieux avec l'obligation de rentabilité.

Le contexte actuel de travail de ces médecins se heurte au développement du consumérisme (9) et l'égoïsme (9) de nos sociétés. Ces médecins sont mis à rude épreuve avec l'envie de soigner dans des conditions qui ne sont pas optimales. La pression vient à la fois des patients, mais également de la société en général, ainsi que possiblement de certaines caractéristiques du médecin, comme a pu le suggérer cette étude. Ainsi, il peut même être reproché au

médecin de prendre du retard sous prétexte de s'occuper d'autres patients. Et c'est ainsi qu'on voit apparaître au XXIème siècle, le syndrome des professionnels de santé nommé le burn out (41). Ces patients "qui parlent beaucoup" pourraient être un des facteurs favorisant ou précipitant ce burn out en sollicitant bien au-delà des limites du médecin.

Les patients qui "parlent beaucoup" prennent du temps et de l'énergie comme l'ont si bien décrit les médecins interviewés. Ainsi, il apparaît nécessaire d'avoir un espace tiers d'élaboration pour les médecins qui prennent soin de ces patients. Ces espaces peuvent être les groupes d'échanges de pratique comme le groupe Balint (42-43) ou plus récemment les groupes de réseaux sociaux. Les groupes Balint, nés dans les années 1960 suite aux travaux de Michael Balint, permettent d'élaborer les processus de transfert et de contre-transfert à l'œuvre dans la pratique clinique. La dynamique groupale et l'étayage du superviseur peuvent reconstituer une enveloppe effractée lors de mouvements affectifs trop intenses, comme c'est le cas avec des patients "qui parlent beaucoup".

La médecine narrative (44-45) pourrait également constituer une réponse à cette problématique. La mise en récit par le médecin de ce qu'il vit et pense dans la rencontre avec ses patients est un outil précieux pour élaborer ce qui s'est passé. La mise en récit oral en contexte interprofessionnel constitue également un moyen de métabolisation psychique efficace. En revanche, les patients "qui parlent beaucoup" viennent questionner les limites d'une écoute ouverte sans scansion. Une écoute sans limite du médecin, non ponctuée de contenance verbale et infra-verbale, pourrait majorer l'angoisse sous-jacente, par exemple l'angoisse du vide, que le discours sans fin cherche à combler. Cette clinique singulière pourrait venir affiner le dispositif de médecine narrative.

L'une des fonctions thérapeutique du médecin se situe dans la capacité à contenir l'angoisse du patient. Lors de débordements émotionnels, la tentation peut être grande de plaquer sur des patients trop gênants une étiquette psychiatrique. Cela permet au médecin de les mettre à distance, en catégorisant leur logorrhée comme pathologique. C'est parfois le cas, et cela permet de faire appel au spécialiste. Mais cela peut également être une façon de ne pas entendre l'angoisse qui vient se déposer dans ce lieu ; voire de se protéger d'un travail psychique.

Il apparaît cependant important que le médecin dispose d'outils d'aide à la relation médecin-malade. La roulette combinatoire de la communication professionnelle en santé (1,3) semble être un outil précieux. La situation des patients "qui parlent beaucoup" n'y figure pas comme une situation particulière. Les analyses de cette étude suggèrent peut-être l'intérêt d'ajouter cette situation spécifique aux « situations particulières ».

Chapitre 1 : les limites

Cette étude qualitative présente certaines limites.

1.1 Concernant le recrutement

Plus de jeunes médecins ont été interviewés (47% avaient moins de 30 ans, et 53% avaient une durée d'exercice < 5 ans). Ceci peut-être expliqué, d'une part par le fait que les premiers médecins sollicités étaient des anciens internes de l'étudiant (SL) et qui à leur tour ont pu donner des coordonnées d'autres jeunes médecins. D'autre part, il est possible qu'ils fussent dans la dynamique d'entraide concernant cette recherche en vue de soutenir la thèse. A noter que certains médecins étaient encore internes au moment de l'étude. Mais ils étaient tous en dernière année d'internat de médecine générale et avaient donc tous au moins l'expérience du stage ambulatoire en cabinet niveau 1.

Plus de médecins non installés ont été interviewés (68%). Il est possible que ces médecins non installés avaient moins de charge de travail et donc plus de disponibilités. En effet les 3 médecins qui avaient été sollicités mais finalement qui n'avaient pas participé, étaient des médecins installés.

