



**HAL**  
open science

# Les réponses des médecins généralistes aux souffrances psychosociales ordinaires des patients : étude qualitative par entretiens individuels

Clémence Feur, Siham Mansouri

## ► To cite this version:

Clémence Feur, Siham Mansouri. Les réponses des médecins généralistes aux souffrances psychosociales ordinaires des patients : étude qualitative par entretiens individuels. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03206363

**HAL Id: dumas-03206363**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03206363>**

Submitted on 23 Apr 2021

**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.

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

par

**FEUR, Clémence**  
**MANSOURI, Siham**

Présentée et soutenue publiquement le 28 mai 2020

**Les réponses des médecins généralistes aux souffrances psychosociales ordinaires des patients :  
étude qualitative par entretiens individuels**

-----  
Président : Monsieur Philippe VORILHON, Professeur, Clermont-Ferrand  
-----

Membres du jury :

**Président du jury :**

M. Philippe VORILHON, Professeur, UFR de médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

**Membres du jury :**

M. Pierre-Michel LLORCA, Professeur, UFR de médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Psychiatrie adulte

M. Laurent GERBAUD, Professeur, UFR de médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Pôle Santé publique

**Directeurs de thèse :**

M. Benoit CAMBON, Professeur associé, UFR de médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

M. Laurent MARTY, Docteur anthropologue de la santé, UFR de médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

par

**FEUR, Clémence**  
**MANSOURI, Siham**

Présentée et soutenue publiquement le 28 mai 2020

**Les réponses des médecins généralistes aux souffrances psychosociales ordinaires des patients :  
étude qualitative par entretiens individuels**

-----  
Président : Monsieur Philippe VORILHON, Professeur, Clermont-Ferrand  
-----

Membres du jury :

**Président du jury :**

M. Philippe VORILHON, Professeur, UFR de médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

**Membres du jury :**

M. Pierre-Michel LLORCA, Professeur, UFR de médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Psychiatrie adulte

M. Laurent GERBAUD, Professeur, UFR de médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Pôle Santé publique

**Directeurs de thèse :**

M. Benoit CAMBON, Professeur associé, UFR de médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecine générale

M. Laurent MARTY, Docteur anthropologue de la santé, UFR de médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand



## UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

---

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis  
: **DOLY** Michel  
: **TURPIN** Dominique  
: **VEYRE** Annie  
: **DULBECCO** Philippe  
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre  
: **FONTAINE** Jacques  
: **BOUTIN** Christian  
: **MONTEIL** Jean-Marc  
: **ODOUARD** Albert  
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et  
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER  
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT  
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE  
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA  
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE  
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias  
: **DEQUIEDT** Vianney  
: **WILLIAMS** Benjamin  
: **HENRARD** Pierre  
  
: **PEYRARD** Françoise  
: **PAQUIS** François



## UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice  
: **HAZAL** Jean

DOYEN  
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre  
: **ROBERT** Gaëlle

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

### **PROFESSEURS HONORAIRES :**

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques – DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges -Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis – M. JACQUETIN Bernard – Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

### **PROFESSEURS EMERITES :**

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DETEIX Patrice – DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean-Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LUSSON JeanRené - RIBAL Jean-Pierre

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

### **PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M.	LABBE André	Pédiatrie
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie

M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie

**PROFESSEURS DE**  
**1ère CLASSE**

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle.	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie

M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE  
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale



## PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne  
M. CAMBON Benoît  
M. TANGUY Gilles

Médecine Générale  
Médecine Générale  
Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

### MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine  
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie  
Nutrition

### MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel  
Mlle GOUMY Carole  
Mme FOGLI Anne  
Mlle GOUAS Laetitia  
M. MARCEAU Geoffroy  
Mme MINET-QUINARD Régine  
M. ROBIN Frédéric  
Mlle VERONESE Lauren  
M. DELMAS Julien  
Mlle MIRAND Audrey  
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image  
Cytologie et Histologie, Cytogénétique  
Biochimie Biologie Moléculaire  
Cytologie et Histologie, Cytogénétique  
Biochimie Biologie Moléculaire  
Biochimie Biologie Moléculaire  
Bactériologie  
Cytologie et Histologie, Cytogénétique  
Bactériologie  
Bactériologie Virologie  
Biostatistiques, Informatique Médicale  
et Technologies de Communication  
Pharmacologie Médicale  
Pédiatrie  
Hygiène Hospitalière  
Radiologie et Imagerie Médicale  
Hématologie  
Gastroentérologie

M. LIBERT Frédéric  
Mlle COSTE Karen  
Mlle AUMERAN Claire  
Mme CASSAGNES Lucie  
M. LEBRETON Aurélien  
M. BUISSON Anthony

### MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	BAILLY Jean-	Biochimie Biologie Moléculaire Bactériologie
M. Luc		Virologie
Mle AUBEL Corinne		Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc		Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle		Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick		Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien		Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume		Bactériologie
M. SOLER Cédric		Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice		Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène		Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine		Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane		Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle		Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre		Nutrition Humaine
M. PIZON Frank		Santé Publique

### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

## REMERCIEMENTS

### **A notre président de thèse**

Monsieur le Professeur Philippe Vorilhon,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse et nous vous en sommes très reconnaissantes.

Merci pour le regard que vous porterez sur notre travail.

### **A notre jury de thèse**

Monsieur le Professeur Pierre-Michel Llorca,

Malgré votre planning chargé, vous avez accepté de faire partie de notre jury. Merci pour l'intérêt que vous portez à notre sujet de thèse.

Monsieur le Professeur Laurent Gerbaud,

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury, soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Benoit Cambon,

Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse. Vos nombreux conseils et votre disponibilité malgré votre travail ont été précieux. Merci d'avoir rendu ce travail intéressant et enrichissant pour notre pratique de médecin généraliste.

Monsieur Laurent Marty,

Merci d'avoir également accepté de diriger notre thèse. Ce sujet sur lequel vous réfléchissez depuis des années a su nous intéresser ; c'est avec plaisir que nous avons travaillé à vos côtés. Nous vous sommes très reconnaissantes de vos remarques, de votre soutien et de votre disponibilité.

## Remerciements personnels

Siham :

Je tiens tout d'abord à remercier mes parents de m'avoir soutenue durant toutes ces années et de m'avoir encouragée à poursuivre dans la voie que j'ai choisie malgré les difficultés. Je sais les sacrifices que vous avez du faire et je suis fière d'être votre fille.

Pour mon frère Réda et ma sœur Ghizlane, vous habitez désormais à l'autre bout du monde mais vous restez proches par la pensée.

Pour ma famille en France et au Maroc, merci pour vos encouragements.

A ma grand-mère paternelle, j'aurais aimé que tu sois là.

A Tayeb pour ta présence et ton soutien.

Merci à toi Clémence de m'avoir proposé de faire cette thèse avec toi, vivement qu'on organise notre grand voyage !

A tous mes amis rencontrés au cours de l'externat et de l'internat : Emeline, Loïc, Ana, Aurore, Ophélie, Lucie, Martin, Olivier, Eugénie, Julie, Adeline, Lauriane, Andréa, Cloé... Merci d'être là.

Aux médecins/ internes/ infirmières qui ont participé à ma formation.

Un grand merci aux médecins généralistes qui ont accepté de participer aux entretiens.

Clémence :

A ma famille,

Mamie, tu aurais aimé être là. Tu étais fière de moi, merci. Tu me manques.

A mes parents : merci de m'avoir soutenue et guidée dans mes choix. C'est grâce à vous que j'ai réussi à accomplir ce long chemin. Je sais que vous serez toujours là pour moi. Merci.

A Armand. Rammstein m'a bien un peu dérangé dans mes révisions... Mais tu t'es rattrapé à St Etienne lors de nos soirées télé, après l'ouverture difficile des petits pâtés en boite... Long chemin avec Audrey.

A Louise. Toi aussi lancée dans cette P1 avec beaucoup de courage. Je suis fière de toi. Merci d'être là, comme tu es.

Au reste de ma famille, merci pour votre soutien.

A mes amis,

A Boul, je garde en tête nos fous rires à la BU, nos voyages, la coloc... Merci !

A Caroline et Rion, loin géographiquement mais proches, merci pour votre soutien et amitié.

A Siham, co-thésarde, et Émeline : vous êtes les deux premières internes que j'ai rencontrées en arrivant à Clermont, vous m'avez accueillie et êtes devenues de vraies amies.

Aux poulettes, premières copines d'internat, nos entrevues clermontoises me manquent. Spécialement à Laure et Lauriane, ces années de coloc resteront gravées dans ma mémoire.

A Julie, Joris et Simon : mes co-internes de pédiatrie ; la salle de massages et nos soirées me manquent !

A mes amis du Puy, Emilie, Aude, Manu, Jérémie : amis de self, puis beaucoup plus. J'ai fini l'internat en beauté à vos côtés !

A mes collègues et amis,

Aux médecins que j'ai croisés durant l'internat, particulièrement aux Dr Jean et Monange, ainsi qu'au service d'endocrinologie du Puy : ces deux derniers semestres m'ont beaucoup appris et surtout donné envie de rester au Puy.

Aux médecins que j'ai interrogés pour la thèse, merci de m'avoir donné du temps.

A Amaury. Je t'aime, merci d'être là tous les jours auprès de moi.

## Table des matières

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	16
<b>II.</b>	<b>METHODE</b> .....	19
1.	Type d'étude.....	19
2.	Recrutement.....	19
3.	Élaboration de la grille d'entretien.....	21
4.	Recueil des données : réalisation des entretiens .....	23
5.	Analyse des résultats .....	24
6.	Éthique .....	24
<b>III.</b>	<b>RESULTATS</b> .....	25
1.	<b>Un rôle important du médecin généraliste</b> .....	25
1.1	<u>Plaintes décrites par les médecins interrogés</u> .....	25
1.2	<u>Consultation pour une souffrance ordinaire ou pour un autre motif</u> .....	26
1.3	<u>Les moyens de repérage</u> .....	26
2.	<b>Attitude et réponses du médecin face au patient qui a une souffrance ordinaire</b> .....	28
2.1	<u>Écouter le patient</u> .....	28
2.2	<u>Prendre le temps</u> .....	28
2.3	<u>S'intéresser à ce que dit le patient</u> .....	29
2.4	<u>Répondre au patient</u> .....	29
2.5	<u>Réévaluer le patient</u> .....	37
3.	<b>Attentes du patient qui consulte et utilité d'avoir consulté son médecin</b> .....	39
3.1	<u>Les attentes du patient qui consulte</u> .....	39
3.2	<u>Qu'est-ce que l'intervention du médecin généraliste a permis</u> .....	41
4.	<b>Difficultés rencontrées par le médecin généraliste et moyens pour y faire face</b> ...	42
4.1	<u>Difficultés</u> .....	42
4.2	<u>Moyens permettant de diminuer ces difficultés</u> .....	47

<b>5. Coordination, coopération, travail en réseau</b> .....	53
5.1 <u>Savoir orienter les patients</u> .....	54
5.2 <u>Discuter, débriefing, partager</u> .....	55
<b>6. Evolution des souffrances ordinaires apportées en consultation</b> .....	56
6.1 <u>Augmentation de la fréquence de certains conflits</u> .....	56
6.2 <u>Les gens chercheraient plus de solutions : médicalisation de toute contrariété</u> .....	58
6.3 <u>Disparition de certains interlocuteurs, perte de liens sociaux</u> .....	59
6.4 <u>Les gens iraient mal</u> .....	60
6.5 <u>Les gens seraient plus plaintifs</u> .....	62
6.6 <u>Les gens seraient plus fragiles</u> .....	62
6.7 <u>Les gens auraient moins de tabous</u> .....	63
<b>7. Les différences de réponses selon les caractéristiques des médecins interrogés</b> ..	63
7.1 <u>Différences selon le sexe des médecins</u> .....	63
7.2 <u>Différences selon l'âge des médecins</u> .....	64
7.3 <u>Différences selon le lieu d'exercice des médecins</u> .....	64
7.4 <u>Aucune différence notée concernant les autres critères de diversité</u> .....	65
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	65
<b>1. Principaux résultats</b> .....	65
<b>2. Forces et limites de l'étude</b> .....	66
2.1 <u>Forces</u> .....	66
2.2 <u>Limites</u> .....	67
<b>3. Comparaison avec la littérature</b> .....	68
3.1 <u>Un motif fréquent de consultation</u> .....	69
3.2 <u>Le rôle important du médecin généraliste</u> .....	69
3.3 <u>Augmentation de la fréquence des consultations pour une souffrance ordinaire</u> .....	70
3.4 <u>Les attentes du patient qui consulte</u> .....	71
3.5 <u>Déroulement d'une consultation pour une souffrance ordinaire</u> .....	72

3.6 <u>Difficultés du médecin lors de ces consultations et pistes pour l'aider</u> .....	75
3.7 <u>Difficultés d'ordre psychologique du médecin qui reçoit la souffrance de ses patients et moyens pour se protéger</u> .....	77
<b>4. Besoins identifiés</b> .....	79
<b>5. Posture des chercheuses et implications dans leur pratique</b> .....	81
<b>6. Ajustement d'un guide de réflexion à destination des médecins généralistes</b> .....	83
<b>V. CONCLUSION</b> .....	85
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	86
<b>ANNEXES</b> .....	90
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	91



## **LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE 1 : Schéma de synthèse représentant les étapes de la consultation face à une souffrance ordinaire, issu de la thèse de Marie Filliole

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

AVC : Accident vasculaire cérébral

EIPAS : Espace Investigation Prévention Accompagnement du Stress

F : Féminin

M : Masculin

M1 : Médecin numéro 1, etc.

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MSP : Maison de santé pluri-professionnelle

MSU : Maitre de stage universitaire

OPAC : Office Public d'aménagement et de construction

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SO : Souffrance ordinaire

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

## I. Introduction

Au cours de nos stages chez des médecins généralistes, nous avons été interpellées par la multitude de consultations de patients pour une « souffrance psychosociale ordinaire ». Il s'agit d'une souffrance subjective à la frontière du social, du psychologique et du médical, comme le deuil, la maladie d'un proche, une séparation, une souffrance au travail, des violences conjugales, des problèmes liés à la parentalité ou des conflits familiaux, le vécu difficile d'une maladie ou d'un handicap, ou encore des difficultés financières.

Selon Jean Furtos, une souffrance est une douleur d'existence, un mal-être certain, qui naît de l'articulation du psychique avec le social (1). Elle est « psychique » parce qu'elle est soumise au travail psychique qui peut être sidéré (1), de par une accumulation de difficultés dans sa vie personnelle ou professionnelle, mais elle est aussi « sociale », puisque nous vivons en société, avec d'autres individus. Cette souffrance est dite ordinaire car non pathologique et notamment pas psychiatrique, habituellement surmontable sans aide (2), mais qui peut s'avérer insupportable pour le patient.

Une grande partie de la population est confrontée un jour au cours de sa vie à l'expérience d'une souffrance psychique non pathologique. Cette souffrance peut parfois évoluer jusqu'à une véritable pathologie mentale (syndrome anxio-dépressif, insomnie, tentative de suicide...) (3).

Les souffrances ordinaires sont un motif fréquent de consultation en médecine générale : le nombre de consultations pour des problèmes de souffrance psychique est souvent évalué aux alentours de 30% des consultations (3).

Le médecin généraliste est, après la famille, la première personne qui est consultée en cas de mal-être (4). En effet, il a un rôle privilégié puisqu'il connaît bien son patient, son histoire, ses ressources, son contexte familial et professionnel (5). De plus, il est polyvalent, fidèle, proche géographiquement, accessible et relativement disponible. Il est soumis au secret médical et ne diffusera pas

d'informations. Il peut aussi écouter, soutenir et rassurer le patient (6). Ainsi, la relation médecin / patient semble essentielle pour aider le patient à dépasser sa souffrance.

Les patients viennent voir leur médecin généraliste afin de parler et trouver de l'aide, ou simplement pour être écouté. Le motif de consultation est plus ou moins implicite pour la souffrance ordinaire ; par exemple, la douleur est parfois un signe d'appel pour parler des problèmes de vie (7).

Dans la thèse d'Amandine Lafon, face aux souffrances des patients, les médecins généralistes rapportent hésiter entre deux attitudes : écouter et creuser la souffrance pour aider le patient, ou au contraire rester dans le biomédical et écourter la consultation (4). Le médecin généraliste donne en général du sens à ce qui arrive à son patient (7) pour tenir son rôle de « care » (prendre soin de), surtout si ce dernier ne consulte pas pour une affection purement médicale. Parfois au contraire, certains médecins ne reconnaissent pas ces plaintes comme une vraie affection et peuvent donc les négliger, ou ne pas savoir les démasquer. Il faut aussi disposer de temps pour écouter ces patients, leurs plaintes, voire leur proposer des solutions, ce qui n'est pas toujours le cas lors d'une consultation de 15 à 20 minutes, en moyenne 18 minutes (8), ou lorsque la fatigue se fait sentir en fin de journée. De plus, cet acte est peu rémunérateur, et il est parfois très difficile de proposer des solutions (4). On voit donc qu'il existe des freins à la prise en charge d'un patient qui consulte pour une souffrance ordinaire.

Par ailleurs, la prise en charge de cette souffrance n'est pas toujours évidente. Le médecin généraliste peut s'estimer pas assez formé pour répondre à ces plaintes (9, 10), se sentant ainsi impuissant, ne pouvant avoir que peu de prises dans certaines situations (violences conjugales, souffrance au travail...). Cela peut être une source de souffrance pour le praticien lui-même. Manquant de techniques, de méthodes, ou d'outils d'analyse et de prise en charge, certains généralistes se sentent comme un réceptacle où chacun vient déverser son malheur (7). Ils peuvent aussi peiner à se mettre à distance (11), puisqu'ils sont proches de leurs patients, les connaissant parfois depuis leur

naissance. Tout cela peut conduire à un épuisement professionnel. On peut parler de la fatigue compassionnelle qui désigne une forme particulière d'usure professionnelle, proche du burnout, en lien avec un contact prolongé avec la souffrance d'autrui (12).

Une écoute attentive du patient, sans le questionner, mais en le laissant formuler ce qui occasionne les troubles qui le préoccupent, semble primordiale (5). Pour répondre à ces souffrances, le médecin s'aide souvent de son expérience, d'un savoir pratique issu de sa propre vie personnelle ou professionnelle (7).

Enfin, nous avons l'impression que c'est en train de devenir un problème de société. Le soignant nous paraît de plus en plus confronté à ces souffrances. D'une part, les difficultés du quotidien sont de plus en plus médicalisées. D'autre part, les travailleurs sociaux, l'école, les éducateurs, voire la police, interpellent les professionnels de santé pour aider les personnes en situation de souffrance, même si parfois ces dernières ne ressentent pas le besoin de consulter pour ce motif (2).

Mais comment les médecins généralistes reçoivent-ils ces souffrances ordinaires ? Qu'est-ce qu'ils en font pour le patient ? Quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent ? Qu'est-ce que l'écoute de ces souffrances peut entraîner chez les médecins, autrement dit qu'est-ce que ça leur fait ?

**Notre travail de recherche avait pour objectif principal d'analyser comment les médecins généralistes répondent aux souffrances ordinaires apportées par les patients en consultation.**

L'objectif secondaire était de créer un outil, un guide de réflexion, directement utilisable par le médecin généraliste pour l'aider à prendre en charge ces souffrances en consultation.

## II. Méthode

### 1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés. La recherche qualitative est appropriée pour explorer des comportements et des expériences personnelles : des facteurs non mesurables objectivement, non quantifiables (13). Cette démarche interprétative permet ainsi d'explorer des récits de vie, de type autobiographiques, basés sur l'expérience. Notre sujet étudiant les expériences, sentiments et émotions des médecins généralistes interrogés, nous avons donc choisi de mener une étude qualitative.

Dans ce travail de recherche, nous avons interrogé des médecins généralistes installés en Auvergne. Notre échantillonnage visait à recruter des médecins généralistes les plus divers possible pour avoir une expression la plus complète des expériences des médecins généralistes. Les critères de diversité recherchés étaient le sexe, l'âge, le lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural), le mode d'exercice (seul ou en groupe), le nombre d'années d'exercice, le fait d'être ou ne pas être maître de stage universitaire (MSU).

### 2. Recrutement

Le recrutement a été réalisé, par mail ou par téléphone, dans l'entourage professionnel des deux enquêtrices (CF et SM), puis par effet « boule de neige », les personnes interrogées suggérant d'autres personnes susceptibles d'accepter de participer à l'étude (14). L'échantillonnage s'est fait selon le principe de variation maximale des critères de diversité pour obtenir divers profils. Ces critères ont été recueillis oralement lors de l'entretien. Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Vingt-cinq médecins ont été sollicités et vingt ont accepté de participer à notre étude.

Tableau des caractéristiques des médecins généralistes :

Médecin	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Années d'exercice	MSU ?
M1	M	56 ans	Urbain	En groupe : MSP	28	Oui
M2	F	31 ans	Semi-rural	En groupe	2	Non
M3	F	31 ans	Rural	En groupe	3	Non
M4	M	59 ans	Semi-rural	En groupe	30	Oui
M5	F	61 ans	Semi-rural	En groupe	27	Non
M6	M	33 ans	Urbain	En groupe : MSP	2 ans (installé 2 mois)	Non
M7	F	36 ans	Semi-rural	En groupe	7	Non
M8	F	40 ans	Rural	En groupe	10	Oui
M9	F	60 ans	Semi-rural	En groupe	28	Non
M10	F	43 ans	Urbain	En groupe	15	Oui
M11	F	31 ans	Urbain	En groupe	1 an (installée 4 mois)	Non
M12	F	52 ans	Urbain	En groupe : MSP	25	Non
M13	M	44 ans	Urbain	En groupe : MSP	16	Non
M14	F	47 ans	Urbain	En groupe : MSP	18	Oui
M15	M	64 ans	Semi-rural	En groupe : MSP	35	Oui
M16	M	32 ans	Semi-rural	En groupe	3	Non
M17	F	53 ans	Rural	Seule	25	Non
M18	M	59 ans	Urbain	Seul	31	Oui
M19	F	41 ans	Semi-rural	En groupe : MSP	13	Oui
M20	M	30 ans	Semi-rural	En groupe	7 mois (installé 3 mois)	Non

### 3. Élaboration de la grille d'entretien

La grille d'entretien a été conçue à l'aide de la recherche bibliographique. Elle est présentée ci-dessous. Nous avons tout d'abord testé la grille entre enquêtrices pour nous familiariser avec cet outil, qui a servi de trame pour réaliser les entretiens semi-directifs.

La grille a été ajustée après avoir réalisé quatre et sept entretiens respectivement par CF et SM.

En cours d'étude, est apparu l'intérêt de créer un outil à destination des médecins qui débutent leur activité. Nous voulions voir comment créer un outil utile pour notre pratique par rapport à ce thème-là. Nous nous sommes positionnées comme des médecins à la recherche d'une solution pratique. Pour concevoir cet outil, nous nous sommes basées sur celui créé par Marie Filliole dans sa thèse « Rôle du médecin généraliste face à un patient en souffrance ordinaire : une revue narrative de la littérature ». Elle a élaboré un schéma de synthèse (cf. annexe) représentant les étapes de la consultation face à une souffrance ordinaire. Il semblait intéressant d'analyser les réactions et les avis des médecins généralistes sur ce schéma pour savoir s'il peut constituer une aide en consultation. Nous avons ainsi demandé l'avis des médecins interrogés sur ce schéma. Celui-ci a servi de base pour notre guide de réflexion à destination des médecins en difficulté face à ce type de consultation pour une souffrance ordinaire, afin de mieux savoir les prendre en charge.

#### **GRILLE D'ENTRETIEN**

1. **Racontez-moi une à deux histoires** qui vous viennent à l'esprit concernant un(e) patient(e) qui s'est présenté(e) en consultation de médecine générale pour une « souffrance ordinaire ».

Pour chaque histoire :

- Description du patient et du cadre de la consultation :
  - Patient : âge, antécédents, traitements en cours, addictions éventuelles, environnement familial et professionnel, loisirs... →



- Quand a eu lieu la consultation ? Quel moment de la journée ? Beaucoup de patients dans la salle d'attente ? État d'esprit du médecin... (le faire entrer en évocation)
- Description de la « souffrance ordinaire » de ce patient
- Réponse du patient à la « souffrance ordinaire »
  - Quels moyens le patient a déjà mis en œuvre pour essayer de résoudre ce problème ?
  - A-t-il réussi à se sentir mieux ?
  - Pourquoi consulte-t-il le médecin généraliste cette fois-ci ?
- Réponse du médecin face à la « souffrance ordinaire »
  - Décrire la réponse
  - Quelles sont les ressources utilisées pour répondre à la plainte du patient ?
  - S'il a du recul : Quelle conclusion ? L'intervention du médecin généraliste a aidé le patient ? Si non, quelles ont été les limites rencontrées par le médecin qui n'a pas réussi à répondre à la « souffrance ordinaire » du patient ?
- Réaction du médecin face aux « souffrances ordinaires » :
  - Qu'est-ce que ça vous fait ?
    - Quel est le vécu ?
    - Est-ce que le récit vous a touché ? Comment ?
    - Arrivez-vous à garder ces souffrances de côté ? Prenez-vous toute la tristesse de la situation pour vous ?
    - Vous sentez-vous dépassé / hyper-investi par ces situations ?
    - Avez-vous déjà pensé être à risque de burnout ?
  - Qu'est-ce que vous en faites ?
    - Conséquences dans l'organisation des soins (gestion du temps)
    - Comment vous protégez-vous ? Comment s'adapter ?
      - Réflexion personnelle ?
      - Écrire ? Sous quelle forme (blog, « journal intime », livre...) ?
      - En parler avec famille / confrères ? Lors de groupes de parole entre pairs (groupes Balint ou apparentés) ?
      - Autres.

→

- Recul :

- Que pensez-vous de l'évolution de ces souffrances ordinaires ?
- N'avez-vous jamais réfléchi à cette question ?
- Avez-vous l'impression qu'il y en a de plus en plus ? Que ça devient un problème de société ?
- Comment l'interprétez-vous ?
- Selon vous, qu'est-ce qu'il faudrait faire ? Avez-vous des propositions à donner pour aider les médecins généralistes à prendre en charge les souffrances ordinaires et à y faire face ?

2. **Pour finir, voici une fiche**, un guide élaboré par M. Filliole dans sa thèse, qui pourrait aider les médecins généralistes à prendre en charge les souffrances ordinaires en consultation. Qu'en pensez-vous ? Comment pouvons-nous l'améliorer ?

#### 4. Recueil des données : réalisation des entretiens

Vingt médecins généralistes installés en Auvergne ont été interrogés entre les mois d'octobre 2019 et janvier 2020. Les entretiens ont duré de 14 à 36 minutes, en moyenne 22 minutes. Le lieu de l'entretien a été choisi par le médecin (au cabinet ou à son domicile) afin d'instaurer un climat de confiance. Deux médecins ont été rencontrés à leur domicile ; les autres au cabinet médical. Le sujet ainsi que l'objectif de la thèse ont été présentés au médecin interrogé dès le recrutement et rappelés au début de l'entretien. Les données ont été enregistrées sur le smartphone de l'enquêtrice, après accord oral du médecin et consentement éclairé concernant l'anonymat.

Les entretiens ont été entièrement retranscrits par l'enquêtrice, le jour même ou le lendemain de l'entrevue, pour se souvenir de l'ambiance et de la communication non verbale (rires, tristesse, approbation, désaccord...).

## 5. Analyse des résultats

Après retranscription des verbatims, l'analyse des données a été conduite au fur et à mesure des entretiens par la construction d'une grille d'analyse organisée en thèmes. Ce codage a été réalisé par chaque enquêtrice de son côté pour tous les entretiens. Une analyse commune a ensuite été réalisée. Nous nous sommes ensuite réparti le travail pour rédiger l'analyse des résultats, puis avons corrigé le travail de l'autre enquêtrice, jusqu'à arriver à un résultat satisfaisant les deux auteurs.

La saturation des données a été atteinte après 18 entretiens et vérifiée par la conduite de 2 entretiens supplémentaires.

## 6. Éthique

Cette étude qualitative, interrogeant des médecins sur leur ressenti face à une situation en consultation, ne relevait pas d'une autorisation du comité de protection des personnes. Ce travail de recherche a été déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

### III. Résultats

#### 1. Un rôle important du médecin généraliste

Les entretiens ont tous montré le rôle important qu'a le médecin généraliste pour prendre en charge les souffrances ordinaires.

Les médecins interrogés s'accordaient à dire que les consultations pour une souffrance ordinaire sont très fréquentes en médecine générale : « *les souffrances ordinaires, j'en vois tous les jours à mon cabinet* » (M14) ; « *ça fait de plus en plus partie de mon quotidien* » (M5).

Ils considéraient tous que le médecin généraliste a un rôle face au mal-être de ses patients dans le cadre d'une prise en charge globale : « *ça fait partie des soins* » (M1) ; « *si tu rentres dans ton rôle de médecin de famille, je trouve que ça fait partie des conseils intéressants* » (M4).

Ainsi, ils ont conclu que le médecin généraliste, médecin de famille, est sollicité en premier recours pour ce genre de plainte : « *l'interlocuteur privilégié me semble être le médecin* » (M6) ; « *elle venait clairement me voir car je semblais être son seul recours* » (M10).

De plus, ils rapportaient tous que la prise en charge de ces plaintes est essentielle : « *je crois que c'est important, et ça fait partie du rôle social qu'on a, qui à mon avis n'est pas du tout reconnu* » (M1).

##### **1.1. Plaintes décrites par les médecins interrogés**

Au cours des entretiens, les médecins nous ont parlé de diverses souffrances rapportées au cabinet : souffrance au travail et conflits familiaux (dont les violences conjugales) pour beaucoup, conflits avec le voisinage pour d'autres, difficultés financières pour certains. Plus rarement, ont été évoquées des demandes de conseils pour des prises de décisions, comme pour partager ses biens entre ses enfants, aménager le domicile chez des personnes âgées devenues grabataires, ou encore prendre la présidence d'une association.

Parfois, un élément déclenchant était à l'origine de la consultation, comme un licenciement, une demande de divorce, une dispute, un accident de voiture, une insomnie : « avec le fils qui a 17 ou 18 ans, ça s'était clashé, et c'en est venu aux mains... Et donc la petite vient me voir en pleurs » (M9).

Selon les médecins, le motif de consultation pour une souffrance ordinaire pouvait être clair ou au contraire, masqué. Dans ce dernier cas, au médecin généraliste de savoir le dépister ou laisser le patient s'exprimer au cours de la consultation pour en parler de lui-même.

### **1.2. Consultation pour une souffrance ordinaire ou pour un autre motif**

Les médecins nous ont rapporté des situations où le patient consultait clairement pour une souffrance ordinaire : « elle était venue me voir pour ça. Oui, pour une souffrance au travail... Elle était consciente que son problème était bien le problème du travail » (M18).

Mais souvent, le patient ne consultait pas directement pour exprimer sa souffrance. Un problème somatique était alors le motif : « alors, souvent, c'est présenté comme quelque chose de pathologique, mais ça ne l'est pas. Là, elle se présentait pour des problèmes cutanés, banal quoi... [...] Et en fait, la question qu'elle me pose à un moment donné, c'est : est-ce que ça peut être psychosomatique ? » (M5) ; « il était venu pour un problème digestif... Le truc totalement banal... Tout d'un coup, au moment de partir, il se met à exploser en sanglots... » (M14). Dans ces cas-là, le rôle du médecin généraliste serait alors de savoir dépister ces souffrances pour ne pas laisser le patient sortir du cabinet sans en avoir parlé.

### **1.3. Les moyens de repérage de la souffrance par le médecin généraliste**

Comment les médecins disaient-ils dépister ces souffrances ?

Tout d'abord, la communication verbale permettrait d'essayer d'ouvrir la porte pour que le patient se confie : « je lui dis, écoute, explique-moi, qu'est ce qui se passe ? [...] Et la discussion est amorcée » (M9) ; « on peut tendre la perche... Après, on ne peut pas forcer. Il y a des situations où on

*sent qu'il se passe quelque chose, c'est notre rôle de tendre la main et de voir s'ils accrochent ou pas » (M13).*

De plus, les médecins nous ont dit qu'il était nécessaire de toujours laisser du temps d'expression aux patients : *« laisser une part à la discussion lors de chaque consultation » (M3).*

Sept médecins sur les vingt interrogés rapportaient également poser systématiquement des questions pour amorcer une éventuelle discussion sur les souffrances des patients : *« demander : comment ça va ? » (M2).*

Cependant, les médecins disaient essayer de ne pas être trop intrusifs si le patient n'était pas prêt à parler de sa souffrance : *« mais quand ils ne sont pas là-dedans, quand ils pensent que c'est somatique, alors que ça vient du psychologique, ils le vivent très mal. Donc quand j'évoquais dès le début de la consultation leur problème psychologique, ils se sentaient jugés d'emblée, et pas écoutés dans leur douleur. Je pense que j'étais peut-être rejetante, stigmatisante, jugeante » (M8).*

Ensuite, la communication non-verbale semblait essentielle pour repérer ces souffrances. Plusieurs médecins nous ont parlé de situations où le repérage d'un comportement différent du patient, d'une tristesse, d'une attitude inhabituelle, a permis d'en venir à parler de la souffrance du patient : *« là, je trouve qu'elle est particulièrement tendue. Ce n'est pas quelqu'un qui est spécifiquement tendue. Elle n'arrive pas à relâcher ses épaules. Elle a les yeux dans le vague. Elle n'est manifestement pas avec moi, alors que d'habitude, on échange sur ses chevaux, sur sa famille... » (M7).*

Après avoir repéré cette souffrance, au médecin de poser la bonne question, selon la connaissance qu'il a du patient, pour essayer de laisser le patient s'exprimer : *« je trouve de la tension. Et le rhume quoi. Puis, je lui pose la question : et comment va votre fille ? Et là, elle pleure » (M7).*

## 2. Réponses du médecin face au patient qui a une souffrance ordinaire

### 2.1. Écouter le patient

Dix-neuf des vingt médecins interrogés s'accordaient à dire qu'il faut tout d'abord écouter le patient : « *j'ai écouté sa souffrance* » (M10).

De plus, il leur semblait essentiel de laisser parler, sans couper : « *le fait d'écouter les patients, c'est pas mal, tu laisses parler. Et puis, ça te permet de réfléchir pendant ce temps-là* » (M4).

Quatre médecins ont rapporté que laisser parler permettait d'apaiser le patient, au moins un moment : « *le motif de consultation était : veut vous parler. Avant qu'elle arrive cette dame, je savais de quoi elle voulait me parler, parce qu'elle m'en a déjà parlé. A plusieurs reprises. Je sais qu'il faut faire sortir tout ça et que ça ne s'arrêtera jamais. Elle trainera ce boulet toute sa vie* » (M5).

De plus, sept médecins considéraient qu'il faut être empathique, proche du patient, tout en gardant une distance, notamment émotionnelle : « *il faut être surtout dans la compassion. L'empathie. Leur dire qu'on comprend. Qu'on n'est pas à leur place, mais qu'on comprend* » (M9) ; « *on est dans l'empathie, mais pas dans l'émotion* » (M15).

Deux médecins ont aussi précisé qu'il est essentiel de ne pas juger le patient : « *ne pas être une sorte de directeur de conscience* » (M15).

Enfin, la position du généraliste lors de l'écoute a été évoquée par un médecin : « *je ne regardais pas du tout mon ordinateur parce que je voulais garder le contact visuel avec elle* » (M10).

### 2.2. Prendre le temps

Sept médecins interrogés ont rapporté prendre le temps qu'il faut : « *la seule chose, c'est de prendre du temps avec eux et leur démêler quelques trucs* » (M12).

D'ailleurs, plusieurs ont souligné que les patients étaient reconnaissants quand ils voyaient que le médecin avait pris le temps de les écouter : « *elle pleure beaucoup en me disant tout ça. Au final, elle me remercie d'avoir pu avoir ce temps* » (M7).

Enfin, cela montrerait au patient qu'on est capable de lui donner du temps, même pour une problématique non médicale, et qu'il peut se retourner à nouveau vers son médecin généraliste pour le suivi ou une autre problématique de ce type à l'avenir : *« ils le voient quand on est capable de leur accorder du temps pour les écouter, même quand on le fait pour des choses qui ne sont pas forcément graves. Ben je pense que le jour où ils auront besoin de parler, ils pourront le faire »* (M16).

### **2.3. S'intéresser à ce que dit le patient**

Trois médecins ont insisté sur le fait de s'intéresser à ce que dit le patient : *« ne pas dire : votre truc ne m'intéresse pas, ce n'est pas de la médecine »* (M1). Cependant, certains entendaient bien que ça pouvait parfois être ennuyeux d'écouter des souffrances : *« ils sont contents d'en avoir parlé, mais au bout d'un moment, j'en ai marre d'entendre toujours la même chose quand je sais que ça ne va pas avancer »* (M5).

### **2.4. Répondre au patient**

#### **2.4.1. Questionner pour guider la discussion**

Les médecins s'accordaient tous à dire, comme noté ci-dessus, qu'il faut laisser le patient parler, mais certains précisait que parfois, au cours de la conversation, il pouvait s'avérer utile de recentrer les choses pour ne pas s'éparpiller et arriver à trouver des solutions : *« j'essaie quand même de diriger un peu la conversation »* (M9).

D'autres nous ont rapporté poser des questions pour faire préciser les choses, voire pour faire réfléchir les patients : *« qu'est-ce qui passe ? Il y a un souci ? Cette opération vous fait peur ? »* (M14) ; *« on pose des questions très ouvertes »* (M16).

Quelques-uns ont précisé la nécessité de reformuler, pour bien comprendre la souffrance du patient, mais aussi lui faire entendre ce qu'on a compris : *« reformuler leur cheminement, leurs manifestations somatiques ou psychiques et puis comment ils prévoient l'avenir en gros »* (M16).



De plus, plusieurs médecins étaient d'accord quant au fait de ne pas prendre parti dans les récits des patients : *« moi, je trouve que la première chose, c'est de ne pas prendre parti. Parce que dans des situations comme ça ou dans des conflits de couple et tout ça, si on commence à prendre parti, on fait monter la sauce » (M1).*

#### 2.4.2. Rechercher les propres réponses du patient à sa souffrance ordinaire

Quelles sont les démarches faites par le patient avant de consulter ?

Tous les médecins interrogés étaient d'accord pour souligner qu'il faut d'abord savoir ce que le patient a fait de son côté pour aller mieux, avant de pouvoir l'aider : *« on a pris le temps de discuter, de voir [...] les démarches qu'il avait déjà faites par rapport à ça : s'il était allé voir son médecin du travail, s'il avait vu un psychologue, s'il avait déjà envisagé une réorientation ou une autre solution au niveau du travail » (M3).* Beaucoup ont également rapporté encourager leurs patients dans les démarches déjà faites et dans les décisions déjà prises : *« j'essaie toujours de la pousser là-dedans, de la rassurer, de l'encourager dans les démarches qu'elle fait, comme en parler à l'OPAC, changer de logement peut-être » (M8).*

##### 2.4.2.1. Trouver du soutien dans son entourage

Six médecins notaient que le patient avait déjà essayé d'en parler autour de lui : *« le patient en avait déjà parlé avec sa compagne » (M3).*

Cependant, cinq remarquaient que les patients n'en discutaient pas toujours autour d'eux : *« je pense qu'elle a un peu peur de se confier à sa famille » (M2) ; « elle n'en avait jamais parlé à personne » (M17).* Certains ont aussi noté que des patients étaient isolés et ne pouvaient donc pas en parler dans leur entourage : *« ils n'ont personne d'autre à qui raconter tout ça » (M12).*

Ils nous ont aussi dit que si les patients ne se confiaient pas auprès de leurs proches, ça pouvait être pour ne pas inquiéter ces derniers, *« pour protéger les membres de sa famille. Je pense à une patiente qui va mal, mais toute sa famille va mal. Elle ne peut pas dire à sa mère qu'elle ne va pas bien, parce qu'elle pense que sa mère irait encore moins bien... » (M6).*

#### 2.4.2.2. Réflexion personnelle

Deux médecins ont remarqué que des patients avaient déjà réfléchi à une solution, mais pas encore agi, avant de consulter : « *elle avait quand même réfléchi toute la journée. Donc elle avait pris du recul par rapport à ça* » (M10).

#### 2.4.2.3. Faire des démarches pour changer la situation

Quatorze médecins nous ont fait part de plusieurs démarches déjà effectuées par les patients pour se sortir de la cause de leur souffrance, comme se réorienter, trouver un autre emploi, se renseigner pour changer de logement dans le cadre de problèmes de voisinage... Dans ces cas, les démarches étaient déjà faites avant d'aller voir le médecin : « *elle avait essayé de trouver un autre emploi* » (M11) ; « *ils ont alerté l'OPAC pour voir s'ils ne pouvaient pas changer de logement ou faire un signalement* » (M8).

#### 2.4.2.4. Quitter l'environnement générateur de souffrance

Quatre médecins interrogés ont également rapporté que les patients avaient essayé de rompre avec l'environnement générateur de souffrance : « *il était parti une semaine chez sa maman pour se mettre un peu au vert et couper un petit peu avec la société et la famille et prendre un peu de recul* » (M13) ; « *il est actuellement en instance de divorce* » (M14).

Mais malheureusement, la plupart des médecins a décrit l'échec de ces démarches : « *elle a essayé, elle s'est barrée il y a quelques années. Mais au niveau financier, ce n'était pas du tout possible. Et lui, il est dans la maîtrise de beaucoup d'éléments par rapport à sa vie : la garde de son fils... Il est puissant, il a des relations. Et du coup, il lui pourrit la vie à un tel point qu'il l'a poussée à revenir* » (M6).

#### 2.4.2.5. Trouver des activités pour penser à autre chose

Trouver des activités, faire du sport ou de la relaxation étaient des points positifs décrits par un seul médecin, même si ça semblait essentiel aux yeux de plusieurs, afin que le patient aille mieux : « *elle a fait d'autres choses, notamment des formations. Elle s'est passionnée pour l'homéopathie* » (M17).

#### 2.4.2.6. Aucune démarche

Enfin, trois médecins ont déploré le fait que leur patient n'avait fait aucune démarche avant de venir les voir : « *et lui, de son côté, qu'a-t-il mis en œuvre pour que ça se passe mieux ? Il n'a rien fait* » (M13).

### 2.4.3. Rechercher un problème somatique

Nous a fréquemment été rapportée l'élimination d'un problème somatique par le médecin au cours de la consultation pour une souffrance ordinaire, comme un trouble psychiatrique : « *et après, voir s'il y avait vraiment un syndrome anxio-dépressif derrière, ce qui n'était pas du tout le cas* » (M3).

Plusieurs médecins nous ont également dit qu'il est primordial de cerner l'urgent (risque suicidaire...) du pas urgent lors de la consultation : « *mon premier truc, c'est de vérifier que je n'ai pas de facteurs de gravité... Il faut que je sois sûr qu'il n'y a pas de mise en danger imminente ou des idées suicidaires qui sont maitrisables... Et ça, je sais que je vais le faire systématiquement* » (M16).