Plus de jeunes femmes ont été interviewées. Cela correspond à la féminisation progressive de la profession médicale. En effet, selon la DRESS (46) en 2018, 52% des médecins de moins de 60 ans (toute spécialité confondue) étaient représentés par des femmes. 59% des nouveaux médecins inscrits au Conseil de l'Ordre étaient des femmes.

Quatre des femmes médecins interviewées étaient enceintes soit 21%. Cela pouvait s'expliquer par le fait qu'elles étaient plus disponibles. En effet, deux d'entre elles étaient en congé maternité au moment de l'entretien, une autre avait réduit ses activités de remplaçante au cabinet (pour aussi préparer sa thèse) et la dernière n'était pas installée en cabinet.

Le recrutement était prévu sur toute l'Ile-de-France. Finalement, aucun médecin du 77 n'a pu être interviewé. Ceci s'explique par le fait que nous avons estimé avoir atteint le seuil de saturation au 19ème entretien et aucun médecin interviewé nous avait donné les coordonnées d'un médecin dans ce département. 45% des médecins interviewés travaillaient dans le 78. Ceci s'explique par le fait que l'étudiante (SL) a d'abord recruté dans son cercle d'anciens internes qui travaillaient principalement dans le 78 et ces derniers lui ont donné des coordonnées de médecin à recruter principalement dans le 78. Il semble difficile d'extrapoler ces résultats à l'échelle nationale. Il est impossible de confronter ces résultats aux données internationales devant l'absence d'étude sur la gestion d'un "patient qui parle beaucoup" au cabinet.

1.2 Concernant la durée des entretiens

La moyenne de durée des entretiens était de 13 minutes, soit le temps moyen d'une consultation en médecine générale. Nous ne pouvons nous empêcher de nous demander si le contexte actuel avec la pression de la société et le manque de médecins généralistes auraient pu jouer un rôle dans ce temps dédié à l'interview.

A noter, que les deux plus longues interviews ont été réalisées avec des femmes médecins enceintes (17 minutes et 38 minutes). Cela pouvait s'expliquer par les remaniements psychiques de la grossesse : la levée du refoulement et la transparence psychique.

1.3 Concernant les résultats

Cette étude est centrée sur les représentations des médecins. Afin de dessiner une représentation plus juste des phénomènes à l'œuvre, le recueil du point de vue des patients aurait été très précieux. Certains médecins avaient pu émettre des hypothèses sur les besoins ou ressentis des patients. En effet cela semblerait pertinent d'avoir le vécu de ces patients "qui parlent beaucoup". En pratique, il nous semblait difficile du point de vue éthique d'interroger les patients en regard.

Conclusion

Cette étude visait à explorer les stratégies et représentations des médecins généralistes en cabinet en Ile-de-France lors d'une consultation avec un patient "qui parle beaucoup".

Les médecins ont pu expliciter leurs représentations, leurs définitions des patients "qui parlent beaucoup" tout en prenant en compte leur vécu et ce qui leur est propre. Les stratégies retrouvées étaient soit en faveur du patient, soit en faveur du médecin, soit en faveur d'un compromis. Ces stratégies pouvaient être affectives, cognitives ou comportementales.

Il serait intéressant de continuer ce travail de recherche à plus grande échelle. En effet, ces résultats peuvent conduire à mener une réflexion à l'échelle nationale sur la spécificité des prises en charge dans ce type de situation; et de proposer des outils adéquats pour soutenir à la fois le patient et le médecin.

Il pourrait également être intéressant de rechercher une corrélation entre l'empathie des médecins et les stratégies qu'ils mettent en place lors d'une consultation avec un patient "qui parle beaucoup". Pour cela, on pourrait utiliser une échelle d'auto-évaluation comme la JSPE (Jefferson Scale of Physician's Empathy) (47) ou la QCAE (Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy) (48) ou alors utiliser une échelle d'hétéro-évaluation.