### 2.4.4. Agir

#### 2.4.4.1. Rassurer le patient

Sept médecins ont rapporté au cours de l'entretien essayer de rassurer leur patient afin d'apaiser sa souffrance : « *ne vous inquiétez pas, moi je les connais, ils sont bizarres mais ils n'en viendront jamais aux mains* » (M8).

Cette assurance, passerait souvent, selon quatre de ces médecins, par une déculpabilisation du patient : « *vous ne pouvez pas passer le reste de votre vie avec cette culpabilité. Elle a fait un accident vasculaire, vous n'y êtes pour rien. La seule façon d'aller mieux est de couper les ponts. Parce que suite à l'AVC, elle continue de l'aider, elle s'en occupe beaucoup. Alors que sa sœur l'a grugée de centaines de millions d'euros !* » (M5) ; « *je lui ai expliqué que lui, il n'avait rien à se reprocher* » (M14).

#### 2.4.4.2. Soutenir psychologiquement le patient

Les médecins étaient d'accord concernant leur rôle de soutien du patient : « *même si ce n'est que le soutien psychologique, tu es là. Je pense que c'est ça qu'ils viennent chercher. Et tu fais avec tes petits moyens psychologiques et ton vécu* » (M8).

D'ailleurs, plusieurs faisaient remarquer que c'était parfois seulement ce qui était recherché par le patient qui consulte : « *et là, elle, son objectif, c'est de trouver un soutien psychologique pour pouvoir tolérer ce qu'elle vit* » (M6).

#### 2.4.4.3. Conseiller, aider le patient

Tous les médecins s'accordaient à dire qu'ils délivraient des conseils à leurs patients : « *tu leur donnes des conseils* » (M4), même si certains précisait qu'à leur sens, il ne faut pas trop en dire : « *si des fois, il y a des choses évidentes, on peut les conseiller. Mais souvent, moi je trouve qu'il vaut mieux ne rien dire dans ces situations ; laisser parler* » (M1).

Mais quels sont les conseils concrets donnés aux patients ?

Certains considéraient que conseiller était simple, naturel, évident : « *c'est du conseil. Tu fais du conseil, pas d'ami, mais c'est un peu ça, c'est du bon sens. Dire : je serais vous, votre mari il vous cogne sur la tête 3 fois par jour, j'irais voir la police ! Non, mais c'est du bon sens* » (M6).

D'autres rapportaient répondre au patient sans vraiment savoir d'où leur venaient les idées, probablement de leurs expériences personnelles et professionnelles : « *c'est un peu au feeling pour les réponses* » (M9) ; « *répondre en tant que personne « complète » avec notre bagage émotionnel* » (M10).

Trois médecins disaient également conseiller les patients en discutant avec eux le rapport bénéfice / risque d'une prise de décision : « *j'essaye de la tempérer en lui disant le bénéfice de prendre un poste de présidente, ça lui fait du bien à elle parce que ça la valorise, mais il y a aussi le risque qu'elle y passe beaucoup de temps, qu'elle se noie un peu là-dedans...* » (M2).

Nombreux étaient ceux qui ont rapporté aider le patient en lui proposant des idées afin de réfléchir : « *je lui propose des pistes de travail. Surtout, ce côté-là, psycho, qu'elle puisse voir qu'elle peut avancer toute seule* » (M6).

Ils ont été quatre médecins à conseiller à leur patient de discuter de la situation avec les protagonistes : « *je lui ai conseillé d'essayer de discuter avec sa femme pour arriver à désamorcer la situation* » (M13).

Cela permettrait, selon quelques-uns, de se donner du temps avant de se lancer dans des démarches compliquées, comme changer de logement, divorcer... : « *on essaie de faire ce qu'on peut pour l'aider. Mais ce n'est pas facile ces histoires de voisinage. J'essaie de temporiser en disant : voilà, est-ce que vous avez essayé d'en discuter un peu...* » (M8).

De plus, quelques médecins, selon les situations, ont noté qu'ils essayaient de pousser leur patient à porter plainte : « *d'habitude, je ne pousse pas trop à porter plainte, mais là, je me suis dit que ce n'était peut-être pas idiot, et que ça pourrait la soulager aussi* » (M8).

Aussi, deux médecins ont dit qu'ils conseillaient à leur patient de faire du sport, une activité qui plaise, pour arriver à prendre du recul et mobiliser ses capacités de résistance face à la souffrance : « *j'essaie vraiment de leur dire : faites le travail, soit psychologue, soit yoga, soit sophrologie, soit se mettre à fond dans le sport ; faites ce qui est votre truc, une démarche qui vous fasse du bien pour prendre du recul, être en forme face aux événements et que ça ne vous atteigne plus à ce point-là* » (M8).

Il semblait essentiel de préciser, selon trois médecins, qu'ils ne délivraient pas la vérité en conseillant le patient, mais qu'ils proposaient une solution à laquelle le patient devrait réfléchir : « *je lui ai dit : écoutez, moi, je vous donne un conseil, ce n'est pas dit que ce soit la meilleure solution. L'idéal, c'est déjà que vous vous forgiez votre opinion, que vous le mettez noir sur blanc, puis vous allez voir le notaire avec ça, en lui expliquant pourquoi vous avez fait comme ça* » (M4).

Enfin, trois médecins ont dit qu'il ne faut pas hésiter à dire au patient qu'on n'est parfois pas compétent pour lui répondre, qu'on ne sait pas : « *et puis, des fois, il y a des situations où moi, je n'y comprends rien. Des fois, tu as des gens qui ont des histoires juridiques, tu ne peux pas les aider. Il faut leur dire que tu n'y connais rien. Tu ne peux pas donner des conseils sans rien y connaître* » (M4).

#### 2.4.4.4. Faire réfléchir le patient

Cependant, certains, dix exactement, estimaient ne pas toujours avoir à conseiller le patient, puisque c'est à lui seul de réfléchir et de trouver une solution : « *je ne le vis pas comme une position de me dire que c'est moi forcément qui vais devoir donner des conseils. [...] C'est des situations où au final les gens vont trouver leurs solutions par eux-mêmes ; certains ont besoin de plus de temps que d'autres. Là, dans cette situation, il fallait simplement qu'il tranche dans son dilemme d'orientation* » (M16) ; « *de toute façon, tu ne vas pas résoudre leur problème : personne ne peut le résoudre pour eux* » (M9). En effet, ils considéraient qu'un travail personnel devait avoir lieu : « *ils ont à prendre en charge leurs souffrances, faire leur chemin. Ou se rencarder sur les papiers qu'il y a à faire* » (M8).

Des médecins ont précisé qu'ils donnaient des outils au patient pour qu'il trouve lui-même une solution : *« il faut simplement permettre que les gens aient des outils pour que la situation puisse s'arranger par elle-même et par leur propre choix. Notre but, c'est une dynamique de changement. Il faut que l'idée émerge des gens, que ce ne soit pas une idée qui leur soit apportée » (M16).*

D'autres pensaient que le fait d'en parler permettait déjà au patient d'amorcer une réflexion afin de résoudre la situation : *« déjà le fait que les choses soient dites, les gens s'écoutent parler et ils trouvent leur propre réponse » (M15).*

Un médecin a également évoqué la technique de l'entretien motivationnel pour guider le patient dans sa réflexion et dans ses démarches : *« on ne peut pas décider pour eux. Donc, à part effectivement utiliser des techniques de l'entretien motivationnel et de la balance décisionnelle, on ne peut pas faire grand-chose d'autre » (M16).*

En outre, plusieurs médecins ont décrit des techniques pour amener le patient à avoir une pensée positive et ne pas rester cloisonné dans sa souffrance.

Ils sont cinq à avoir insisté sur le fait de relativiser, en amenant le patient à découvrir ce qui est positif dans sa vie : *« essayer de trouver des choses positives dans leur quotidien » (M11) ; « en disant : tu es encore vivante, ton fils aussi, profite ! » (M8) ; « en fait, on peut proposer aux gens de voir la vie autrement. Par exemple, être content d'être là, présent, content de ce qu'on a » (M7).*

De plus, plusieurs médecins ont rapporté aider leur patient à réfléchir à l'équilibre entre leur vie personnelle, professionnelle, familiale, afin de mieux trouver quel est le problème (surmenage au travail, parents surinvestis...) et ainsi de savoir mieux le gérer : *« je lui ai proposé un exercice qu'elle fera chez elle. En gros, c'est prendre 4 gobelets. On va noter un domaine sur chacun : il y a vie personnelle, vie conjugale, vie familiale et vie professionnelle. Avec une petite bouteille d'eau qui représente son énergie vitale, elle fait un état des lieux, met le niveau d'eau en fonction de sa vie actuelle, se demande si ça convient (donc là, non, elle m'a dit : la vie familiale va être remplie à raz-bord, et la vie perso va être quasi vide). Et donc ensuite, je lui propose de transvaser d'un verre à l'autre,*

*et à chaque fois qu'elle transvase, de donner des idées concrètes. Donc s'octroyer de retourner faire de la gym avec ses copines... » (M7).*

Était aussi rapporté par quelques médecins le fait d'apprendre au patient à dire non, à se respecter, pour ne pas se laisser marcher dessus : *« on est 100% acteur de sa vie ; on est maître de son bateau. Quelque part, si elle ne sait pas dire non, ce ne sont pas les autres qui vont dire non à sa place. Il faut qu'elle se respecte d'abord pour que les autres la respectent. Et oui, sa fille ne va pas bien, mais elle se laisse insulter par sa fille » (M7).*

Toutes ces techniques permettraient donc, selon les médecins qui ont en parlé, de faire réfléchir le patient à son problème, aux objectifs qu'il a dans sa vie et qu'il veut se fixer, et ainsi d'essayer de dépasser sa souffrance.

#### 2.4.4.5. Encourager le patient dans ses prises de décision

Plusieurs médecins remarquaient qu'ils encourageaient les patients dans leurs prises de décision tout au long de la consultation : *« je lui dis : oui, pourquoi pas, [...] voilà, c'est une bonne idée » (M9).*

De plus, certains ont précisé qu'il est important de prévenir le patient qu'il va souffrir encore, que ça ne va pas aller mieux du jour au lendemain : *« je lui ai dit que ça allait être long » (M20).* De même, quelques-uns ont noté qu'il leur semblait essentiel d'anticiper les rechutes : *« je lui ai dit par contre qu'il y aura peut-être des moments où ça ira moins bien, des rechutes » (M20).*

#### 2.4.4.6. Prescrire, éventuellement

Pour six médecins interrogés, la prescription médicamenteuse n'était pas essentielle, très souvent inutile : *« voilà des situations typiquement où on n'a pas besoin de prise en charge médicamenteuse, mais simplement d'un soutien psychologique... on fait de la TCC » (M16) ; « prescrire des médicaments, pas toujours, même rarement. Je ne prescris presque jamais de traitement » (M5).* Certains disaient plutôt proposer, hormis le soutien psychologique, des activités de relaxation ou de bien-être : *« ça peut être aussi des cours de sophrologie, du yoga, du tai-chi, du taïso, de l'art-thérapie » (M19).* Cependant, dans certains cas (fatigue intense du patient avec insomnie ; stress important ; plainte ordinaire chez un patient anxio-dépressif), les médecins rapportaient ne pas hésiter à prescrire un

traitement : « là, je l'ai mis sous anxiolytique, car ça faisait 10 jours qu'il ne dormait plus du tout » (M13), ou avoir recours à des médecines douces : « ce qui m'a le plus aidé, c'est l'homéopathie » (M17).

De plus, bien évidemment, les médecins qui étaient confrontés à des plaintes en lien avec le travail ont rapporté prescrire des arrêts de travail : « l'arrêt de travail, c'est pour les extraire de l'endroit où ils souffrent le plus » (M18).

Enfin, parfois, des médecins ont décrit devoir rédiger des certificats pour essayer d'aider leurs patients : « elle s'est renseignée, m'a demandé un certificat. Mais voilà, on les aide comme ça, en faisant des certif par exemple, en restant très professionnel : elle présente une souffrance ; a priori, ce serait peut-être un problème de voisinage » (M8).

#### 2.4.4.7. Orienter, éventuellement

Tous les médecins interrogés ont parlé de l'orientation des patients vers d'autres professionnels : psychologues, psychiatres, médecins du travail, médecins conseils de la sécurité sociale, ou vers des assistants sociaux, services juridiques ou judiciaires (cf. partie 5 : coordination, coopération, travail en réseau).

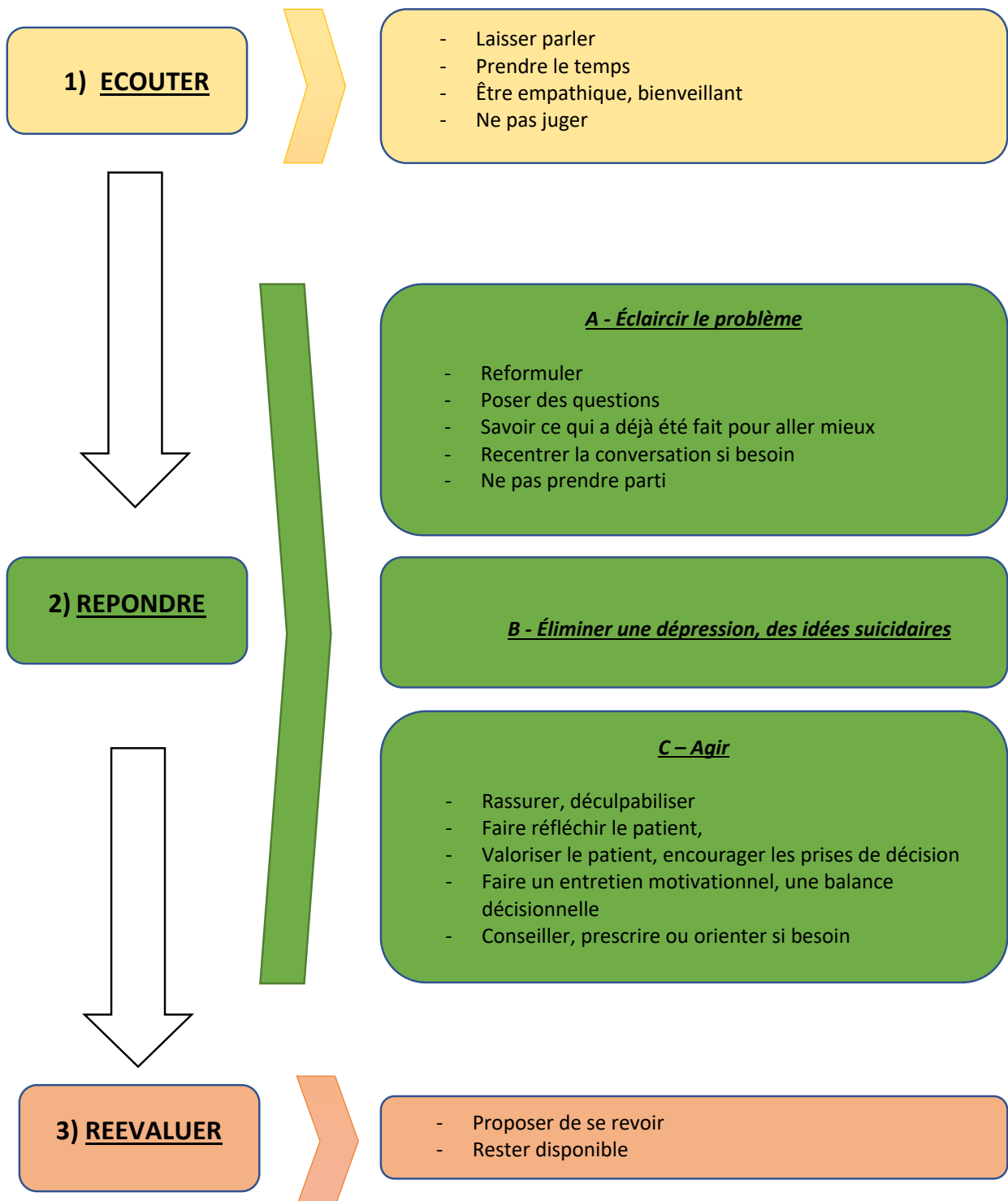
### **2.5. Réévaluer le patient**

Onze médecins nous ont dit qu'ils proposaient toujours au patient de se revoir : « on les revoit jusqu'à ce que finalement, les choses cheminent » (M16) ; « je ne fixe pas de date, mais propose de les revoir si besoin. Je dis que la porte est toujours ouverte » (M5).

De plus, ils étaient huit à avoir dit préciser au patient qu'ils restaient disponibles si besoin : « être disponible pour eux. Leur dire qu'on est toujours là. Que s'ils ont besoin, on sera toujours là pour les écouter et pour les prendre en charge » (M9).



**Schéma 1** : Réponses du médecin face au patient en souffrance ordinaire



### 3. Attentes du patient qui consulte et utilité d'avoir consulté son médecin

#### 3.1. Les attentes du patient qui consulte

Les médecins ont tous déclaré que les patients venaient les voir eux, et pas une autre personne (dans leur cercle familial, amical ou professionnel) ou un autre professionnel, parce que tout d'abord, ils ont confiance en leur médecin : *« le médecin généraliste reste la référence pour les patients, ils ont confiance en lui » (M12).*

De plus, le médecin les connaissant bien, eux-mêmes mais aussi leur famille voire leur domicile, le patient pourrait alors se confier plus facilement : *« c'est d'autant plus facile quand ils connaissent le médecin depuis longtemps » (M12) ; « j'ai besoin de votre aide. Et puis, vous, vous connaissez toute la famille. Et c'est vrai, je connais les quatre enfants » (M4).*

Ils ont été plusieurs à parler de ce rôle de médecin de famille, qui est cher à leurs yeux : *« elle, je la connais bien, depuis qu'elle est bébé. J'ai suivi ses parents, ses grands-parents également » (M9).*

Aussi, les médecins s'accordaient à dire que le secret médical était recherché par de nombreux patients en venant voir leur médecin : *« ils savent que ce qu'ils nous confient, personne d'autre ne sera au courant » (M14).*

De plus, ils nous ont fait part de la nécessité pour les patients de parler librement, sans jugement : *« c'est un endroit où elle peut le dire, librement, sans être jugée, en sachant qu'il y a quand même le secret médical et que je ne vais pas aller le raconter partout. Je pense qu'on est un lieu d'écoute » (M1).*

Enfin, l'accessibilité du médecin généraliste lui donnerait, selon les médecins interrogés, une place déterminante pour que les patients viennent parler de leurs souffrances : *« on ne coûte pas cher » (M7) ; « un accès aux soins facile » (M9).*

##### 3.1.1. Recherche d'une écoute et d'un soutien pour se sentir mieux

Tout d'abord, les médecins ont tous rapporté que les patients avaient besoin d'un moment d'écoute : *« après, les patients ne nous demandent pas forcément de solutions, ils demandent juste de pouvoir en parler à quelqu'un » (M19).*

Certains médecins ont même dit avoir parfois l'impression de prendre la place d'un psychologue : « *tu as un rôle de psychologue. Les gens viennent te voir, ils parlent. Des fois, ils sont tellement coincés qu'ils ne savent pas à qui parler. Donc ils ont une ouverture avec toi, et venant ici, ils vident leur sac* » (M4).

Aussi, ils ont noté que le soutien du patient serait primordial et recherché par ces derniers : « *ils vont repartir, je ne veux pas dire que la baffe du soir sera plus douce, mais au moins, elle leur fera moins mal, parce qu'ils sauront que quelqu'un d'autre est au courant, et qu'ils ne sont plus tout seuls* » (M4).

De plus, certains ont parlé du besoin de compassion : « *cette dame-là avait besoin de le dire, avait besoin d'entendre que c'était difficile à vivre pour elle, et que sa peau parlait pour elle. Elle avait besoin d'un moment de compassion, elle n'avait pas besoin de réponses* » (M5).

Ainsi, selon les médecins, l'écoute et le soutien des patients leur permettrait de se sentir mieux : « *je pense que ça lui fait du bien quand même de me raconter tout ça, donc je l'écoute un moment* » (M1) ; « *ça l'a libéré, totalement hein ! Parce que j'ai vu l'avant et l'après... Donc ils viennent se libérer* » (M14).

### 3.1.2. Recherche d'aide pour accepter son quotidien

Trois médecins ont remarqué que des patients consultaient, en sachant bien que leur problème ne changerait pas, dans le but d'apaiser leur souffrance et d'arriver à accepter leur vie telle qu'elle est : « *elle a déjà essayé de résoudre la situation, mais n'a finalement pas pu, donc il ne lui reste plus qu'à parler au médecin pour accepter son quotidien* » (M6).

### 3.1.3. Recherche de conseils, de l'avis du médecin

Ils ont souvent noté que les patients recherchaient des conseils, un appui, pour atténuer leur souffrance ou prendre une décision : « *le motif de la consultation, c'était de me demander mon avis sur ce qu'elle devait faire parce qu'elle avait été victime de violences conjugales le samedi soir par son compagnon avec qui elle venait d'investir dans l'achat d'une maison* » (M10) ; « *il était confronté à un dilemme, c'est-à-dire qu'on lui proposait de monter dans la hiérarchie mais c'était au détriment d'une de ses collègues avec laquelle il travaillait* » (M16).

Aussi, deux médecins ont remarqué que des patients souhaitaient avoir des conseils pour être orientés vers un professionnel que le médecin connaissait et leur recommandait : *« ils ont besoin aussi d'un conseil, d'aller vers une personne que nous, on connaît. Ils ont besoin d'y aller en confiance, donc ils ont besoin de nos conseils souvent » (M3).*

#### 3.1.4. Recherche de solutions, de réponses

Pour la majorité des médecins, les patients consultaient avec l'idée en tête que le médecin allait apporter une solution, voire résoudre la situation : *« et donc la petite vient me voir en pleurs, et me dit : il faut faire quelque chose ; on n'en peut plus » (M9) ; « c'est des gens qui ne savent pas du tout quoi faire et qui s'orientent vers leur médecin traitant » (M18).*

#### 3.1.5. Besoin d'un certificat ou d'une prescription

Enfin, six médecins disaient avoir été sollicités par leurs patients pour prescrire un arrêt de travail, un traitement anxiolytique ou hypnotique, ou un certificat, afin de résoudre la situation conflictuelle qui entraînait une souffrance : *« demander l'arrêt de travail parce qu'il faut absolument couper avec la cause de cet état » (M18).*

### **3.2. Qu'est-ce que l'intervention du médecin généraliste a permis ?**

#### 3.2.1. La prise de conscience du problème par le patient

Plusieurs médecins ont noté que leur intervention a permis de créer un changement dans la vie du patient via une prise de conscience du problème : *« ouvrir les yeux de cette fille et c'est ce que j'essaie de faire depuis un moment » (M15) ; « c'est un de mes premiers succès, des succès dont je suis fière. Après ça, elle a réussi à devenir une femme forte. Dans sa relation de couple aussi par rapport à son mari, elle a réussi à s'imposer » (M17).*

#### 3.2.2. L'apaisement du patient

Beaucoup remarquaient que leur intervention avait permis d'apaiser le patient, qui a pu se libérer par la parole, « vider son sac » : *« à la fin, elle s'était apaisée et j'ai vu que cela lui avait fait du bien de me parler et d'avoir été écoutée » (M11).*

### 3.2.3. L'apport d'une réponse, d'une solution, de pistes de réflexion

Les médecins ont souligné que d'apporter une réponse, ou au moins des pistes de réflexion, permettait d'enclencher le soulagement du patient, via la résolution de conflits : *« au final, ça vient de se résoudre là, je viens de le revoir lundi. C'est une situation qui a duré deux mois et demi, pendant laquelle on s'est vus au début toutes les semaines, puis toutes les deux semaines, et finalement la résolution a été une rupture conventionnelle qui est en cours »* (M16).

### 3.2.4. La perspective d'un avenir meilleur

L'intervention du médecin, selon certains, aurait aussi permis au patient d'imaginer un avenir meilleur : *« il se projette désormais sur le fait de créer sa propre entreprise »* (M16).

## 4. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste et moyens pour y faire face

### 4.1. Difficultés

#### 4.1.1. Ces consultations sont chronophages

Les vingt médecins s'accordaient à dire que ces consultations où une souffrance ordinaire est rapportée durent plus longtemps que la plupart des autres consultations en médecine générale : *« si tu acceptes d'entendre ces personnes-là, tu es obligée de laisser du temps »* (M5) ; *« la première consultation pour ce type de plainte, je dirais qu'elle dure à peu près quarante minutes. Donc oui, ça déstabilise le planning de la suite de la journée »* (M16).

Nombreux étaient ceux qui disaient ne pas arriver à montrer au patient que la consultation durait trop longtemps et que la salle d'attente devait être en train de se remplir, même s'ils avaient ces idées en tête tout en écoutant et conseillant le patient : *« je ne sais pas écouter des discussions. C'est compliqué pour moi de couper les gens en leur disant : bon, ça fait une demi-heure que je vous ai, on avait réservé que 20 minutes, je vais prendre du retard, ce n'est pas possible ! »* (M2).

Certains médecins, eux, déploraient manquer de temps pour vraiment prendre en charge ces souffrances comme ils l'auraient souhaité : *« malheureusement, dans nos journées de consultation*

*bien chargées, on aimerait pouvoir prendre ce temps, mais on ne peut pas le faire pour tous les patients » (M10).*

Un médecin a aussi considéré que le suivi ne pouvait avoir uniquement lieu au cabinet du fait de la durée de ces consultations : *« nous, on ne peut pas faire le suivi de ce genre de problématiques en cabinet, ça prend trop de temps » (M2).*

Cependant, sept médecins trouvaient qu'il est fondamental de prendre le temps qu'il faut : *« j'estime que c'est important de [...] prendre le temps de faire les choses lentement, calmement. Ces patients ont besoin d'être rassurés » (M8).* Pour cinq d'entre eux, prendre le temps permettrait de mieux rassurer les patients et mieux les amener à réfléchir : *« mais ça vaut le coup [de prendre le temps], parce que derrière, j'ai l'impression qu'ils sont mieux rassurés, qu'ils sortent avec un objectif en vue, quelque chose qui avance, d'un commun accord. Et quelque chose de vrai qui sort. Mais, oui, ça nous met dans le jus... » (M8) ; « prendre du temps avec eux et leur démêler quelques trucs » (M12).* A noter qu'un médecin voyait ces consultations surtout comme une perte de temps : *« on a passé une heure pour un truc... Ce n'est pas de la médecine générale, enfin si, une toute petite partie. Mais ça nous bouffe un temps fou pour pas grand-chose » (M12).*

#### 4.1.2. Le sentiment d'incompétence du médecin

Onze médecins déploraient le manque de formation concernant la prise en charge des souffrances ordinaires par le généraliste : *« c'est oublié ça dans les études médicales. On nous forme pour beaucoup de choses, mais en ne nous apprenant absolument pas la psychologie. Dans le module de psychiatrie, il n'y a pas ça » (M9) ; « dans la formation initiale, on est très démunis » (M7).*

De nombreux exemples ont été cités par les médecins concernant l'absence de formation, notamment pour la prise en charge des violences conjugales ou le burnout : *« concernant les violences conjugales... Je ne pense pas avoir eu un cours là-dessus pendant ma formation. Ce serait bien aussi d'avoir plus d'heures sur ce sujet lors de notre formation initiale. Après, il existe des formations sur « comment se protéger du burnout » ou « apprendre à dire non », mais des formations sur « répondre à la souffrance ordinaire des patients », je ne pense pas... » (M10).*

De même, ils ont été trois à parler des thérapies cognitivo-comportementales, auxquelles ils ne sont pas formés au cours du cursus universitaire et hospitalier : « *je sais qu'il y a des techniques pour parler, que je ne dois pas du tout maîtriser. [...] Dans les livres, ça va être marqué « thérapie cognitivo-comportementale », c'est très bien, mais il faut arriver à le mettre en place » (M6) ; « on fait de la TCC sans avoir de vraie formation de TCC » (M16).*

De plus, tous les médecins déploraient le manque de réseau pour adresser leurs patients, et certains avaient aussi parfois l'impression de ne pas être le bon interlocuteur, se trouvant ainsi incompetent (cf. partie 5 : coordination, coopération, travail en réseau).

#### 4.1.3. Des difficultés en fonction du patient

De nombreux médecins avouaient que la prise en charge d'un patient pas connu du cabinet était plus difficile que celle d'un patient bien connu du médecin : « *elle m'a demandé un certificat, pour l'aider à obtenir un logement. Je ne la connaissais pas, donc c'était un peu délicat... » (M11).*

De plus, un médecin a fait remarquer la difficulté de s'occuper de la souffrance de ses proches : « *moi, mes patients qui m'embêtent le plus, c'est mes amis. Parce qu'eux, quand ils arrivent et qu'ils déballet toutes leurs affaires de famille, eh bien, on est impliqué forcément, parce que c'est les amis, on connaît leur famille » (M1).*

#### 4.1.4. La difficulté d'écoute selon le moment

Ils étaient deux à avoir fait remarquer que leur écoute était moins bonne en fin de journée, en fin de semaine ou avant les vacances : « *j'ai une bonne écoute. En fin de journée, non. Ou si c'est le troisième ou le quatrième de la journée, c'est compliqué. Ou aussi la période : quand on revient de vacances, on est plutôt frais ; ou si c'est avant de partir, on est moins à l'écoute » (M3).*

#### 4.1.5. La difficulté quand il n'y a pas de progression d'une consultation à l'autre

D'autres avouaient se sentir démunis quand il n'y avait pas de progression d'une consultation à l'autre : « *oui, c'est difficile surtout dans la durée, parce que je trouve qu'on arrive souvent à un moment où on a l'impression qu'on tourne en rond. On a fait le tour de ce qu'on pourrait lui apporter. [...] La difficulté*

principale, c'est qu'au bout d'un moment, on a l'impression que la situation ne va pas s'améliorer, et que, pendant un moment, on revient sur les mêmes choses » (M16).

#### 4.1.6. Difficultés d'ordre psychologique pour le médecin

Le médecin serait souvent affecté par les souffrances de ses patients et pourrait ressentir de la tristesse, de l'inquiétude, être touché.

En effet, quatorze médecins étaient d'accord pour souligner que la souffrance de leur patient les touchait : « ça touche, oui ! C'est beaucoup d'investissement » (M15) ; « forcément, ça touche un peu, [...] c'est toujours triste de se dire que tout ne va pas bien pour tout le monde, même si ce n'est pas possible que tout aille bien » (M2). Certains décrivaient être plus ou moins affectés selon les problèmes de leurs patients : « il y a des situations qui nous touchent plus que d'autres » (M10).

Plusieurs ont parlé notamment des situations de violences conjugales qui les affectaient particulièrement, peut-être parce qu'ils avaient l'impression d'être impuissants dans ces situations : « les situations les plus complexes, c'est celles où l'on suspecte des violences conjugales. Là, c'est compliqué car on a toute une zone grise où il n'y a pas de passage à l'action... ça trotte parce qu'on sent la mise en danger et on a toute une période où on ne débloque pas la situation. Et on accepte le risque » (M16).

D'ailleurs, ils étaient quatre à avoir trouvé ces situations de souffrance ordinaire difficiles à vivre parce qu'ils se sentaient démunis : « alors, j'y pense, mais ce n'est pas la souffrance du patient en lui-même, mais mon impuissance qui me travaille. Je me dis : si lui, il revient... il va y avoir ça à gérer. Et on est impuissants face à certaines situations, comme celle que je t'ai décrite. Si je la vois revenir après-demain, qu'est-ce que je vais faire de plus ? Ça, ça me travaille » (M6). Aussi, le sentiment d'inquiétude était rapporté par quelques médecins, notamment parce qu'ils se sentaient responsables de ce qui pouvait advenir après la consultation : « et s'il se passe quelque chose, je me sentirai responsable. J'avoue que j'ai regardé le journal les jours qui ont suivi parce que j'ai eu un peu peur » (M10).

De plus, plusieurs médecins ont décrit leur sentiment de tristesse face aux patients qui souffrent : « oh oui, forcément triste, des fois ça vous fait de la peine » (M18) ; « moi, je pleure avec mes patients des



*fois, mais ce n'est pas grave ! On pleure cinq minutes » (M17). Certains ont même l'impression de prendre la souffrance de leurs patients : « après, on est un peu des éponges ! Et on a un degré plus ou moins important d'éponge... Je dois être une microfibre extrêmement absorbante ! » (M14).*

Le médecin se trouvait ainsi souvent fatigué à cause des souffrances de ses patients. Cette impression d'être une éponge qui a été décrite par deux médecins conduirait naturellement, selon certains d'entre eux, à une certaine fatigue : « nous, ça nous épuise c'est sûr, c'est fatiguant, ils nous pompent un peu l'énergie parce qu'ils ont plein de choses qui ne vont pas » (M3) ; « mais il faudrait être un robot : si on était un robot, ça ne nous poserait aucun problème. Oui, forcément, qu'à la longue, c'est fatigant » (M9). Cette fatigue serait bien entendu plus importante quand plusieurs patients consultent le même jour pour une souffrance ordinaire : « parfois, quand j'ai dans la même journée 2 ou 3 patients qui ont des problématiques psychologiques, je me sens épuisée » (M7). L'expression « subir les plaintes des patients » a été utilisée par un médecin interrogé, ce qui montre bien leur caractère épuisant : « et cette sensation que c'est inéluctable : qu'on est obligé de subir toutes les consultations, toutes les plaintes des patients » (M7).

Ils sont nombreux à avoir noté que plus ils connaissaient leurs patients, plus la souffrance de ces derniers semblait les toucher : « forcément ça me touche, parce que la plupart du temps, c'est quand-même des personnes que je connais » (M18) ; « globalement, j'arrive pas mal à lâcher. Après, avec les années, de moins en moins, parce que je les connais mieux. Donc, ça me fait soucis » (M8).

Plusieurs médecins ont reconnu être touchés différemment selon leur propre vie ou selon des expériences passées : « forcément, il y a des trucs qui me touchent plus que d'autres ; ça dépend de notre vécu, de notre ressenti » (M2) ; « si on a des problèmes perso, nous, et qu'on se retrouve face à des gens qui nous rapportent des choses qui se rapprochent, des fois on a tendance à faire un lien » (M3). De plus, quelques-uns ont précisé que chaque personne, donc chaque médecin, est différent, et réagit selon qui il est : « cela dépend de chaque personne, ça dépend de la sensibilité de chaque personne » (M13).

Malgré la tristesse, l'inquiétude et la fatigue des médecins qui ont été rapportées, dix-neuf d'entre eux n'estimaient pas être à risque de burnout : « *le burnout, je ne pense pas. Quand on est médecin, on essaie quand-même de partager entre sa vie personnelle et sa vie professionnelle. Donc, ça laisse forcément des traces parce qu'on est attaché à ses patients, c'est obligé. Mais pas de quoi faire un burnout quand-même* » (M18).

Cependant, un médecin nous a dit qu'elle a presque fait un burnout, mais elle a réagi avant, en prenant conscience qu'elle souffrait trop psychologiquement, en trouvant de l'aide (supervision, TCC, via une psychologue) et en apprenant à ne pas autant s'impliquer : « *j'ai réagi avant [le burnout]. Il y a aussi le fait que j'ai appris à dire non. De me dire que des indispensables, il y en a plein les cimetières. Quand j'allais mal à un moment, j'ai réagi assez vite. C'était nécessaire* » (M7).

#### **4.1.7. Pas de difficulté rapportée par les médecins**

Quatre médecins rapportaient n'avoir aucune difficulté à prendre en charge ce type de plaintes en consultation : « *depuis tant d'années que j'exerce, ces difficultés maintenant sont passées, parce que je connais un peu les systèmes... Je ne pense pas avoir trop de difficultés* » (M18).

Ils étaient aussi cinq à souligner qu'ils ne se sentaient pas affectés par ces souffrances : « *personnellement, je leur donne la solution, mais après, non, ça ne me perturbe pas* » (M4) ; « *des choses qui trottent dans ma tête, que je ramènerai à la maison le soir, non. Jamais. Moi, ce que je me dis, c'est : quelle chance j'ai de ne pas avoir leurs problèmes, de ne pas avoir à affronter ça. Notamment quand je vois des femmes de mon âge qui sont en grande difficulté au travail, je me dis : qu'est-ce que t'es bien !* » (M5).

## **4.2. Moyens permettant de diminuer ces difficultés**

### **4.2.1. Solutions face à ces consultations chronophages**

Quelques médecins avouaient essayer d'éviter le sujet quand les patients parlaient de leur souffrance à chaque consultation : « *des fois, j'arrive à éviter le sujet parce que ... je deviens malin et quand je sens que ça va dérapier là-dessus, je commence à parler d'autre chose, je ne lui laisse pas le temps de*

démarrer là-dessus » (M1) ; « ensuite, lors d'autres consultations, on ne revient pas forcément sur la totalité de l'histoire chaque fois » (M16).

Sinon, le planning pourrait être organisé différemment afin d'anticiper le retard causé par la longueur de ces consultations. Deux médecins disaient prévoir ces consultations pour une souffrance ordinaire en fin de journée, à condition d'être au courant du motif de consultation bien entendu : « et d'ailleurs, quand je sais que c'est cette patiente, et que dans les consultations, il y a toujours un peu de ce côté-là un peu psychologique qui est récurrent, je la mets toujours en fin de journée » (M2). Ensuite, quatre médecins prenaient l'initiative de bloquer plusieurs créneaux de consultation pour ne pas se sentir pressés par le temps : « alors, si on le programme un peu à l'avance, je peux dire : on lui réserve un créneau d'une demi-heure » (M6). Aussi, quand certains médecins n'avaient pas assez de temps un jour J, ils disaient reprogrammer les rendez-vous : « ou sinon, je leur propose de les revoir, et je bloque deux créneaux » (M3).

#### 4.2.2. Avoir suivi des formations sur la communication

Quelques médecins reconnaissaient qu'ils avaient développé des facilités pour répondre aux patients grâce à des formations sur la communication : « j'ai fait des formations régulières sur la communication non violente, sur les représentations positives. J'ai fait une formation avec le DPC sur la TCC. J'ai fait des formations dans le cadre de la parentalité ; c'était des soirées, mais ça te donne des pistes » (M7).

#### 4.2.3. L'expérience du médecin : faire avec son vécu (personnel et professionnel)

Les médecins jugeaient aussi qu'il est de plus en plus simple de prendre en charge ce type de plainte avec l'expérience : « ces trucs-là, tu les gères facilement quand tu arrives en fin de carrière, parce que tu en as malheureusement tellement vécus, que ce n'est pas très compliqué à gérer » (M4) ; « on est plus à même de répondre à certaines situations de souffrances ordinaires si on les a nous-même vécues, personnellement ou avec d'autres patients d'ailleurs » (M10).

#### 4.2.4. Une bonne connaissance du patient et de son milieu de vie

Tous les médecins étaient d'accord pour dire qu'avoir une bonne connaissance du patient et de son environnement (famille, lieu de vie...) facilitait sa prise en charge : « si on ne connaît pas très bien les

*gens, ça fait tâtonner par mal pour se dire : quel type de personne j'ai en face de moi ? Quelles sont les caractéristiques psychologiques de la personne qu'on a en face de nous ? Comment faire pour que cette personne reparte plus sereine que ce qu'elle est arrivée ? Donc il faut essayer de cerner la personne qui nous parle et qu'on ne connaît pas assez bien pour d'emblée avoir quelque chose à lui répondre » (M5).*

#### 4.2.5. Avoir un réseau pour adresser facilement

cf. partie 5 (coordination, coopération, travail en réseau).

#### 4.2.6. Moyens pour que le médecin généraliste se protège et souffre le moins possible

##### 4.2.6.1. Relativiser, prendre du recul, ne pas s'impliquer

*Huit médecins s'accordaient à dire qu'ils relativisaient beaucoup pour se protéger : « je sais faire la part des choses. Tu vois, cette dame, elle n'est pas en danger de mort, elle a une souffrance psychologique certes, mais elle a des possibilités énormes pour faire avancer le schmilblick. Donc, il faut relativiser » (M6).*

*Quelques médecins disaient relativiser par rapport à d'autres régions du monde où la vie est encore plus difficile : « après, la misère en soi, on en voit beaucoup, on ne s'y habitue pas, mais on relativise, par rapport à mon vécu, par exemple mon voyage en Inde. Tu vois, par rapport à l'Inde, bon, la population française, je compatie sur plein de choses, je suis dans l'empathie. Mais voilà, je sais faire la part des choses » (M6).*

*Certains rapportaient aussi relativiser par rapport à leur expérience : « on vit tellement de situations très dures, petit à petit, sur des décès, sur des enfants malades, des morts d'enfants, des choses comme ça, qu'après ça, je me dis que même s'il est malheureux aujourd'hui le grand-père, il finira par s'en sortir. Voilà, il y a eu bien pire » (M12). D'ailleurs, ils étaient nombreux à avoir l'impression que l'expérience aiderait à se protéger, à se détacher, à faire la part des choses : « et après, pour me protéger moi, je pense que c'est un peu avec le temps. Parce qu'au début, quand je remplaçais, il y avait plein de trucs qui m'affectaient. Bon, maintenant, on essaye, on fait le maximum pour les suivre correctement, puis on se dit qu'on a fait tout ce qu'on a pu... C'est déjà une satisfaction même si le*

*résultat n'est pas toujours là » (M2) ; « avec l'expérience, on prend du recul par rapport à tout ça, mais des fois, c'est vrai qu'il y a des malades qui nous poursuivent un peu jusqu'à la maison » (M1).*

De plus, pour beaucoup, la vie du patient qui souffre serait telle qu'elle est. Le médecin ferait au mieux pour le soulager, mais ne pourrait pas toujours améliorer la vie du patient : *« savoir aussi prendre de la distance sur ce qu'on ne peut pas changer, c'est-à-dire qu'on est médecin, on ne peut pas tout changer » (M19).*

Il serait ainsi essentiel d'arriver à se détacher de ce qui nous est confié en consultation : *« ne pas s'impliquer dans tout ce qui n'est pas médical, rester un peu à distance. Je crois qu'il faut être proche de ses patients, mais il faut garder quand même une distance. [...] Essayer toujours de trouver la bonne distance avec le patient. C'est comme ça qu'on se protège aussi » (M1).*

De plus, un médecin a fait le juste constat qu'il faudrait faire attention à ne pas trop s'impliquer pour ne pas souffrir : *« apprendre à faire la différence entre être concernée et impliquée. Impliquée, tu t'épuises » (M7).*

On voit ainsi que la prise de recul serait essentielle pour ne pas souffrir.