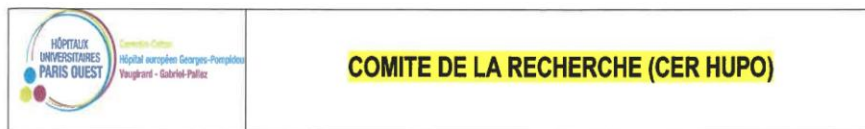
BIBLIOGRAPHIE

1. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé, 2ème édition. PEARSON ERPI. 2016.
2. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Médecine et Hygiène. 2010.
3. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. 2010;11(4):255–72.
4. Lussier M-T, Richard C. En l'absence de panacée universelle. 2008;54:1096–9.
5. Ossip-Loulié. Le langage et la verbomanie: essai de psychologie morbide. Hachette BNF. 1912.
6. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. 2006;(481).
7. Cherry D., Woodwell D., Rechtsteiner E. National Ambulatory Medical Care survey: 2005 summary. 2007;(387):1–39.
8. Bruen B., Ku L, Lu X, Shin P. No evidence that primary care physicians offer less care to Medicaid, community health center, or uninsured patients. 2013;32(9):1624–30.
9. Baudrillard J. La société de consommation. Essais folio. 1996.
10. Howard, Beckman, Richard, Frankel. The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data. 1984;101(5):692–6.
11. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S, Wossmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. 2002;325(7366):682–3.
12. Rhodes, Vieth T, He T, Miller A, Howes D., Bailey O, et al. Resuscitating the physician-patient relationship : Emergency department communication in an academic medical center. 2004;44(3):262–7.
13. Molley-Massol I. Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités, situations pratiques. DaTeBe. 2007.
14. Méndez A, Shymansky A, Wolraich M. Verbal and non-verbal behaviour of doctors while conveying distressing information. 1986;20:437–43.
15. Kacpersek L. Non-verbal communication: the importance of listening. 1997;6(5):275–9.
16. Gordan RA, Druckman D, Mozelle RM, Baxter JC. Non verbal behavior as communication: approaches, issues and research. In 2006. p. 73–119. (the handbook of communication skills, sous la direction d'Owen Hargie).
17. Collins LG, Schrimmer A, Diamond J, Burke J. Evaluating verbal and non-verbal communication skills, in an ethnogeriatric OSCE. 2011;83:158–62.

18. Zambelli Pinto R, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CC, et al. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. 2012;58.
19. Pawlikowska T, Zhang W, Griffiths F, Dalen J van, Vleuten C van der. Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations- How this relates to patient enablement. 2012;86:70–6.
20. Gomez G, Alliach E. Ways to improve the patient-physician relationship. 2013;26(5).
21. Sandhu H, Adams A, Singleton L, Clark-Carter D, Kidd J. The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. 2009;76:348–55.
22. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical Communication : A Meta-analytic Review. 2002;288(6):756–64.
23. Graf J, Smolka R, Simoes E, Zipfel S, Junne F, Holderried F, et al. Communication skills of medical students during the OSCE : gender-specific differences in a longitudinal trend study. 2017.
24. Richard L, Street J. Gender differences in health care provider–patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation? 2002;48(3):201–6.
25. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of Patient Clues and Physicians Responses in Primary Care and Surgical Settings. 2000;284(8):1021–7.
26. Attali C, Mazabrard P. Du médecin savant au médecin compétent. Une analyse des limites du modèle paternaliste en médecine générale. Commentaire. 2015;33(4):67–72.
27. Tates K, Meeuwesen L. Let mum have her say : turntaking in doctor-parent-child communication. 2000;40:151–62.
28. Gold, Andres D, Arbuckle T., Schwartzmann A. Measurement and correlates of verbosity in elderly people. 1988;43:27–33.
29. Schmidt, Lingler J., Schulz R. Verbal communication among Alzheimer’s disease patients, their caregivers, and primary care physicians during primary care office visits. 2009;77:197–201.
30. Miles MB, Huberman M. Analyse des données qualitatives. 2ème édition, De Boeck. 2003;626.
31. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of the grounded theory : strategies for qualitative research. 1967.
32. Tindall L, Smith J, Flower P, Larkin M. Interpretative Phenomenological Analysis : Theory, Method and Research. Taylor & Francis. 2009.
33. Husserl E. Cartesian meditations : An introduction to phenomenology. Springer Science and Business Media. 2013.