Aussi, on peut noter que certains nous ont fait remarquer que se protéger serait certainement question de caractère : *« moi, je ne suis pas une soucieuse, je ne repense pas à ces cas à la maison. Mais on est tous différents là-dessus » (M8) ; « il y a peut-être des gens mieux armés que d'autres à se défendre » (M9).*

#### 4.2.6.2. Adapter ses horaires, prendre le temps de souffler dans la journée

Trois médecins disaient avoir adapté leurs horaires au cours de leur carrière afin de se protéger : *« moi, en réaction, je suis passée d'une consultation de 15 minutes à une consultation de 20. Aussi, après 18 heures, on ne me met pas de rendez-vous » (M7) ; « je me protège aussi avec mon rythme de travail : je ne travaille que trois jours par semaine » (M10).*

De plus, quelques-uns conseillaient de faire des pauses au cours de la journée : *« des fois, on a besoin d'aller boire un café avec les collègues » (M10) ; « j'essaie de faire de la cohérence cardiaque entre ces*

*consultations. A chaque consultation, tu ouvres la porte pour toi ; mais pour eux, c'est la consultation du jour... » (M7).*

#### 4.2.6.3. Avoir une vie à côté du travail

Ils sont nombreux à avoir souligné l'importance d'apprendre à couper le soir en quittant le cabinet : *« si tu ne coupes pas en arrivant à la maison, tu ne tiens pas 28 ans : tu feras comme certains de nos confrères qui font un burnout au bout de 10 ans et qui se retrouvent médecins de caisse... » (M9), voire même directement après la consultation : « le reste s'enchaîne derrière quoi, donc après, on n'y pense plus » (M12).*

Quelques médecins ont précisé que d'habiter loin de leur travail leur permettait de se changer les idées sur le trajet du retour le soir : *« il y a un petit moment dans le sas de décompression de la voiture » (M15).*

Pour arriver à couper avec la journée au cabinet, plusieurs d'entre eux s'accordaient à dire qu'il leur semblait fondamental d'avoir une vie à côté du travail (une famille, des activités...) : *« il faut savoir laisser ses problèmes au cabinet quand on ferme la porte, et puis essayer d'avoir une vie personnelle heureuse » (M18) ; « j'essaie de faire du sport à côté » (M3).*

Cependant, selon quelques-uns, la vie personnelle pourrait compliquer la prise en charge des patients en souffrance, si le médecin souffre déjà de son côté de par des problèmes familiaux : *« après, j'ai d'autres soucis personnels : mes parents sont très âgés, je m'en occupe beaucoup. C'est ce qui me pose le plus de problèmes actuellement, plus que... On est souvent plus affectés par sa vie personnelle. Alors, quand se rajoutent en plus des soucis au boulot, pas simple... » (M9).*

#### 4.2.6.4. Discuter avec des collègues, débriefing, partager

Le partage avec ses collègues ou avec ses proches paraissait important aux yeux des médecins interrogés : cf. partie 5 (coordination, coopération, travail en réseau).

#### 4.2.6.5. Être satisfait de son travail

L'autosatisfaction semblait primordiale pour cinq médecins afin de rester positif et pouvoir finir la journée avec un bon moral : *« je suis complètement satisfait si j'ai pu aider quelqu'un en détresse par*

*rapport à son boulot ou autre, si j'ai pu lui donner un peu d'aide, là je me dis : ouais, c'est bon, t'as pas loupé ta journée » (M15).*

#### 4.2.6.6. Gérer ses émotions devant le patient

Plusieurs ont également fait remarquer qu'il leur semblait essentiel de gérer ses émotions devant le patient, même si le médecin a le droit d'être affecté et triste : *« dans mon attitude, ne pas me laisser emporter pendant la consultation dans l'émotion... » (M15).*

#### 4.2.6.7. Réagir avant le burnout

Quelques médecins ont discuté du burnout et de sa prévention, qui passerait avant tout par la prise de conscience par le médecin qu'il ne va pas bien : *« ce qui nous empêche d'aller bien je crois, c'est qu'on ne s'autorise pas à se dire qu'on va mal. Qu'on ne sait pas à qui demander de l'aide » (M7).*

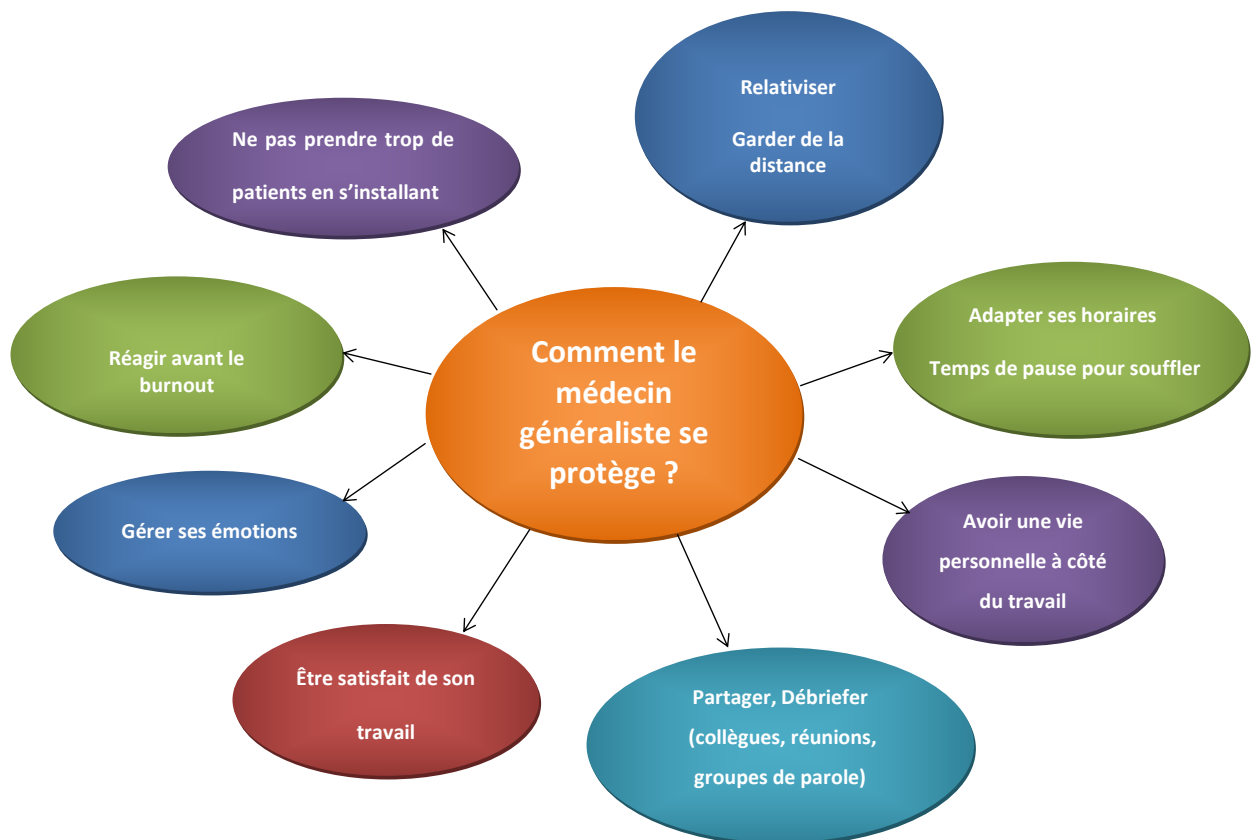
#### 4.2.6.8. Ne pas prendre trop de patients en s'installant

Un médecin nous a donné ce conseil, qui lui avait été prodigué par la majorité des médecins de Haute-Loire quand elle avait fait sa thèse, huit ans auparavant : *« un conseil que tous les médecins m'ont donné, ne pas prendre trop de patients quand tu t'installes. Quand tu démarres, tu démarres, tout est plus lent » (M7).*

#### 4.2.6.9. Faudrait-il ne s'occuper que du médical pour ne pas souffrir ?

La question qui a été soulevée par plusieurs médecins était alors de se demander s'il ne valait pas mieux ne prendre en charge que le médical pur, le somatique, pour ne pas souffrir ? : *« j'avais un collègue qui avait décidé que lui, il était un technicien de la médecine. Et quand les gens commençaient à lui raconter un truc, il disait non : vous êtes là pour votre angine, je soigne votre angine, le reste ce n'est pas mon problème. Il se protégeait comme ça je pense. Il n'avait pas envie de porter toute la misère de l'humanité sur ses épaules » (M1).*

**Schéma 2** : Comment le médecin généraliste peut se protéger ?



5. Coordination, coopération, travail en réseau

Pour prendre en charge ces patients en souffrance, la coopération avec d'autres professionnels, de santé ou non, semblait primordiale aux yeux des médecins interrogés. Tout d'abord, avoir un réseau apparaissait être un élément facilitateur pour demander des avis ou savoir vers qui orienter les patients, même si beaucoup de médecins semblaient déplorer la difficulté de communication avec certains professionnels. De plus, le travail à plusieurs serait important pour partager ses expériences, débriefer, discuter et ainsi trouver des solutions pour mieux prendre en charge la souffrance du patient, mais aussi pour que le médecin se protège.



### **5.1. Savoir orienter les patients**

Selon plusieurs médecins, puisque le patient demande un conseil non médical, le médecin généraliste semblerait ne pas être le bon interlocuteur. Cela pourrait entraîner un sentiment d'impuissance chez le médecin : *« je ne pouvais pas lui donner un logement ou un travail » (M11).*

Cela montre bien l'importance de savoir à qui adresser ces patients.

Tous les médecins s'accordaient à souligner la nécessité d'avoir son propre réseau pour orienter les patients vers d'autres professionnels si besoin : *« connaître un petit peu l'organisation sociale du pays, savoir un petit peu comment orienter les personnes » (M18)* ; *« connaître les professionnels autour du cabinet » (M3)*. De plus, plusieurs ont reconnu la nécessité de ne pas forcément suivre le patient du début à la fin de sa souffrance, de savoir orienter en fonction de l'évolution de la souffrance : *« après, je crois qu'il faut savoir passer la main » (M9).*

Les médecins interrogés ont surtout parlé des professionnels de la santé mentale : psychologues (dont les psychologues du travail via l'EIPAS), voire psychiatres et psychothérapeutes : *« je pense que ça aide d'avoir un autre son de cloche que celui du médecin, d'avoir d'autres approches. Et puis il y a des gens qui ont besoin de TCC pour calmer les idées anxieuses, des vraies TCC autres que celles que moi je fais » (M16)*. Quelques-uns ont également décrit l'orientation vers des médecines alternatives : *« je lui ai donné les coordonnées d'une sophrologue » (M16)*. De plus, ils sont nombreux à avoir cité l'assistante sociale : *« s'adressant à une assistante sociale pour lui apporter l'aide qu'il lui fallait, des aides financières pour manger et pour s'en sortir » (M20)* ou des structures comme Pôle Emploi : *« rappeler Pôle Emploi pour faire un point avec sa conseillère pour retrouver du travail » (M20).*

Concernant les souffrances au travail, les médecins disaient conseiller de rencontrer le médecin du travail, voire le médecin de la sécurité sociale, ou encore en parler à des associations : *« on avait parlé du médecin du travail » (M16)* ; *« médecin conseil à la sécurité sociale » (M10)* ; *« la maison du peuple, les bureaux de syndicalistes qui donnent souvent de très bons conseils » (M18)* ; *« on donne les coordonnées des associations » (M16)*. Aussi, dans d'autres cas, les médecins rapportaient orienter

vers des professionnels juridiques : « je lui ai conseillé de prendre l'avis soit d'un notaire, soit d'un avocat » (M4) ou judiciaires : « je leur ai dit : allez à la gendarmerie pour signaler sa disparition » (M12).

Cependant, plusieurs médecins déplorait ne pas assez connaître les médecins spécialisés ou les structures dans la région dans laquelle ils exercent, ce qui compliquerait la prise en charge des patients qui consultent pour une souffrance ordinaire : « et je ne sais pas trop vers qui me tourner étant donné qu'il n'y a plus de médecin conseil à la sécurité sociale. J'ai peu de contacts avec les médecins du travail aussi... Il faudrait qu'on se rencontre localement. C'est peut-être aussi à moi de « me bouger », de prendre mon téléphone pour connaître les associations qui existent et les rencontrer » (M10).

## **5.2. Discuter, débrief, partager**

Huit médecins ont décrit ressentir le besoin de parler avec leurs collègues des cas de souffrances ordinaires de leurs patients : « j'en parle quand on a des réunions de médecins » (M14) ; « on discute une fois par mois tous ensemble. Ça, c'est l'avantage des maisons de santé » (M19) ; « et avec les collègues aussi, on parle beaucoup. On est un groupe de trois médecins. Mon collègue était mon maître de stage ; j'étais passée en SASPAS. On a pris l'habitude depuis le début de beaucoup discuter. Voilà, donc quand je me retrouve en difficulté, ça arrive que j'en parle avec lui aussi » (M3).

Ils ont dit discuter de ces cas pour aller mieux, mais aussi pour mieux savoir les prendre en charge : « ne pas hésiter à parler aux collègues, parce que, sans parler du fait que ça fait du bien de parler, ils vont te donner des solutions avec leur propre vécu. Ils vont te dire : ah ouais, j'ai déjà eu un truc comme ça, je l'ai envoyé à machine, ça s'est super bien passé » (M6).

D'autres médecins rapportaient en parler avec leurs proches, qu'ils travaillent eux-aussi dans le milieu médical ou non : « il y a peut-être une façon de se protéger, c'est que souvent le soir j'en parle chez moi... J'ai un fils qui est en médecine. A chaque fois que j'ai un truc un peu lourd, je lui en parle systématiquement » (M14) ; « mon conjoint en prend plein la tête le soir aussi quand je rentre. Et je lui parle beaucoup de ce qui s'est passé » (M3).

## 6. Évolution des souffrances ordinaires rapportées en consultation

Les médecins étaient unanimes : ils avaient tous l'impression qu'il y aurait de plus en plus de souffrances ordinaires rapportées en consultation. « *Oui, il y en a de plus en plus, c'est sûr* » (M2).

Plusieurs médecins s'accordaient à dire qu'ils ont noté ce changement depuis une dizaine d'années : « *alors, moi je dirais : oui, il y a de plus en plus de souffrances ordinaires en consultation. Pour mon cas personnel. Et c'est relativement récent, ça fait moins de dix ans. Sur mes vingt-sept ans d'exercice* » (M5) ; « *notamment depuis les années 2005-2010* » (M7).

Mais comment expliquaient-ils ce phénomène ?

Tout d'abord, quelques médecins ont remarqué qu'ils détecteraient mieux ces souffrances avec l'expérience, en comparaison avec le début de leur exercice, ce qui expliquerait qu'ils voient plus de patients en consultation pour ce type de plainte : « *il y en a de plus en plus. Mais en même temps, c'est aussi parce que maintenant, je les décèle et essaye de les désamorcer. Au fur et à mesure des années d'exercice, j'ai créé des liens avec les patients, suis arrivée à déceler ces souffrances* » (M7).

Ensuite, les 20 médecins trouvaient un lien entre augmentation des souffrances ordinaires et changement de la société : « *c'est un peu lié à notre société ; la société a changé aussi* » (M1) ; « *on voit plein de gens qui ont plein de problèmes sociétaux* » (M2) ; « *je pense que c'est un problème de société mais pas spécifiquement du monde du travail* » (M13).

Ainsi, selon les médecins interrogés, la société aurait changé :

### **6.1. Augmentation de la fréquence de certains conflits**

De manière générale, les médecins rapportaient qu'il y aurait une augmentation des problèmes psychosociaux : « *il y a plus de problèmes psychosociaux maintenant, qu'il n'y avait pas avant* » (M12).

Ils ont constaté plus particulièrement une augmentation des souffrances au travail : « *la souffrance au travail, c'est un truc que je ne voyais pas du tout* » (M15) ; « *il y a plus de souffrance au travail* » (M12),

et notamment des souffrances intenses en lien avec le travail : « *en termes de burnout, oui, il y en a de plus en plus... Le harcèlement au travail oui* » (M13). Cinq des 20 médecins interrogés notaient que la souffrance causée par le travail serait la souffrance ordinaire la plus rapportée en consultation : « *les souffrances ordinaires les plus fréquentes du moment, c'est quand même la souffrance au travail. C'est ce qu'on voit le plus souvent* » (M18).

De plus, 2 médecins disaient voir plus de patients en situation de précarité qu'avant : « *il y a plus de gens séparés, il y a plus de gens au chômage* » (M12) ; « *il y a beaucoup de problèmes de divorce, de couple, de gamins, de boulot, de fric...* » (M5). Aussi, les consultations en lien avec des conflits conjugaux ont été citées 6 fois : « *la société étant moins structurée, les gens ont plus de misères, on voit bien dans les couples. Les conflits de couple, c'est beaucoup plus qu'avant* » (M1).

Cependant, 4 médecins pensaient qu'il n'y aurait pas d'augmentation de la fréquence des conflits, ou du moins, de certains conflits : « *si on prend l'exemple des violences conjugales, je ne pense pas qu'il y ait plus de violences conjugales actuellement qu'avant. La souffrance ordinaire liée aux situations familiales ou privées, je pense qu'elle a existé de tout temps* » (M16) ; « *les souffrances comme le deuil, les problèmes de séparation, les violences conjugales, je pense que ça a toujours existé. Après est-ce qu'ils en parlaient à leur médecin aussi facilement ? Je n'en suis pas sûre* » (M10).

Ils sont ainsi plusieurs médecins à avoir souligné ce dernier fait : il n'y a peut-être pas plus de souffrances qu'avant, mais les gens sembleraient plus consulter, ce qui pourrait donc laisser croire au médecin qu'il y a de plus en plus de souffrances de manière générale. Un autre verbatim illustrant ce propos est le suivant : « *tu te rends compte que dans toutes les familles, ça a toujours existé. Mais tu trouves des histoires sordides ! Mais à l'époque, les gens n'en parlaient pas. Le médecin, c'était un peu le notable du coin : on n'osait pas trop lui parler. Et toutes ces histoires de souffrances conjugales et ces trucs comme ça, les gens n'en parlaient pas...* » (M4).

## **6.2. Les gens chercheraient plus de solutions : médicalisation de toute contrariété**

Le constat a été fait qu'il y aurait plus de souffrances rapportées en consultation de nos jours car les patients seraient plus à la recherche d'un moyen pour moins souffrir : « *les gens essaient peut-être de trouver des solutions, alors qu'avant, c'était ta destinée. Tu souffrais en silence...* » (M4) ; « *les gens en parlent beaucoup plus tôt. Puis c'est reconnu dans les médias et c'est un fait, c'est comme ça. Les gens doivent en parler au médecin du travail, au médecin de famille. Les gens ont conscience maintenant qu'il y a plein de monde qui est là pour leur trouver une solution* » (M5).

De plus, des médecins ont noté que le médecin généraliste serait bien souvent le premier professionnel consulté car il est très accessible, à un prix dérisoire, contrairement notamment à une consultation auprès d'un psychologue : « *les consult médicales, pour quelque motif que ce soit, sont remboursées ; la psychologue n'est pas remboursée...* » (M2).

Certains ont comparé cette accessibilité actuelle à la difficulté d'être reçu chez le médecin à l'époque de nos parents et grands-parents : « *ils ont quand même un accès aux soins bien plus facile qu'il y a 40 ou 50 ans où il y avait un médecin pour un canton et les alentours... On allait chez le médecin parce qu'on était vraiment au bout du rouleau. Alors qu'aujourd'hui, je ne peux pas dormir, je viens. Je me suis disputé avec mon patron, je vais craquer, je viens. La moindre contrariété, c'est médicalisé. On n'essaie pas du tout de répondre soi-même, ou de voir comment on peut arranger les choses* » (M9).

Plusieurs médecins ont fait cette remarque que toute contrariété, sans même en être au stade de la souffrance, serait désormais médicalisée : « *maintenant, les gens s'arrêtent aussi à des choses, de manière plus intense... Enfin, ils viennent voir le médecin pour des évènements qui seraient passés inaperçus il y a 20 ans* » (M18).

Selon 6 médecins interrogés, le médecin généraliste serait ainsi devenu, en comparaison à l'époque des « anciens », un interlocuteur privilégié pour les patients en souffrance : « *le médecin reste l'interlocuteur principal et parfois, c'est l'unique interlocuteur qui reste (M18)* » ; « *je pense que tant que les gens ne se trouvent pas bien, on sera les premiers interlocuteurs en tout cas* » (M2).

### **6.3. Disparition de certains interlocuteurs, perte de liens sociaux**

Une cause très souvent citée, pour expliquer l'augmentation des consultations pour une souffrance ordinaire, était la perte des liens sociaux dans notre société actuelle : « *les liens sociaux sont en déconstruction* » (M6) ; « *les gens sont en mal de lien* » (M6), expliquant que le médecin généraliste, souvent appelé médecin de famille plutôt, devienne ce lien nécessaire : « *donc du coup, nous, on redevient du lien référent. Moi, j'ai l'impression que plus ça va, plus on a une place importante* » (M6).

#### **6.3.1. Le curé**

Quatre médecins ont rapporté l'effet de la baisse des pratiques religieuses, notamment la diminution de la confession, dans notre société : « *aujourd'hui, les gens n'ont plus personne vers qui se retourner. Autrefois, on allait voir le curé* » (M18).

#### **6.3.2. Perte des liens familiaux**

Huit médecins ont remarqué qu'il y aurait de nos jours moins de discussion avec les membres de sa famille : « *moi, je pense que les gens se sentent en difficulté de communication dans leur propre maison* » (M5) ; « *avant, il y avait peut-être plus de relations parent-enfant, que là, les gens se retrouvent un peu seuls et sans aide et confrontés seuls à leurs problèmes* » (M17).

La notion de l'isolement, même si en soit les gens ont une famille, a souvent été abordée : « *on voit bien que les gens sont isolés, sont seuls, même s'ils ont une famille. Les familles sont écartelées dans les quatre coins de la France. Les gens sont plus dans la difficulté, dans l'isolement social... Il y a un manque de relationnel, de confiance* » (M18). Plusieurs ont ainsi mis en cause l'éloignement géographique des membres d'une famille, expliquant cette perte de liens familiaux : « *les familles s'éclatent, divorcent. Les enfants ne restent pas là où il y a les parents* » (M7) ; « *les familles sont un peu éclatées. Donc ils n'ont pas d'échappatoire et c'est nous qui absorbons tout* » (M12).

#### **6.3.3. Moins de communication avec les voisins**

Deux médecins ont noté que les gens ne communiqueraient plus comme avant avec leurs voisins : « *les gens ne parlent plus à leurs voisins* » (M6).