34. Smith J. Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychol Health*. 1996;11(2):261–71.
35. PIRÈS A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. In J. P. Poupart, J. P. Deslauriers. L. H., Groulx. A., Laperrière. R., Mayer & A. P. Pires (Éds). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaëtan Morin. pp. 113-173.
36. Exploration du contre-transfert dans la clinique du trauma : étude qualitative (thèse de docteur en psychologie). 2016;323.
37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357.
38. Smith, Flowers, Larkin. *Interpretative Phenomenological Analysis, Theory, Method and Research*. 2008.
39. Crossley M. *Introducing Narrative Psychology : Self, Trauma and the Construction of Meaning*. 2000.
40. Winnicott DW. *la haine dans le contre-transfert*. Petite Bibliothèque Payot. Payot; 2014.
41. Picard J, Catu-Pinault A, Boujut E, Botella M, Jaury P, Zenasni F. Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. *Psychology, Health & Medicine*. 2016; 21:3, 354-361.
42. Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: A literature review. *Patient Educ Couns*. juin 2015;98(6):685-94.
43. Ghetti C, Chang J, Gosman G. Burnout, psychological skills, and empathy: balint training in obstetrics and gynecology residents. *J Grad Med Educ*. déc 2009;1(2):231-5.
44. Charon, R. Préface. In: *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
45. Arntfield SL, Slesar K, Dickson J, Charon R. Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. *Patient Educ Couns*. juin 2013;91(3):280-6.
46. Démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins de 2018? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? la DRESS, mai 2018.
47. M Hojat, “L’empathie Dans L’éducation Des Professions de La Santé et Les Soins Aux Patients ,” New York, Springer International 2016.
48. Reniers R, Corcoran R, Drake R, Shryane N, Völlm B. The QCAE: A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. *Journal of Personality Assessment*. 2011;93(1):84-95.

ANNEXE 1: ATTESTATION VALIDATION COMITE D'ETHIQUE



Présents : BALLOUARD Christian ; de FALLOIS Manon ; FERRIE Scarlett-May ; FOURNIER Laure ; JANNOT Anne-Sophie ; KARAM Nicole, LEMOGNE Cédric, MAMZER Marie-France, PALLET Nicolas, ROMNEY Christine ; ZAANAN Aziz.

Madame,

Suite à votre demande en date du 21 novembre 2017 et à la délibération du CERHUPO en sa séance du 20 décembre 2017, veuillez trouver ci-dessous l'avis qu'il a délivré sous la référence :

- N° 2017-12-05: Marie-Aude PIOT – stratégies et représentations de prise en charge par des médecins généralistes en Ile-de-France de patients adultes « qui parlent beaucoup » au cabinet : étude exploratoire : **avis favorable**.

En vous remerciant de votre confiance.

Cordialement

A Paris, le 22 décembre 2017

Professeur Marie-France MAMZER

Présidente du CERHUPO

**ETHIQUE MEDICALE
ET MEDECINE LEGALE**
Pr Marie-France MAMZER
Faculté Biomédicale des Saints-Pères
45, rue des Saints-Pères
75006 PARIS

ANNEXE 2 : COREQ 32

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN

1/ Quelle est, pour vous, la définition d'un patient adulte qui parle beaucoup?

2/ Comment ça se passe avec ce type de patients?

Reformulation : Comment est ce que vous vous y prenez ?

3/ Quelles sont les stratégies que vous mettez en place pour ce type de patients ?

Reformulation :

- Selon chaque situation clinique, quelles ont été vos stratégies ?
- Sur les 2 ou 3 dernières situations, quelle a été votre technique ?
- Comment faites-vous pour structurer votre consultation avec un patient qui parle beaucoup ? (techniques, outils de communication, couper la parole, se lever même si le patient parle, lui dire qu'on va lui prendre la tension...).
- Est-ce-que cela fonctionne ?

4/ Par rapport aux autres patients que vous avez, que ressentez-vous face à un patient qui parle beaucoup?

Reformulation :

- Quel est votre sentiment premier ?
- Par exemple, de l'irritabilité? de la frustration ? du soulagement ?
- Les patients qui parlent beaucoup font-ils partie des patients les plus pénibles de votre cabinet ? les plus angoissants ? ou au contraire les plus agréables ?

Relances :

a) Que ressentez-vous après une consultation avec un patient qui parle beaucoup ?

b) Que ressentez-vous avant de voir un patient qui parle beaucoup ?

5/ Sur quels aspects pensez-vous que votre prise en charge des patients qui parlent beaucoup est satisfaisante ?

Reformulation :

Dans quelle mesure arrivez-vous à faire ce que vous avez prévu (bilan, dépistage) face à ce type de patients ?

6/ Dans quelle mesure pensez-vous que le fait qu'un patient "parle beaucoup" influe sur le maintien ou l'arrêt du suivi ?

Relance :

Pour quelles raisons ?