#### 6.3.4. Moins de commerces de proximité

De plus, un médecin a parlé de la diminution des commerces de proximité par rapport à une certaine époque où le commerçant était le confident et prenait des nouvelles de ses clients : *« ils n'ont plus les petits commerçants du coin pour en parler. Donc tous ces gens autour qui absorbaient leur mal-être ne sont plus là, donc paf, c'est le médecin généraliste qui ramasse quoi » (M12).*

#### 6.3.5. Tchat sur internet

Un médecin a également fait remarquer une nouvelle sorte de communication dans notre société actuelle : les multiples moyens de communication via son smartphone : *« les gens vivent sur leur téléphone, parlent à des gens sur internet, mais les liens sociaux sont en déconstruction » (M6).*

On voit ainsi pourquoi les gens se tournent vers leur médecin de famille, qui reste parfois la seule personne physique à qui parler.

### **6.4. Les gens iraient mal**

Huit médecins étaient d'accord sur ce point : les gens iraient plus mal actuellement qu'avant. Des exemples récents de l'actualité ont été cités, comme les grèves, montrant que les gens sont excédés par leurs conditions de vie : *« on le voit bien avec tout ce qui se passe, les manifestations, que ce soit les gilets jaunes, les urgences... Les gens vont mal » (M2).*

Quelques-uns ont notamment constaté que peu de gens seraient heureux dans leur travail, alors que l'activité professionnelle occupe beaucoup de temps dans la vie : *« il est exceptionnel que les gens te disent : je suis bien dans mon travail. Il y a toujours quelque chose. Et ils ont toujours quelque chose : ou les horaires, ou le boulot, ou le stress, ou on leur en demande trop, ou les collègues ne sont pas sympa, ou le collègue ne fait rien et eux font tout... On est toujours dans la même plainte » (M9).*

Comment expliquaient-ils que les gens aillent mal ?

Selon quatre médecins, la société serait devenue plus exigeante : « *la société est un peu plus dure à mon avis* » (M17) ; « *j'ai l'impression que la société actuelle veut zéro inconvénient et beaucoup de confort. On veut un monde sans contraintes : je pense que le problème est là dans notre société actuelle* » (M13).

Trois médecins ont également rapporté que les gens seraient plus exigeants avec eux-mêmes : « *aujourd'hui, les gens acceptent beaucoup moins d'être en difficulté* » (M18), ce qui causerait peut-être plus de stress et d'angoisses de performance : « *il y a beaucoup d'angoisse par rapport au travail, par rapport à : comment on va s'en sortir, comment les enfants vont s'en sortir ? Donc ça crée des situations qui autrefois seraient rentrées par là et sorties par là* » (M18).

De plus, pour 2 médecins, les gens seraient à la recherche d'un bonheur inaccessible, leur rendant la vie décevante telle qu'elle est : « *il y a peut-être un idéal sociétal, l'impression qu'il faut être épanoui dans tout, que ce soit sa vie professionnelle ou personnelle. Il y a une espèce d'idéalisation de toutes ces situations qui font qu'il y a plus de gens qui se trouvent en souffrance* » (M16) ; « *aujourd'hui, il y a une recherche du bonheur, du plaisir, il y a presque un challenge ; on est obligé d'être bien quoi* » (M18).

Si bien que des médecins avaient l'impression que les gens n'auraient pas conscience qu'ils ne sont peut-être pas si malheureux que ça : « *après, je ne sais pas si on est réellement plus malheureux. Peut-être qu'on ne se rend pas compte à quel point on est heureux* » (M7).

Les gens vont aussi plus mal, selon quelques-uns, car ils feraient plus de choses qu'avant : « *la vie est différente aussi. Les femmes travaillent, tout le monde travaille, on ne peut pas garder les enfants. On mène tout de front : le travail, le patron qui ne fait que gueuler, les 35 heures, les enfants dont il faut s'occuper...* » (M8).

Enfin, un médecin a considéré que les informations dans les médias, majoritairement négatives, n'aidaient pas les gens à mieux se porter : « *il y a beaucoup d'informations négatives dans les médias... Et il n'y a pas de solution. Par exemple, quand on te dit que des maisons sont complètement inondées mais qu'elles sont construites dans des zones inondables, qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse ? On*



*est touché par ce qui leur arrive. Donc à la télé, c'est ça, ou des séries policières ou médicales... On peut dire quand même que ce sont des choses qui font peur » (M7).*

### **6.5. Les gens seraient plus plaintifs**

Six médecins interrogés trouvaient quand même les gens plus plaintifs qu'avant : *« dès qu'il y a un petit truc qui ne va pas, ce n'est pas normal, donc ça part tout de suite dans des grosses complications... Enfin, je veux dire, ce n'est pas depuis cette année que des fois, au boulot, l'employé ne s'entend pas avec son patron, qu'il y a des engueulades... Mais avant, on passait outre. Et maintenant, les gens sont plus plaintifs ; ils ont beaucoup de droits : ils ont le droit de s'arrêter, ils ont le droit de porter plainte... Et ils sont très demandeurs de tout » (M2).*

Ils seraient également plus dans la plainte car plus dans la souffrance devant toute épreuve de la vie : *« dès qu'on a quelque chose, on le prend très à cœur, alors qu'il y a peut-être quelques années en arrière, les gens auraient dit : courbe le dos et puis bats-toi... ça paraissait plus normal d'avoir des périodes difficiles dans la vie » (M18).*

### **6.6. Les gens seraient plus fragiles**

Quatre médecins ont fait le constat que les gens leur semblaient plus fragiles qu'à l'époque, comparativement au début de leur exercice, donc plus sujets à souffrir : *« je pense qu'il y a plus de fragilité qu'avant. Face à la difficulté. L'individu me semblait plus résistant. Après, ce n'est pas sympa de dire ça. Les gens sont moins costauds » (M5), notamment dans le cadre professionnel : « je pense que les gens étaient plus durs au travail » (M15) ; « les gens qui travaillaient à l'usine avant avaient un boulot bien plus difficile et certainement beaucoup plus contraignant. Les petits tyrans, il y en avait aussi. Les gens faisaient avec, s'adaptaient et essayaient de trouver des solutions comme ils pouvaient » (M13).*

Aussi, pour quelques-uns, les gens paraîtraient actuellement moins capables de lutter eux-mêmes contre les souffrances ordinaires : *« les générations de mes parents et grands-parents ont vécu des*

*choses plus difficiles que les nôtres : des périodes de guerre, de post-guerre, où ils n'avaient pas beaucoup d'argent... Ils travaillaient énormément et ne se plaignaient pas : ils étaient très armés contre les aléas de la vie. Mais aujourd'hui, les gens ne le sont pas » (M9).*

### **6.7. Les gens auraient moins de tabous**

Six médecins ont constaté que de nos jours, les gens paraîtraient avoir moins de tabous ; ils parleraient plus facilement de leur intimité et de leurs problèmes de vie, aussi gênants qu'ils puissent être : « *par exemple, les gens sont plus libres de parler aussi de certaines choses dont on ne parlait absolument pas il y a 25 ans, c'était super tabou. Et ça c'est plutôt bien » (M1) ; « les gens en parlent plus facilement. Ça, c'est la grosse différence » (M4).*

De plus, certains remarquaient qu'à l'époque, les gens ne montraient pas leur faiblesse psychologique, alors que maintenant, ils iraient même parfois jusqu'à afficher leur vie sur internet : « *avant, on parlait peut-être moins de ces problèmes psychologiques. Il y avait comme une honte, c'était moins abordé je pense. Maintenant, on va beaucoup plus raconter sa vie, la montrer sur Facebook, sur les réseaux sociaux, parler de ses problèmes, afficher plus facilement des choses » (M6).*

## **7. Les différences de réponses selon les caractéristiques des médecins interrogés**

Nous avons retrouvé des différences de réponses selon le sexe, l'âge, le nombre d'années d'exercice et le lieu d'exercice des médecins.

### **7.1. Différences selon le sexe des médecins**

Les hommes exprimaient une moindre souffrance face au mal-être de leurs patients. Ils semblaient arriver plus facilement à relativiser et à se détacher. En ce qui concerne les femmes, elles étaient moins gênées que les hommes face au caractère chronophage de ces consultations.

### **7.2. Différences selon l'âge des médecins (qui correspondait au nombre d'années d'exercice)**

Nous avons noté que les médecins plus âgés disaient avoir moins de difficultés à prendre en charge ce type de plainte : ils semblaient déjà prendre plus de recul et ainsi être moins affectés. Aussi, ayant déjà vécu ce genre de situations par le passé, ils rapportaient arriver maintenant mieux à les gérer, se servant de leur expérience, personnelle et professionnelle. De plus, les conseils qu'ils donnaient leur semblaient être du bon sens. Enfin, ayant une meilleure connaissance de leurs patients (et de leur entourage), les réponses leur paraissaient plus simples et plus personnalisées. De manière générale, ces médecins plus âgés trouvaient que les gens étaient plus fragiles dans notre société actuelle, comparativement aux patients qu'ils soignaient en début de carrière. Ayant plus de recul, ils s'accordaient à dire qu'ils voient de plus en plus de patients pour des souffrances psychosociales, comparativement à leurs débuts d'exercice, notamment la souffrance au travail. Ils mettaient cela en lien aussi avec l'augmentation des divorces, du chômage et la disparition des interlocuteurs (curé, famille, voisins, commerces...).

Les médecins plus jeunes, eux, semblaient mieux connaître les techniques de communication et de psychologie, même s'ils ne savaient pas bien les mettre en pratique. Aussi, en général, ces médecins plus jeunes prescrivaient plus de traitements ou d'arrêts de travail face à une souffrance ordinaire. Nous avons aussi noté que les jeunes médecins avaient l'air d'avoir plus de difficulté à dire non, notamment aux demandes d'arrêts de travail, qui leur semblaient pourtant parfois abusives. Enfin, ces médecins avec moins d'expérience étaient globalement plus affectés, fatigués par les souffrances de leurs patients. Cependant, ils semblaient plus partager avec leurs collègues ou leur famille, que les médecins plus âgés, qui paraissaient arriver à gérer leurs sentiments par eux-mêmes.

### **7.3. Différences selon le lieu d'exercice des médecins**

En milieux semi-rural et rural, le médecin généraliste serait le plus souvent un médecin de famille, ce qui semblait être un élément important dans la prise en charge, puisqu'il connaîtrait bien le patient, sa famille et même souvent son domicile. Cette situation favoriserait tout d'abord la confiance du

patient, puis aussi les échanges entre le médecin et son patient, et enfin les réponses qui seraient plus adaptées en connaissant le contexte social, professionnel, familial et personnel du patient.

De plus, les médecins qui travaillaient dans des maisons de santé disaient discuter et échanger plus facilement sur ces situations avec leurs collègues, notamment au cours de réunions pluridisciplinaires, comparativement aux médecins qui exerçaient seuls, pouvant se sentir plus isolés.

#### **7.4. Aucune différence notée concernant les autres critères de diversité**

Nous avons noté que les médecins, qu'ils soient maîtres de stage universitaire ou pas, avaient la même manière de prendre en charge ces souffrances : aucune différence n'a été décelée en fonction de ce statut de MSU ou non.

### **IV. Discussion**

#### **1. Principaux résultats**

Par leur récit, les médecins généralistes ont décrit leur manière de répondre aux souffrances ordinaires qui leur sont rapportées au quotidien. Ces médecins, professionnels sollicités en premier recours par les patients en souffrance, nous ont décrit leur manière de repérer la souffrance, parfois masquée, grâce à la communication non verbale en premier, puis en posant des questions ciblées selon la plainte. L'écoute des patients, en adoptant une attitude bienveillante, était primordiale, parfois suffisante pour aider le patient à dépasser sa souffrance. Après avoir compris ce qui affectait le patient, le médecin le rassurait, le soutenait, l'encourageait dans des démarches pour faire évoluer la situation, voire prescrivait des traitements ou arrêts de travail. L'orientation vers d'autres professionnels était citée par tous les médecins interrogés. Dans cette prise en charge d'un patient en souffrance, a été dévoilée l'importance de la coopération avec d'autres professionnels et des échanges avec ses confrères en cas de difficulté.

De plus, les médecins interrogés trouvaient qu'il semblerait y avoir de plus en plus de souffrances ordinaires rapportées en consultation, pour de multiples raisons, notamment par le fait que la société actuelle serait différente (médicalisation du moindre conflit, augmentation de certaines souffrances notamment au travail, disparition d'interlocuteurs dans notre société actuelle, les gens sembleraient aussi aller moins bien qu'avant, être moins résistants, plus plaintifs, plus demandeurs de soins et avoir moins de tabous). Cette forte médiatisation du mal-être des gens et la prise de conscience générale de problèmes qui auparavant étaient tus (comme les violences conjugales) amènent à penser que le médecin généraliste doit être de plus en plus préparé à recevoir des patients en souffrance en consultation.

Cependant, force est de constater que la plupart des médecins interrogés avaient encore de nombreuses difficultés face à ce type de consultation, pour y répondre surtout (manque de temps, indisponibilité du médecin, sentiment d'incompétence : manque de formation, difficulté d'avoir un réseau pour adresser ces patients vers d'autres professionnels...), mais aussi pour se protéger eux-mêmes (sentiments de fatigue, d'inquiétude, de tristesse vis-à-vis du patient, pouvant conduire à un burnout).

## 2. Forces et limites de l'étude

### **2.1. Forces**

Tout d'abord, une des forces de cette étude est son originalité. Il y a peu d'études concernant ce sujet, qui est pourtant fréquemment rencontré en médecine générale.

De plus, pour recueillir des notions subjectives non mesurables telles que les souffrances ordinaires, l'approche qualitative était la plus adaptée. Les médecins interrogés ont pu exprimer leur ressenti sur les souffrances ordinaires apportées par les patients, au travers de leurs expériences professionnelles. Ces entretiens ayant été individuels et semi-dirigés, la communication semblait meilleure que si le médecin avait été mis face à un questionnaire ou au sein d'un groupe. En effet, l'enquêtrice a pu

échanger son ressenti avec le médecin interrogé et partager des expériences, comme lors d'une conversation banale, ce qui semble avoir favorisé les échanges et confidences.

Concernant l'heure et le lieu des entretiens, ceux-ci étaient déterminés à l'avance par les médecins, permettant une plus grande disponibilité. Les interruptions, notamment téléphoniques, ont été limitées au maximum. Cependant, certains entretiens ont parfois dû être abrégés, compte tenu des contraintes professionnelles ou personnelles du médecin.

Une des forces de ce travail est également le nombre important de médecins interviewés, 20, avec un fort taux de participation. Nous pouvons aussi noter que la saturation des données a été obtenue. De plus, le mode de recrutement (par effet « boule de neige ») de l'étude qualitative a permis d'explorer un échantillon de médecins généralistes en variation maximale sur les critères de mode d'exercice, de sexe et d'âge.

Afin d'éviter les biais d'interprétation et pour améliorer la validité interne de l'étude, le double codage a été réalisé par les enquêtrices.

Enfin, le guide d'entretien a été modifié au cours de l'étude, enrichi par les réponses et impressions des premiers entretiens. Les modifications ont permis de mettre en place l'élaboration d'un outil d'aide à la réflexion.

## **2.2. Limites**

Cependant, si l'échantillon était varié en termes de sexe, d'âge et de mode d'exercice, nous pouvons regretter l'absence de variation concernant le nombre de consultations par jour. En effet, tous les médecins avaient entre 20 et 30 consultations par jour. Nous n'avons donc pas pu évaluer les différences prévisibles de pratiques (écoute attentive, ou au contraire ne rester que dans le biomédical...) entre un praticien qui verrait 20 patients par jour et un autre qui en verrait plus de 30.

Aussi, d'autres caractéristiques auraient pu être recherchées, comme la participation à des groupes de pairs.

Il faut bien noter que les échantillons des études qualitatives n'ont pas vocation à être représentatifs de la population générale : le biais de sélection est ainsi inévitable pour ce type d'étude. En effet, ils doivent avant tout être diversifiés. L'objectif est d'obtenir des témoignages issus de personnes très variées qui pourraient avoir des opinions opposées.

De plus, le recrutement dans la région Auvergne peut avoir entraîné des résultats non représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes français, notamment en termes de démographie médicale.

De même, l'essentiel du recrutement s'étant fait dans l'entourage professionnel des enquêtrices et par effet « boule de neige », les réponses ont éventuellement pu être influencées.

Nous pouvons également citer les possibles réserves liées à l'enregistrement audio (pudeur, peur du jugement, confidentialité...). Il est également vrai que les données sont déclaratives. De plus, la qualité de l'interview dépend des qualités de communication des enquêtrices. Enfin, l'interprétation des données peut introduire un biais. Cependant, les résultats sont concordants avec ceux des autres études (C. Haxaire, A. Lafon, L. Paineau) menées avec des méthodes complémentaires : difficultés des médecins face au flou de la souffrance psychosociale (solitude, sentiment d'incompétence) avec pour réponses « une recette » (plus qu'un savoir) basée sur l'écoute, les prescriptions, le recours à des avis spécialisés.

### 3. [Comparaison avec la littérature](#)

De manière générale, notre étude est concordante avec de nombreux résultats issus des thèses d'Amandine Lafon (4), via des focus groupes et entretiens semi-dirigés : « que font les médecins généralistes de la souffrance psychosociale ordinaire de leurs patients » (2012), de Marie Filliole (15) : « rôle du médecin généraliste face à un patient en souffrance ordinaire : une revue narrative de la littérature » (2018) et des travaux de Claudie Haxaire, comme notamment une étude qualitative qui avait pour objectif d'analyser les représentations et le savoir pratique des médecins généralistes dans la prise en charge de la souffrance psychosociale (9, 10, 11, 16).

### **3.1. Un motif fréquent de consultation**

Les souffrances ordinaires sont fréquemment une cause de consultation chez le médecin généraliste, quel que soit le milieu d'exercice (urbain, semi-rural ou rural), et peuvent concerner toutes les catégories socioprofessionnelles et toutes les tranches d'âge. Les médecins généralistes prennent en charge, en France, 80 % des troubles mentaux et psychosociaux, comprenant tout mal-être diffus pour lequel le label de « souffrance psychique » est proposé (10). La situation où le patient consulterait directement un psychologue ou un psychiatre pour une souffrance ordinaire, semble rare mais existe (2).

### **3.2. Le rôle important du médecin généraliste**

Le médecin généraliste est la plupart du temps le premier professionnel consulté, parfois même avant les proches du patient. D'ailleurs, cela est le cas pour tous les problèmes de santé, pas seulement pour les souffrances ordinaires : 7 personnes sur 10 confrontées à un problème de santé s'adressent en premier recours à un médecin généraliste (17).

Cela s'explique tout d'abord par la relation de confiance que le médecin a acquis au fil des années avec ses patients et par le fait qu'il les connaisse bien, et vice-versa. Sa proximité avec le patient est un atout considérable : il le replace dans son histoire et son contexte pour réaliser une prise en charge globale. C'est ce qui est nécessaire dans la relation médecin / patient (11). Aussi, pouvoir parler librement à une personne tenue au secret médical, sans être jugé, semble important aux yeux des patients qui consultent pour une souffrance. Enfin, le généraliste est accessible, notamment financièrement. De plus, il est disponible, assurant permanence et continuité des soins. On peut également noter qu'il n'existe pas d'autre interlocuteur pour ce type particulier de souffrance, hormis le psychologue. Cependant, les consultations chez le psychologue n'étant pas remboursées, cela permet difficilement aux moins aisés d'y avoir recours.

Ces médecins se sont le plus souvent qualifiés de médecins de famille dans notre étude, tout comme dans celle d'A. Lafon (4). En effet, de par leur connaissance du patient et de sa famille, ils trouvent



qu'ils ont une position particulière par rapport aux autres professionnels de santé. Cette position privilégiée du médecin, qui s'occupe également de plusieurs membres d'une même famille de manière générale (18), le conduit parfois à être témoin, et pris à témoin, d'événements de vie et de l'histoire intime du patient et de sa famille (19). Les médecins interrogés ont bien été confrontés à ce type de situation, et ont tous conseillé de ne pas s'impliquer et de ne pas donner leur point de vue quand ils sont pris à parti.

### **3.3. Augmentation de la fréquence des consultations pour une souffrance ordinaire**

Il semble qu'il y aurait de plus en plus de souffrances ordinaires rapportées en consultation puisqu'à l'époque actuelle, de plus en plus de conflits paraissent exister. Comme le souligne l'ethnologue C. Haxaire dans un entretien en 2010 sur « les médecins généralistes sont face à la souffrance des patients », ces mal-être reflètent souvent les difficultés actuelles que les sujets et les familles rencontrent : solitude, isolement, chômage, difficultés professionnelles et affectives (11).

De plus, les gens vont mal, sont fragiles et plaintifs. Le psychiatre Jean Furtos a constaté que « depuis la fin des années 1980, la question d'une souffrance psychique d'origine sociale est advenue sur le devant de la scène d'une façon croissante » (1). Il cite notamment Bertrand Ravon, sociologue à l'Université de Lyon 2, qui, lors d'une discussion privée, s'est exprimé : « aujourd'hui, ceux qui font vraiment de la politique, ce sont les cliniciens de la clinique psychosociale ». Cela fait allusion aux intervenants de première ligne qui constatent les effets psychiques de l'organisation et de la désorganisation contemporaine du vivre ensemble (1).

Les difficultés rencontrées au travail ont notamment été soulignées par les médecins interrogés. Cette augmentation de la souffrance au travail, depuis 10 à 15 ans, a aussi été décrite dans une enquête qualitative par focus-groupes de médecins français (20). Le travail est peut-être devenu plus dur qu'avant, notamment en termes de rentabilité, de compétitivité, d'évaluation, de contrôle-qualité (20), quoique de nombreux médecins en doutaient dans notre étude. Ce qui semble certain, c'est que les gens sont de plus en plus exigeants sur leur niveau de bien-être, notamment au travail (20),

expliquant leur mal-être. Les patients tentent de faire face à la dureté du travail, aux conflits inhérents à son organisation, à l'augmentation de la charge mentale qui en résulte, à l'aide de traitements psychotropes (5), et / ou d'arrêts de travail pour s'extirper d'une situation intenable pour eux (21). Cette souffrance au travail est devenue, comme cela a été rapporté par plusieurs médecins interrogés, depuis une dizaine d'années notamment, une dimension quotidienne de l'activité professionnelle, plus ou moins bien tolérée (5). C'est désormais un problème prioritaire en santé du fait de son coût, de sa fréquence et de sa gravité (21).

Les consultations pour des souffrances semblent également avoir augmenté puisque les patients recherchent plus une manière de trouver des solutions et ont aussi moins de tabous. Ainsi, de manière générale, les gens consultent de plus en plus, comme cela a été constaté par les médecins interrogés. Cette augmentation constante de la consommation médicale est liée à une sensibilité croissante aux symptômes médicaux, qui n'étaient pas médicalisés il y a des dizaines d'années, d'ailleurs ni actuellement dans de nombreuses sociétés et groupes sociaux (23). Les médecins généralistes s'occupent désormais de problèmes sociaux, d'une souffrance que la communauté a petit à petit médicalisée, et non plus uniquement de symptômes (10). La médecine n'a jamais été aussi présente dans notre quotidien qu'à l'époque actuelle (23).

Aussi, la disparition de certains interlocuteurs (curé, familles éclatées, moins de discussions avec les voisins ou avec les commerçants de proximité...) explique que les gens se retournent encore plus facilement vers leur médecin quand ils souffrent, comme cela a aussi été décrit dans la thèse d'A. Lafon (4).

#### **3.4. Les attentes du patient qui consulte**

Le patient attend de son médecin une écoute empathique (4), un soutien (21), l'espoir d'aller mieux, de la compassion, une aide pour accepter ou changer son quotidien, des conseils selon l'expérience du médecin, voire des solutions et réponses. C'est ce qui est décrit dans plusieurs études, comme dans celle qui interrogeait des femmes victimes de violences sexuelles sur ce qu'elles attendaient d'une

prise en charge par leur médecin généraliste (24). Elles souhaitent être écoutées sans jugement et sans remise en question de leur statut de victimes, voir instaurer un climat de confiance, être orientées notamment vers des psychologues et des associations spécialisées, ainsi qu'être accompagnées, en les encourageant à faire valoir leurs droits. Elles attendaient également des explications sur la prise en charge et avaient besoin d'être rassurées et d'entendre leur médecin dire qu'elles pouvaient s'en sortir. Enfin, ces femmes souhaitent qu'il soit formé à la prise en charge des violences sexuelles (24).

Parfois, le patient a également besoin d'un certificat, d'un arrêt de travail ou de traitements (23), ce qui explique qu'une consultation soit nécessaire.

En général, il a déjà essayé de résoudre son problème de son côté (recherche de soutien dans l'entourage, réflexion personnelle, démarches pour changer la situation, quitter l'environnement générateur de souffrances...), mais il a parfois quand même besoin du médecin pour l'aider.

### **3.5. Déroulement d'une consultation pour une souffrance ordinaire**

En arrivant au cabinet médical, le motif peut être clair ou au contraire masqué. Parfois, un décodage par le médecin est nécessaire devant l'expression intriquée des troubles somatiques et psychiques (25) : au médecin de savoir dépister la souffrance via la communication verbale ou non verbale, sans être trop intrusif. Il s'agit tout d'abord d'identifier que quelque chose ne va pas, au-delà du discours superficiel du patient ou au-delà des divers symptômes qu'il peut présenter (malaises, mal-être, somatisations multiples, violence, dépendances, passages à l'acte...) (16).

Il faut garder en tête le fait que l'expression de la souffrance n'est pas toujours aisée pour le patient. Une fois que le voile est levé sur un registre personnel de souffrance, il est souvent difficile de trouver « les mots pour le dire » (5) : la prise de parole n'est jamais acquise. C'est une difficulté pour les soignants d'arriver à faciliter cet accès à la parole, cela requiert un haut niveau de professionnalisme (5).

L'expérience permet « d'affiner ce sens » et de détecter plus rapidement et facilement le mal-être. De même, la longue histoire commune avec certains patients facilite le dépistage de ces souffrances : une bonne connaissance de son patient et de son histoire de vie, a été vue par les médecins interrogés dans notre étude comme un facteur facilitateur pour repérer les souffrances, mais aussi pour les prendre en charge. L'étude « Mental Illness in General Health Care » de l'OMS dans 14 pays a quantifié ce phénomène en montrant qu'être le médecin généraliste habituel d'un patient permet de doubler les scores de reconnaissance des troubles mentaux (26). Les médecins qui soignent des patients avec qui ils ont instauré une relation personnelle et qui les consultent sur rendez-vous, identifient deux fois mieux la pathologie psychique que les médecins ne répondant pas à ces deux critères de connaissance personnelle réciproque et de demande personnalisée de soins, même si ces derniers ont un dossier médical complété. Ces faits confirment les limites d'une approche médicale ponctuelle, non personnalisée, qui contribue à un risque d'erreur ou de retard diagnostique (17).

On peut également noter que la réponse du médecin face à une souffrance masquée par une plainte somatique devrait répondre au somatique et au psychique pour être complète, même si elles sont dissociées au cours de la consultation : ces réponses sont en interdépendance et en interaction (25).

En accord avec les données de la littérature, l'écoute est l'attitude à avoir face à un patient qui présente une souffrance ordinaire. Les patients seraient écoutés non en fonction de maladies éventuelles qu'ils pourraient avoir, mais principalement à partir des difficultés dont ils souffrent (5). L'écoute, première réponse totalement adaptée utilisée par les médecins, « marche » d'ailleurs parfois de façon « magique » (11) et est alors la réponse suffisante face à la souffrance du patient. Cependant, celui-ci a souvent plus d'attentes qu'une simple écoute. Après avoir écouté le patient, le médecin peut agir des façons suivantes, selon les cas : le conseiller, réfléchir et le faire réfléchir à des solutions (par exemple en discutant le rapport bénéfice / risque), ou encore opérer un travail sur les pensées, les émotions, les comportements. De plus, le soutien psychologique fait partie de la réponse. Ce sont

également les principales attitudes relevées par J. Cape dans sa revue de la littérature (27) ou aussi dans la thèse d'A. Lafon (4).

Enfin, la prescription et l'orientation vers d'autres professionnels, sont des étapes non obligatoires de la consultation. A noter que l'élimination d'une urgence ou d'un problème somatique semble également importante avant de proposer une prise en charge adaptée au patient. Cette étape consistant à différencier un problème somatique d'ordre psychiatrique d'une souffrance ordinaire n'est pas évidente. Cependant, la distinction entre la normalité et le pathologique est essentielle puisque le médecin risque de surmédicaliser un événement de vie, voire de psychiatriser des troubles avec une prescription inutile de traitement (antidépresseur par exemple) face à un événement de vie normal, ou au contraire, il peut minimiser la souffrance. Les médecins les moins expérimentés dans notre étude, semblaient prescrire plus de traitements face à une souffrance par rapport aux médecins plus âgés, peut-être dans la crainte de sous médicaliser un événement de vie, sous-médicalisation qui pourrait conduire à une fin dramatique (tentative de suicide du patient...).

La réponse fournie au patient est personnalisée, individualisée, de par la connaissance du malade, selon le modèle biopsychosocial d'Engel. En effet, le médecin s'intéresse autant aux attitudes et croyances du patient, à ses attentes, à son comportement, à ses émotions, à son contexte social, culturel et professionnel, qu'à une affection purement somatique (28). Sa stratégie thérapeutique intègre, outre les traitements classiques, divers moyens permettant d'agir sur les facteurs psychosociaux perçus comme participant au problème de santé (28). Les symptômes sont alors interprétés par les généralistes dans le contexte des histoires de vie, qui donnent les « raisons » de la souffrance (11). De plus, dans ce modèle, la participation active du patient est essentielle (28) ; c'est bien ce qu'ont relevé plusieurs médecins interrogés dans notre étude.

Pour finir, en fin de consultation, un suivi est prévu.

### **3.6. Difficultés du médecin lors de ces consultations et pistes pour l'aider**

Les aspects diagnostiques et thérapeutiques de la souffrance ordinaire en médecine générale ont des limites multiples : la formation des professionnels, les ressources disponibles dans le champ sanitaire et social (17), les préférences et résistances du patient et de son entourage (29).

De plus, ce travail d'aide, d'accompagnement et de conseils n'est pas évident et est influencé par de nombreux facteurs : les aptitudes du médecin à communiquer (qui varient en plus selon ses éventuels problèmes personnels et selon le moment de la journée ou de l'année où a lieu la consultation), parfois ses réticences à aborder les problèmes psychologiques en détail (17), la difficulté de prise en compte des décalages culturels et sociaux (5), et surtout le caractère chronophage de ces consultations (23). A ces consultations longues, s'ajoute le temps nécessaire pour échanger avec les autres intervenants, mais aussi une partie administrative entre arrêts de travail, demandes de maladie professionnelle ou congés longue maladie par exemple, bien souvent complexes (30).

A. Lafon (4) a retrouvé les mêmes idées dans sa thèse, avec notamment la difficulté d'accès à certains professionnels et le manque de ressources devant des difficultés sociales ou judiciaires. Il y avait aussi d'autres idées complémentaires, comme le fait que les médecins regrettaient le manque d'outils et de formations pour répondre à ces souffrances, ce qui traduisait le besoin d'une formation complémentaire et le désir d'une meilleure collaboration avec d'autres professionnels de santé. Certaines notions n'ont pas été retrouvées dans notre étude : la remise en question du mode de rémunération du généraliste, la mauvaise reconnaissance du travail de psychothérapie en médecine générale (une consultation sans examen clinique ni prescription médicale mérite t'elle salaire ?).

En ce qui concerne le manque de formation, les médecins ne sont pas particulièrement formés à l'écoute psychologique, qui permet de faire ressortir les motifs d'un mal-être, dissimulé derrière un symptôme, comme le font les psychologues, psychiatres, psychanalystes... (11). La souffrance cataloguée dans les manuels médicaux ne correspondant pas à celle que les médecins rencontrent en consultation (5), les médecins se retrouvent démunis, en début d'exercice notamment, quand ils se

retrouvent face à des patients en souffrance. Dans ces cas de souffrances ordinaires, ils s'aident alors le plus souvent de leur expérience, personnelle et professionnelle : ils ont été contraints de se construire un savoir pratique en la matière (10). Mais les données issues de l'expérience n'ont pas la même valeur scientifique que les données médicales jugées incontestables, ce qui explique que cette expérience découlant de l'exercice clinique ne puisse se retrouver dans les manuels médicaux (5).

Par exemple, dans le cadre de la souffrance au travail, il n'existe pas de consensus ou de recommandation officielle à destination du médecin généraliste pour la prendre en charge (21) ; le médecin généraliste agit en externe et est la personne qui extrait le patient, bien souvent, de la situation qui le met en souffrance via une prescription d'arrêt de travail, de psychotropes et la rédaction de certificats pour ses démarches éventuelles (21).

Cependant, il devient urgent que les généralistes soient formés à l'écoute psychosociale pour offrir à leurs patients un autre accès à la parole, notamment au moment où le recours vers des médecines alternatives et disciplines personnelles (telles que yoga et méditation) est de plus en plus important (5).

D'ailleurs, C. Haxaire a noté que nos voisins européens forment mieux leurs jeunes médecins, notamment ceux qui ont choisi la spécialité d'être généralistes, afin de permettre une meilleure prise en charge des patients en souffrance. En effet, dans l'Union européenne, un certain nombre de pays (Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni et pays nordiques) ont intégré la communication (voire l'écoute psychologique) dans le cursus initial des formations des médecins et leur dispensent aussi des cours de sciences sociales (11). De même au Québec où est appris aux étudiants à analyser ce qui se passe au niveau social. Le simple fait de savoir que les sciences sociales, en tant que discipline du savoir, produisent des analyses utiles, peut permettre aux médecins de prendre de la distance par rapport à la souffrance du patient. Ils ne se sentent alors plus responsables de tout, et prennent conscience que cela ne relève pas de leur compétence, qu'ils ne sont pas tous seuls (11).

En France, les médecins n'ayant pas de cours spécifique sur l'écoute psychologique, ni sur les outils d'analyse de l'histoire du patient et du contexte, C. Haxaire, en enseignant l'anthropologie médicale,

les sciences sociales et plus généralement les sciences humaines dans les facultés de médecine, essaie de faire changer les choses. Cependant, son cursus n'est pas obligatoire, d'où, selon elle, la nécessité d'intégrer ces sciences sociales au tronc obligatoire du cursus des études de médecine, puis plus spécifiquement à la formation de médecine générale (11). Cela nous semble être une excellente idée.

Hormis un besoin de meilleure formation des généralistes, il semble également encore essentiel de faire d'autres études sur l'amélioration de la prise en charge de la souffrance psychique par les médecins généralistes. Par exemple, le rapport Robiliard en 2013 a recommandé encourager les consultations de psychiatres dans les maisons de santé pluridisciplinaires, afin de favoriser la coordination entre médecins généralistes et spécialistes de santé mentale (31), ce qui n'est pas encore effectif en 2020 dans les villes où nous exerçons, à cause du manque de psychiatres notamment.

Aussi, une recherche sur les attentes des patients (10) pourrait être faite.

### **3.7. Difficultés d'ordre psychologique du médecin qui reçoit la souffrance de ses patients, et moyens pour se protéger**

Il n'en reste pas moins que la souffrance psychique d'origine sociale a des effets sur les personnes qui les vivent, mais aussi sur les professionnels qui les reçoivent (1). Dans notre étude, les médecins ont décrit être souvent affectés par les souffrances de leurs patients, d'autant plus qu'ils les connaissent bien ou s'ils ont trop de patients en souffrance psychique en même temps (32). C'est cette souffrance diffuse qu'ils perçoivent chez leurs patients qui les place à leur tour eux-mêmes en souffrance : ils peinent à se mettre à distance et disent ne pas avoir d'outils de distanciation (11). De plus, ils ont souvent rapporté dans notre étude se sentir impuissants, aussi bien dans leurs réponses que devant des consultations à répétition sans amélioration d'une fois à l'autre. Ces plaintes à répétition sont souvent vécues comme un sentiment d'échec par le médecin (33). Cela est également décrit par C. Haxaire. Le médecin n'ayant pas les moyens d'agir pour réduire la souffrance ordinaire psychosociale du patient, il n'a pas la capacité d'agir sur le contexte social de ces personnes (11). Étant proche de



son patient, il ne peut souvent pas prendre la distance nécessaire, et c'est cela qui le met en souffrance (11).

Dans la thèse d'A. Lafon (4), des difficultés similaires à celles retrouvées dans notre étude ressortaient, avec les notions suivantes : « médecin parfois démuni », « médecin éponge », « le besoin d'échanger par rapport à ces situations », « un sentiment d'incompétence ».

Ces tristesse, inquiétude voire fatigue du médecin peuvent conduire au burnout. Maslachet et Jackson (34) définissent le burnout comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». Dans notre étude, quelques médecins se sont déjà sentis à risque de burnout, ou avaient au moins conscience de ce risque. Ce constat est largement retrouvé dans la littérature, comme dans une enquête qualitative par focus groupes qui a interrogé des généralistes sur leur prise en charge de la souffrance psychique au travail (20) où certains médecins ont reconnu avoir été proches de l'épuisement professionnel et faisaient attention à se protéger. Témoins de la souffrance de confrères et de celle de leurs patients, les médecins avaient conscience d'un risque pour eux-mêmes, et rappelaient l'importance de ne pas rester seuls (20).

Ainsi, pour se protéger, il semble essentiel de relativiser, prendre du recul, ne pas s'impliquer, adapter ses horaires, prendre le temps de souffler (dans la journée, mais aussi prendre des vacances, trouver un remplaçant (20)), avoir une vie personnelle, partager (ce qui semble facilité quand les médecins travaillent dans des cabinets de groupe), être auto-satisfait et s'autoriser à se dire qu'on va mal quand c'est le cas.

Une meilleure formation des praticiens permet d'apprendre à limiter leur souffrance, comme dit plus haut (C. Haxaire).

De plus, la participation à des groupes de pairs ou à des groupes Balint a été citée dans plusieurs études (20), mais pas dans la nôtre.

Dans la littérature, comme dans la thèse de M. Filliole (15), on retrouve que la participation à des groupes Balint pourrait être un facteur protecteur pour le médecin, notamment contre le burnout (35). Un groupe Balint est composé d'une dizaine de praticiens qui vont discuter, lors de réunions à fréquence variable, d'un cas de la pratique quotidienne d'un des participants, afin de l'élucider. De mémoire, le médecin fait le récit d'une prise en charge d'un de ses patients. Les autres peuvent poser des questions à la fin de l'exposé. Suit ensuite un échange d'avis, des impressions, permettant au médecin d'entendre d'autres points de vue et ainsi d'autres moyens de prise en charge (36). Cette méthode essaie de rendre le médecin plus sensible aux problèmes émotionnels de ses patients et de le rendre plus capable de comprendre ces difficultés, dans un but final thérapeutique (36). L'objectif résumé par Balint, dans les années 1950, était d'« obtenir un changement considérable bien que limité dans la personnalité du médecin » (36). À Paris 5, une étude menée auprès d'étudiants en 4<sup>ème</sup> année de médecine a montré une augmentation des scores d'empathie (par des échelles validées) chez les 34 étudiants qui avaient participé à une série de groupes Balint, par rapport aux 129 étudiants du groupe contrôle, dont les scores diminuaient (37). Au sein des universités médicales, la formation des étudiants qui se destinent à la médecine générale comprend au moins une initiation aux groupes Balint dans de très nombreuses régions mais ne semble pas généralisée (37). Il serait intéressant de développer ces formations à la relation au sein des facultés, mais aussi en formation continue.

Il existe aussi la réunion de médecins dans des groupes de pairs ou groupes d'échanges de pratiques, réunissant régulièrement des médecins généralistes en exercice et géographiquement proches les uns des autres (36).

#### 4. Besoins identifiés

Les besoins ont été détaillés dans la partie précédente. Ils se résument principalement comme suit :

- L'augmentation du temps de consultation a été réalisée par plusieurs médecins interrogés et suggérée dans de nombreuses études (20). La complexité de certaines situations et le temps

nécessaire pour les prendre en charge pourrait être reconnue : une consultation spécifique pour la prise en charge des souffrances ordinaires pourrait naître, avec une cotation particulière

- Le changement d'attitude avec les patients (en intégrant à la consultation un questionnement sur les conditions de vie du patient)
- L'importance de se constituer un réseau en s'installant, et d'améliorer les échanges avec le monde de la psychiatrie et de la médecine du travail notamment
- La création de lieux permettant la rencontre de professionnels (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, médecins du travail, médecins conseils, assistants sociaux...), autour d'échanges et de retours d'expériences
- Le remboursement des consultations chez le psychologue, afin de décharger le médecin généraliste et de permettre aux patients moins aisés d'y avoir accès
- La nécessité d'une meilleure formation des médecins généralistes, en formation initiale et continue, pour mieux savoir répondre aux souffrances et mieux se protéger
  - Ce constat avait déjà été fait dans des études plus anciennes que la nôtre, comme dans la thèse d'A. Lafon (4) soutenue en 2012. Les médecins interrogés dans notre étude ne semblent pas avoir constaté d'amélioration depuis. De plus, certains, comme C. Haxaire (10, 11), ont préconisé la réalisation d'un stage obligatoire en psychiatrie dans le cursus des étudiants en médecine, de formations sur les démarches juridiques et les sciences sociales, ainsi que le développement des groupes d'échanges (comme les groupes Balint ou de pairs). Le développement de formations à d'autres pratiques (comme l'hypnose, la psychothérapie) et de formations dédiées à la souffrance au travail en particulier a aussi été souligné.
  - Cependant, le médecin généraliste étant le médecin de premier recours en gérant les soins primaires, il ne peut être spécialiste dans tous les domaines. En effet, il prend en charge tous les problèmes de santé, de tous types de patients, dès le stade précoce des affections, jusqu'à effectuer un dépistage et un suivi des pathologies chroniques. Sa formation lui

permet d'appréhender au mieux la demande de soins dans sa globalité (biomédicale, socioaffective, socioéconomique...), mais il est important de reconnaître qu'il ne peut tout connaître, d'où le rôle de ses confrères spécialistes, et de l'accepter.

- La simplification des démarches administratives des médecins généralistes (certificats, dossiers MDPH...)
- L'interrogation sur sa propre souffrance au travail, et s'autoriser à se dire qu'on va mal.

#### 5. [Posture des chercheuses et implications dans leur pratique](#)

Nous avons été interpellées par la fréquence des consultations pour une souffrance ordinaire dès notre stage de premier niveau chez des médecins généralistes. Dès le semestre en autonomie et nos premiers remplacements, nous nous sommes retrouvées face à ces patients en souffrance et étions plutôt démunies, dans la manière de leur répondre (sans compter sur le fait que le temps lors d'une consultation est limité) mais aussi pour savoir vers qui les adresser. De plus, nous étions assez affectées par les patients en souffrance, face à leur détresse, à leurs pleurs et à leur vie qui pouvait nous sembler très compliquée face à la nôtre. Il nous a semblé essentiel d'apprendre à se protéger.

C'est pour cela que nous nous sommes intéressées à ce sujet.