ANNEXE 4: DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- âge :
- sexe :
- lieu d'exercice : géographique, et seul ou en groupe
- durée d'expérience clinique :
- maître de stage ou pas :
- interne ou médecin généraliste :
- thésé ou pas :
- remplaçant ou pas :
- participation à groupe d'échanges autour de la pratique clinique (blog, Balint, rencontres informelles de collègue ...) :
- formation antérieure ou pas à la relation thérapeutique :
- Estimation de patients "qui parlent beaucoup" dans leur consultation (en chiffres bruts et pourcentage) :
- et estimation de la durée de prise en charge :
- Estimation de la durée moyenne d'une consultation avec les patients "qui parlent beaucoup":
- proportion de patients "qui parlent beaucoup" estimée relevant de la psychiatrie (en chiffres bruts et pourcentage) :

ANNEXE 5: NOTICE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude qui entre dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale.

Votre participation à cette étude est purement volontaire. Vous êtes entièrement libre de ne pas y participer. De même, vous êtes libre, à tout moment, d'interrompre votre participation à l'étude. Cette lettre d'information vous explique en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, réfléchir à votre participation, et demander au médecin responsable de la thèse de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

But de l'étude : Cette recherche a pour objectif de tenter de construire des outils à disposition des médecins pour prendre en charge de façon efficace les patients adultes « qui parlent beaucoup »

Durée de l'étude, nombre de participants attendus et lieu de réalisation de l'étude : Cette étude se déroulera sur un an. L'effectif total estimé est de 30 médecins (jusqu'à saturation des données). Les médecins seront interrogés à leur cabinet.

Déroulement de l'étude : Avant de participer à cette étude, une rencontre avec l'interne LALLIER Stéphanie vous sera proposée afin de vérifier que vous remplissez bien les conditions d'inclusion. Cette rencontre sera l'occasion de recueillir votre consentement à la participation de cette étude. Puis, il vous sera proposé de participer à un entretien ouvert, d'une durée de 30 minutes environ, mené par un membre de l'équipe impliqué dans cette recherche. Durant cet entretien, il vous sera proposé d'évoquer votre parcours ainsi que les stratégies que vous mettez en place face à un patient adulte qui parle beaucoup. Cet entretien sera enregistré par dictaphone.

Période d'exclusion : Pas de période d'exclusion pour la participation à une autre recherche

Bénéfices potentiels : Pour les médecins généralistes, la mise en récit va permettre une meilleure prise en charge des patients qui parlent beaucoup. C'est l'opportunité également de transmettre un savoir-faire à de jeunes médecins.

De plus, la mise en récit de ce qui se passe et s'est passé dans la rencontre de patients qui parlent beaucoup permet de prendre un peu de distance avec ce phénomène, d'expliciter certains points de vue différents, de décondenser certains mouvements ambivalents, voire d'en prendre conscience. Ce mouvement de verbalisation peut également être l'occasion de se réapproprier certains éléments de ces rencontres, voire de modifier leurs représentations par les mécanismes à l'œuvre lors de la mobilisation de ces représentations. De plus, si certaines de ces expériences ont été douloureuses, la valeur de la verbalisation prend plutôt une valeur

thérapeutique par rapport à l'option de ne pas en parler, comme en témoigne la pratique clinique.

Risques potentiels et événements indésirables : Notre étude ne comporte aucun risque potentiel. Néanmoins si vous présentez au cours de l'étude un état nécessitant une prise en charge psychiatrique en urgence, une équipe médicale se tient à disposition pour vous prendre en charge dans les meilleures conditions.

Compensation financière : Il n'y a pas de compensation financière.

Législation –Confidentialité : Cette étude répond à la qualification d'« expérimentation en science humaines et sociales dans le domaine de la santé ». Elle n'entre pas dans les conditions fixées par telle que définie au 2° de l'article L1121-1 (Loi Jardé) modifié par décret du 9 mai 2017, N° 2017-884, du code de Santé Publique. En effet, cette étude ne comporte aucun aspect médical ou biologique, qui vise à évaluer le mécanisme de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique. Il ne comporte pas directement d'évaluation psychiatrique. Néanmoins, dans le contexte récent des modifications de la loi, et dans les visées de publications envisagées dans cette recherche, l'avis d'un comité éthique de recherche, le CER HUPO (Comité d'Ethique de la Recherche des Hôpitaux Universitaires Paris Ouest), est engagé pour cette recherche.

Toute information vous concernant recueillie pendant cette recherche sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret professionnel, votre anonymat sera strictement préservé. Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par la responsable de la recherche. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel. Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez. Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin coordonnateur de l'étude, le Docteur Marie-Aude PIOT de l'Institut Mutualiste Montsouris (mail : marieaude.piot@imm.fr; tél : 01 56 61 69 17/19) ou le chercheur qui vous a interrogé, Stéphanie LALLIER (mail : stephaniellr@msn.com).

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous pouvez également décider d'arrêter votre participation au cours de l'étude sans avoir à vous justifier. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint. Ce consentement nous permettra d'utiliser vos résultats dans notre étude.

Nom et prénom du médecin interviewé :

Date : / /

Signature précédée de la mention « Lu et compris » :

Nom du chercheur :

Date : / /

Signature :

ANNEXE 6 : Consentement pour une personne majeure

Je soussigné(e) M., Mme, Mlle, (*rayez la mention inutile*) (*nom, prénom*).....Né(e) le ...à (ville et code postal)..... Demeurant.....

Déclare : que l'interne m'a proposé de participer à l'étude sus nommée,
- qu'elle m'a expliqué en détail le protocole,

- qu'elle m'a notamment fait connaître :

- ✓ l'objectif, la méthode et la durée de l'étude
- ✓ les contraintes et les risques potentiels encourus
- ✓ mon droit de refuser de participer et en cas de désaccord de retirer mon consentement à tout moment
- ✓ mon obligation d'inscription à un régime de sécurité sociale
- ✓ que, si je le souhaite, à son terme, je serais informé(e) par le médecin investigateur de ses résultats globaux
- ✓ que le comité d'éthique du CER HUPO rend un avis sur cette étude.

- que j'ai répondu en toute bonne foi aux questions concernant mon état de santé et ma participation à d'autres études.

Les informations relatives à l'étude recueillies par l'investigateur sont traitées confidentiellement. J'accepte que les données enregistrées au cours de l'étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé dans le respect de la loi « informatique et liberté » (loi du 6 janvier 1978). J'ai bien noté que je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant à tout moment de l'étude auprès de l'interne LALLIER Stéphanie (06 13 08 36 63) ou du Docteur PIOT (01 56 61 19 17/19). Je peux également les contacter en cas d'événement indésirable, pour tout renseignement concernant ma participation à l'étude et en cas de problème médical survenu pendant l'étude.

Après avoir discuté librement et obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche biomédicale dans les conditions précisées dans le formulaire d'information et de consentement.

Nom et prénom du médecin interviewé :

Nom du chercheur :

Date : / /

Date : / /

Signature précédée de la mention « Lu et compris » :

Signature :

Document réalisé en 2 exemplaires originaux (dont le premier doit être gardé 15 ans par l'investigateur, et un autre remis à la personne donnant son consentement).

Titre de la thèse en français

Stratégies et représentations de prise en charge par des médecins généralistes en Ile-de-France de patients adultes "qui parlent beaucoup" au cabinet

Résumé en français

Introduction: La relation et la communication sont des compétences essentielles du lien médecin-patient. Le médecin doit s'accorder à la subjectivité de chaque patient pour le soigner. Dans notre société qui valorise la rentabilité dans le soin, les patients "qui parlent beaucoup" viennent questionner le dispositif de santé.

Objectif : Explorer les stratégies et représentations des médecins généralistes en Ile-de-France lors de la rencontre de patients adultes "qui parlent beaucoup" au cabinet.

Méthodologie: Cette étude qualitative a conduit 19 entretiens semi-structurés de médecins généralistes, thésés ou non, exerçant en Ile-de-France, suivant la méthodologie IPA (Interpretative Phenomenological Analysis).

Résultats: Quatre thèmes ont émergé: vécu, représentations, caractéristiques du médecin et stratégies. A partir des vécus souvent difficiles, les représentations des praticiens sur les définitions et profils de ces patients ont été développées, teintées de caractéristiques singulières à chaque médecin. Les stratégies affectives, cognitives et comportementales pour accompagner ces patients se sont déclinées selon trois ordres : centrées médecin ; centrées patient ; ou dans un compromis.

Conclusion: Cette première étude des stratégies et représentations des médecins généralistes en cabinet en Ile-de-France face à un patient "qui parle beaucoup" suggère l'intérêt d'élargir au territoire national le recrutement des praticiens afin d'approfondir la compréhension du phénomène; et d'affiner les pratiques aux spécificités psychoaffectives de ces patients, voire de construire des dispositifs soutenant les médecins dans l'accompagnement de ces patients.

Mots clés en français

Relation médecin-malade ; Compétences relationnelles ; Compétences communicationnelles ; Médecin généraliste; Soins primaires

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06**