Notre pratique de médecin remplaçant a été ajustée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Les échanges avec les médecins nous ont permis de réfléchir sur nos pratiques. De plus, les récits narrés par les médecins interrogés nous ont donné des idées pour prendre en charge certaines souffrances.

Depuis la réalisation de la thèse, nous avons été face à de nombreuses consultations pour des souffrances ordinaires. Nous avons toutes deux remarqué que nos consultations sont plus structurées qu'avant, avec tout d'abord l'écoute, en adoptant une attitude qui se veut empathique (ne pas regarder l'ordinateur mais le patient, garder un visage ouvert invitant aux confessions). En reformulant

à voix haute les idées qui sont dites, nous nous assurons de notre bonne compréhension de l'histoire qui nous est racontée, et le patient entend aussi d'une autre oreille ce qu'il nous dit. De plus, si le patient n'en a pas déjà parlé, nous demandons ce qu'il a déjà fait pour aller mieux. C'est ensuite que des solutions sont proposées, en faisant réfléchir le patient, par exemple selon la balance bénéfique / risque, et en accord avec ce qu'il attend de nous (décision partagée). Nous avons appris à mettre la bonne distance dans la relation, tout en restant dans l'empathie. Nous ne traitons pas des amis ou de la famille et nos réponses ne se basent plus sur le fait de donner des conseils comme s'il s'agissait de nos proches.

Une des difficultés que nous rencontrons principalement est la mauvaise connaissance du patient et de son environnement, puisque nous n'avons pas encore assez remplacé pour connaître les histoires de vie des patients. Cela empêche parfois le patient de se confier, mais rend aussi la prise en charge plus compliquée, même si on lui pose des questions pour connaître a minima sa vie et son environnement. Cependant, nous avons remarqué que quelques fois, le fait de ne pas connaître le patient peut être un élément facilitateur. En effet, nous n'avons pas de préjugés ni d'idées préconçues par rapport à lui, ce qui permet d'avoir une certaine distance : le patient peut alors se sentir moins gêné pour nous parler de ses difficultés. Cette distance peut donc quand même parfois faciliter la parole.

Certains médecins nous ont aussi conseillé de ne pas surmédicaliser ces troubles, notamment au niveau des prescriptions, ce que nous tâchons désormais de faire.

De plus, lors de nos premiers stages, nous avons tellement envie de répondre à la demande de manière rapide (en une consultation) que nous ne pensions pas forcément à reprogrammer un rendez-vous. Le fait de ne pas pouvoir apporter de réponse immédiate pouvait être perçu comme un échec d'emblée. Dorénavant, nous avons appris à prendre notre temps.

Les médecins interrogés avaient également un réseau pour éventuellement orienter leurs patients. Nous avons retenu certains noms ou l'existence de certaines structures, n'en connaissant pas encore de par notre statut de jeunes médecins remplaçantes. Nous trouvons quand même toujours que la

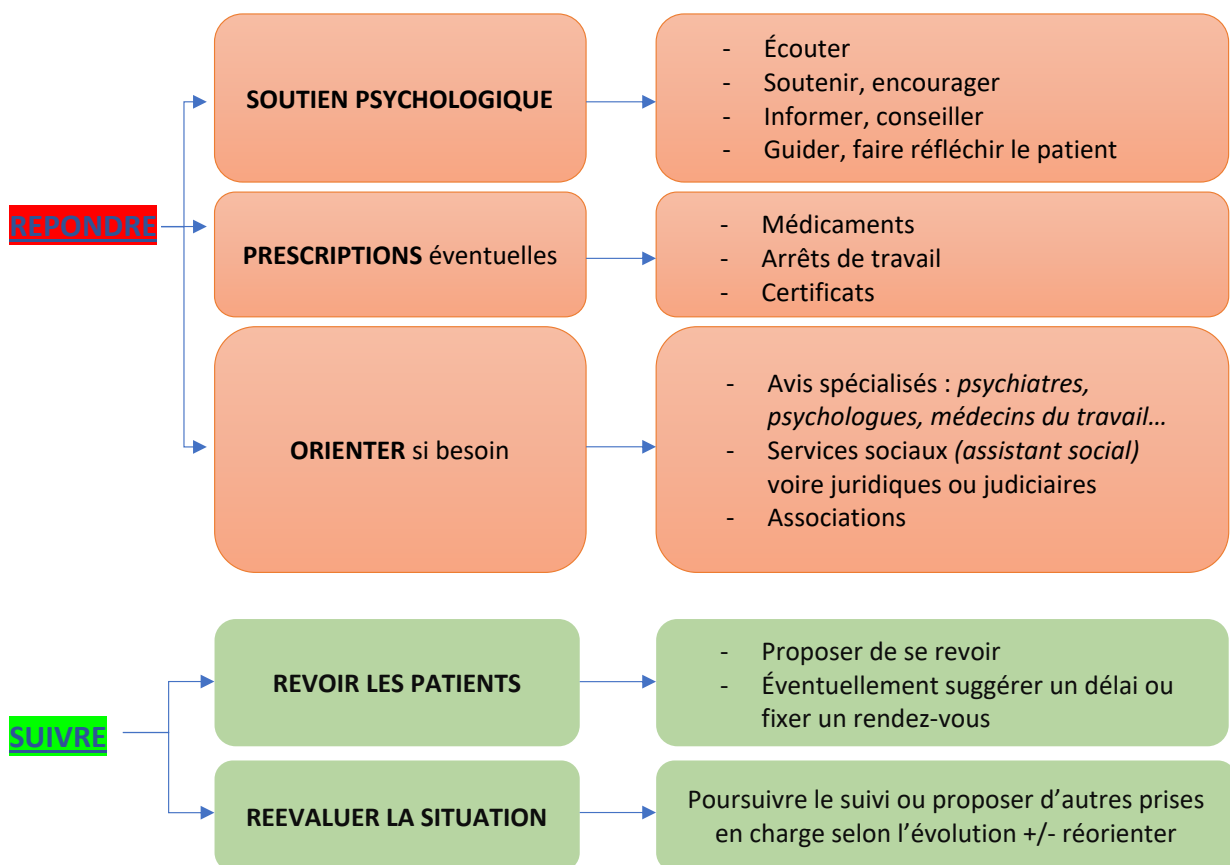
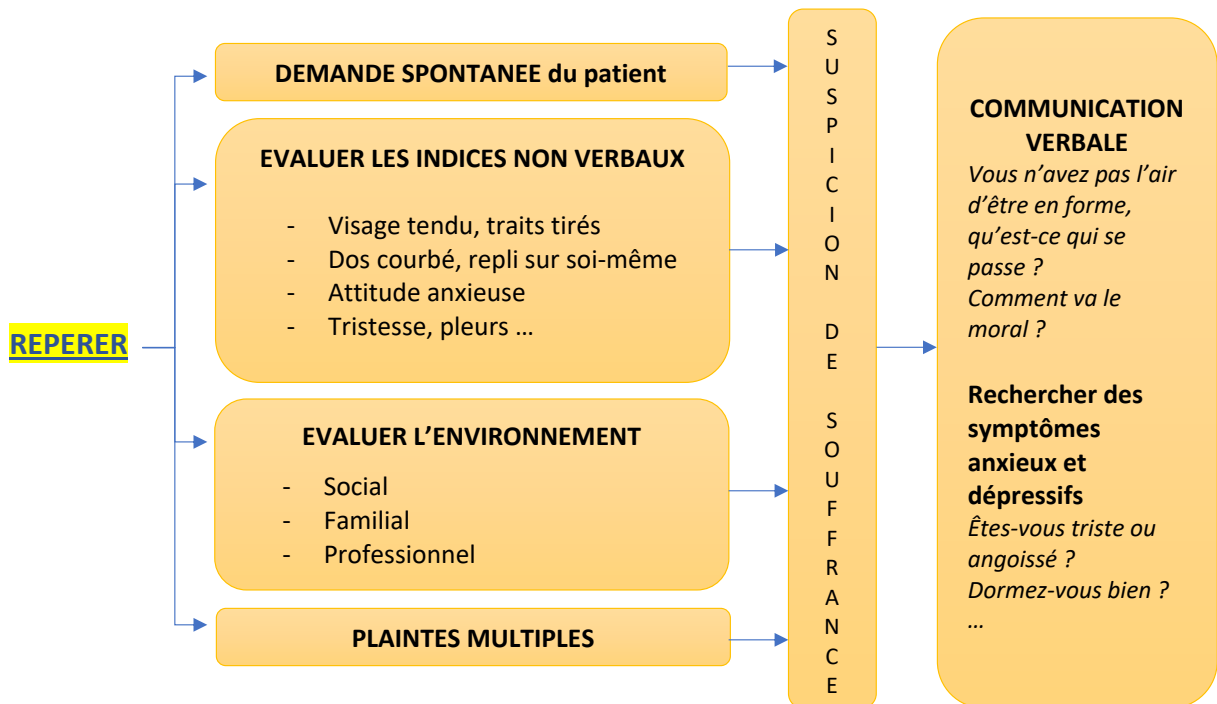
coordination avec les autres acteurs n'est pas évidente, ne connaissant pas encore assez les confrères et structures dans les villes où nous exerçons.

De plus, savoir dire « je ne sais pas » est quelque chose que nous avons aussi développé. Auparavant (au début de l'internat), nous pensions que le fait de dire « je ne sais pas » était un constat d'échec lié au manque de connaissances, alors que désormais nous savons que c'est une réponse qui est valable. Le patient accepte cette réponse qui est valide, professionnelle et humaine.

Enfin, il arrive, notamment lors de consultations pour conjugopathie, quand un protagoniste refuse tout et que la situation semble ainsi bloquée, qu'un sentiment d'impuissance nous gagne. Cependant, nous n'avons pas l'impression de souffrir de cette situation, nous disant qu'on propose le maximum (en parler avec le conjoint, thérapie de couple, arrêt de travail si situation de stress aigu...) et qu'on ne peut pas faire mieux.

#### [6. Ajustement d'un guide de réflexion à destination des médecins généralistes](#)

A partir des réflexions et conseils délivrés par les médecins généralistes interrogés, nous avons modifié le guide de réflexion concernant la prise en charge des souffrances ordinaires par le médecin généraliste, qui avait été créé par Marie Filliole dans sa thèse. Le travail de Marie Filliole est présenté en annexe. Notre guide se situe ci-dessous, présenté sur un format A4, pouvant tenir dans un des tiroirs du bureau de tout médecin généraliste, ou en version numérique sur son ordinateur.



« Ne jamais laisser le patient repartir seul avec son problème sans écoute »

Étapes de la prise en charge d'un patient avec une souffrance ordinaire

## V. Conclusion

Les souffrances psychosociales ordinaires, survenant suite à un événement de vie, sont fréquentes en consultation de médecine générale. Pourtant, peu de littérature existe sur ce sujet.

Notre étude qualitative, en interrogeant vingt médecins généralistes, a permis de décrire la manière dont ils répondaient à leurs patients, ce qu'ils percevaient des attentes des patients, et leur ressenti face à ces plaintes.

La consultation pour une souffrance est marquée par plusieurs étapes. Tout d'abord, le généraliste repère la souffrance en prêtant attention aux demandes du patient en repérant les signaux non verbaux, pour désamorcer la situation et limiter les conséquences, comme l'évolution vers un syndrome anxio-dépressif. L'écoute sans jugement est essentielle et parfois suffisante pour apaiser le patient. L'accompagnement passe aussi par le conseil, l'aide à la réflexion, l'encouragement dans ses prises de décisions, voire la prescription des traitements ou d'arrêts de travail selon la situation. Parfois, il peut être nécessaire d'orienter les patients vers un suivi spécialisé, notamment en cas de consultations récurrentes pour une souffrance sans amélioration d'une fois sur l'autre. Le suivi régulier de ces patients est primordial.

Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié de par sa proximité avec le patient et la confiance qu'on lui accorde. La prise en charge des souffrances par le médecin généraliste lui permet de trouver du sens à son exercice. Le patient le remercie souvent pour son écoute et le temps qui lui est accordé. Cependant, cette proximité peut causer des sentiments de tristesse, d'inquiétude, de fatigue chez le médecin, qui peut se sentir surinvesti. Son impuissance dans certaines situations peut le blesser et le conduire à un burnout. Pour éviter cela, il est essentiel que les médecins arrivent à relativiser, prendre du recul et se garder du temps pour soi.

Il serait intéressant de poursuivre cette recherche par une étude quantitative pour confirmer les données de l'étude.



Le Doyen-Directeur,

Pr Pierre CLAVELOU.

Le Président du Jury  
P. VORUJON



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*. 2007;11:24-33.
2. Jacques P. Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée Plurielle*. 2004;8(2):21-9.
3. Furtos J. La médecine générale à corps et à cris. *Bull Natl Santé Ment Précarité*. 2006;Rhizome n°22:20.
4. Lafon A. Que font les médecins généralistes de la souffrance psychosociale ordinaire des patients ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Clermont; 2012.
5. Pierre Dominicé, « Du silence de la souffrance à la parole des patients », *Le sujet dans la cité* 2010/1 (n° 1), p. 107-119.
6. Da Silva M. Souffrance au travail : comment le médecin généraliste et le patient coopèrent-ils pour répondre à ce problème complexe ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Clermont Auvergne; 2017.
7. Dumitru-Lahaye C, Haxaire C. Mise en récit de la souffrance de patients par des médecins généralistes. *Éthique Santé*. mai 2005;2(2):88-95.
8. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine », *Études et Résultats*, n°1113, DREES, mai 2019. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler-au-moins-50>.
9. Haxaire C, Genest P, Bail P. Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique. *Singuliers généralistes*. Presses de l'EHESP. 2010:133-146.
10. Haxaire C, Richard E, Dumitru-Lahaye C. Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes (Bretagne occidentale). *Cesames (UMR 8136 CNRS/Paris V)*

/Département des sciences humaines et de médecine générale de la faculté de médecine, service Alcool-Toxiques, CHU, Lab CR 49, Brest. 2005:(314).

11. Haxaire C. Les médecins généralistes sont face à la souffrance des patients. Santé Homme. déc 2010;(410):44,45.
12. Zawieja P. Quand la compassion rend malade. Sci Hum [Internet]. juin 2017 [cité 25 janv 2019];(293). Disponible sur : [https://www.scienceshumaines.com/quand-la-compassion-rend-malade\\_fr\\_38204.html](https://www.scienceshumaines.com/quand-la-compassion-rend-malade_fr_38204.html).
13. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 19(84):142-5.
14. Combessie J-C. IV. Sondages, échantillons. In: Repères [Internet]. La Découverte; 2007 [cité 3 juill 2018]. p. 45-54. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-page-45.html>.
15. Filliole M. Rôle du médecin généraliste face à un patient en souffrance ordinaire : une revue narrative de la littérature. [Thèse d'exercice]. [France]. Université de Clermont Auvergne ; 2018.
16. Haxaire C, Noubissi-Nana C, Bouakkaz-Loubriat C. « Souffrance psychique et risques en médecine générale », Danièle Carricaburu éd., Risque et pratiques médicales. Presses de l'EHESP, 2010 : 81-93.
17. Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. Encycl Méd Chir, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Psychiatrie, 37-956-A-20, 2002, 6 p.
18. Vincent B, Lemort JP. Recherche épidémiologique sur la prise en charge du malade en médecine générale. Doc Rech Med Gen SFMG 1985 ; 17 : 1-71.
19. Bello P, Gallais JL. Difficultés conjugales, thérapie de couple et médecine générale. Rev Prat Méd Gén 35 :1988 ; 65-77.
20. URPS médecins libéraux Ile-de-France. Souffrance psychique au travail : rôle des médecins généralistes libéraux. 2017:3-26 Disponible sur : <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2018/01/01-FG-Souffrance-au-W-et-MGL-Rapport-20171124.pdf>.

21. Peuziat S. Prise en charge de la souffrance psychique au travail par les médecins généralistes : enquête auprès de 105 médecins généralistes du Finistère. [Thèse d'exercice]. [France]. Université de Bretagne occidentale ; 2009.
22. Vega A. Société Française de Médecine Générale : sociologie et anthropologie, quels apports pour la médecine générale, RECHERCHES EN MÉDECINE GÉNÉRALE DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MÉDECINE GÉNÉRALE, n° 64, novembre 2007. Disponible sur : [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/1021/fichier\\_fichier\\_fichier\\_dr64\\_art\\_vega\\_3f2102c7f7f2eeb.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1021/fichier_fichier_fichier_dr64_art_vega_3f2102c7f7f2eeb.pdf).
23. Bodin E. Simplification du questionnaire de Karasek pour dépister la souffrance au travail. [Thèse d'exercice]. [France]. Université de Tours ; 2018.
24. Freyens A, Monti M, Vignocan L, Mesthe P. Femmes victimes de violences sexuelles : attitudes attendues de la part de leur médecin. Sexologies, vol 28, num 4. 2019:183-190. Disponible sur : <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/1319811/resultatrecherche/4>.
25. Gallais JL. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Rapport FISP-RNSP.Doc Rech Med Gen SFMG 1994 ; 45 : 1-104.
26. Ustûn TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. An international study. New York :OMS-JohnWiley,1995:1-395.
27. Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (II): a research agenda for the development of evidence-based practice. Br J Gen Pract. 2000 May;(454):396-400.
28. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Rev Med Suisse. 2010; 6:1511-1513.
29. Quill TE. Physician recommendation and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med* 1996 ; 125 : 763-769.

30. Duret M. Prise en charge de la souffrance morale au travail par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de 13 médecins généralistes de l'Eure. [Thèse d'exercice]. [France]. Université de Rouen Normandie. 2014.
31. Robiliard D. Rapport d'information déposé en conclusion des travaux sur la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. 1662. 2013. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>.
32. Paineau L, Serre CH. Les représentations de la souffrance psychique par le médecin généraliste. [Thèse d'exercice]. [France]. Université d'Angers. 2014.
33. Lepez C. Les concepts balintiens. Pédagogie de la relation thérapeutique en médecine générale. Paris : Editoo.com ; 2003.
34. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual, 2nd Edn, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
35. Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burn out. Australian Family Physician vol 34, No 6. 2005:497-498. Disponible sur : [https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/17227/1/hdl\\_17227.pdf](https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/17227/1/hdl_17227.pdf).
36. Bouldouyre Magnier AM, Soares A. Groupes Balint. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2019;14(3):1-5 [Article 1-0027] Disponible sur : [http://dx.doi.org/10.1016/S1634-6939\(19\)70532-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1634-6939(19)70532-8).
37. Buffel du Vaure C., Lemogne C., Bunge L., Catu-Pinault A., Hoertel N., Ghasarossian C. , et al. Promoting empathy among medical students: a two-site randomized controlled study J Psychosom Res 2017; 103 : 102-107.

## ANNEXES

ANNEXE 1 : Schéma de synthèse représentant les étapes de la consultation face à une souffrance ordinaire, issu de la thèse de Marie Filliole

Etapes	Actions	Outils
<i>Repérer</i>	Actif: dépistage systématique	« Comment ça va le moral ? »
	Passif : être attentif	Indices comportementaux Demande du patient
	Evaluer l'environnement	Situation sociale, familiale, professionnelle
<i>Répondre</i>	Soutien psychologique	Ecouter, informer, conseiller Attitude centrée patient
	Prescrire	Médicaments Arrêts de travail Certificat médical
	Ressources extérieures	Avis spécialisé Services sociaux
<i>Suivre</i>	Revoir les patients	Programmer un rendez-vous
	Réévaluer la situation	Poursuivre ou proposer d'autres prises en charge selon l'évolution

Schéma de synthèse : Etapes de la consultation face à la souffrance ordinaire

**(Conseil national de l'ordre des médecins)**

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque

**TITRE : Les réponses des médecins généralistes aux souffrances psychosociales ordinaires des patients : étude qualitative par entretiens individuels**

**RESUME**

**CONTEXTE**

Les souffrances ordinaires, plaintes subjectives non pathologiques, en lien avec une souffrance au travail, des conflits familiaux, des difficultés financières..., sont un motif fréquent de consultation en médecine générale.

**OBJECTIFS**

Principal : analyser comment les médecins généralistes (MG) répondent aux souffrances ordinaires apportées par les patients en consultation.

Secondaire : créer un guide directement utilisable par le MG pour l'aider à prendre en charge ces souffrances ordinaires en consultation.

**METHODE**

Étude qualitative, auprès de 20 MG installés en Auvergne. Réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés d'octobre 2019 à janvier 2020. Analyse thématique à partir des verbatims.

**RESULTATS**

Le MG était un interlocuteur privilégié pour prendre en charge ces souffrances. L'écoute sans jugement, en prenant le temps nécessaire, était la première réponse apportée par les médecins, pouvant être suffisante. Parfois, le patient a besoin de conseils, d'être guidé et encouragé pour arriver à dépasser sa souffrance. Les prescriptions médicamenteuses ou arrêts de travail n'étaient pas systématiques. L'orientation vers d'autres professionnels pouvait s'avérer utile, via un réseau que le MG a constitué au cours de ses années d'exercice. Les difficultés rencontrées étaient : le manque de temps, le sentiment d'incompétence, leur propre fatigue et leurs problèmes personnels qui affectaient la prise en charge de leurs patients. Ils pouvaient aussi se sentir épuisés, hyperinvestis, à risque de burnout. Pour éviter cela, il semblait essentiel de prendre du recul, de discuter des cas avec ses collègues, mais aussi de prendre du temps pour soi, d'autant plus qu'ils avaient tous l'impression d'une augmentation de souffrances ordinaires rapportées en consultation.

**CONCLUSION**

Repérer, répondre par un soutien psychologique et suivre sont les étapes principales pour accompagner un patient en souffrance psychosociale ordinaire. Un guide de prise en charge de ce type de patient a été élaboré.

**MOTS-CLES**

Médecine générale, étude qualitative, souffrance ordinaire, souffrance psychosociale, souffrance du médecin généraliste