



HAL
open science

Exploration des facteurs psychosociaux associés à une plainte somatique : attentes et vécu des patients en consultation de médecine générale

Valentine Aujay

► **To cite this version:**

Valentine Aujay. Exploration des facteurs psychosociaux associés à une plainte somatique : attentes et vécu des patients en consultation de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04232844

HAL Id: dumas-04232844

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04232844>

Submitted on 9 Oct 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Valentine AUJAY

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2023

**Exploration des facteurs psychosociaux associés à une plainte somatique :
attentes et vécu des patients en consultation de médecine générale**

Président du jury : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directrices de thèse : Madame Sylvie MOREL

Madame la Docteure Rosalie ROUSSEAU

Membre du jury : Monsieur le Docteur Brice LECLERE

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Valentine AUJAY

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2023

**Exploration des facteurs psychosociaux associés à une plainte somatique :
attentes et vécu des patients en consultation de médecine générale**

Président du jury : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directrices de thèse : Madame Sylvie MOREL

Madame la Docteure Rosalie ROUSSEAU

Membre du jury : Monsieur le Docteur Brice LECLERE

Remerciements

A Monsieur le Professeur Cédric Rat, merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et de me permettre ainsi d'accéder au titre de docteur.

A Monsieur Brice Leclère, merci d'avoir accepté de juger mon travail en étant membre du jury.

A mes directrices de thèse. Sylvie, merci d'avoir été si disponible et réactive. Tu as su rassurer de nombreux doutes ! Tout au long de mon travail, ton regard de sociologue a été une véritable ouverture d'esprit pour moi. Rosalie, merci de m'avoir sortie d'impasses pratico-pratiques !

A mes parents qui m'ont soutenue et qui ont toujours veillé à ce que je ne manque de rien tout au long de mes études. Ils ont su me rappeler que malgré ces études exigeantes, il fallait aussi profiter de la vie !

A mon frère et ma sœur, Etienne et Agathe, qui je le sais sont fiers de moi. A Clémence et les enfants, Juliette, Gabriel et Gaspard qui m'apportent beaucoup de bonheur.

A ma grand-mère qui m'envoyait des cakes aux fruits par la Poste pendant ma première année et qui s'inquiétait de savoir si je mangeais bien. A mon grand-père avec qui j'ai partagé des jolis souvenirs Clermontois.

Au foyer Chavarot, et aux rencontres que j'y ai faites. Anne-Sophie, nous avons partagé tellement ensemble, des moments heureux mais d'autres plus difficiles. Notre amitié en est d'autant plus forte. Rodolphe, mon acolyte de l'externat, je te dois de sacrées soirées ! Alice, merci me m'avoir apporté ton grain de folie. Violette, Aurélie, nos chemins ne se sont pas toujours suivis, quelle joie qu'ils se soient recroisés récemment. Merci à la team aveyronnaise d'avoir fait chanter mon externat avec votre accent !

A l'équipe Fifadji. Morgane, ma Jouv', tu es mon modèle de persévérance, à ton humour dissimulé sous un style impeccable ! Pauline et Mika, je suis ravie de vous avoir rencontrés, votre esprit aventurier m'inspire toujours autant.

Anita, nous ne nous sommes pas beaucoup côtoyées, pourtant une forte amitié nous relie. Tu es ce genre de personne qui fait du bien et illumine les journées.

A la Team Challans. Marie-Lou, notre internat a démarré sur les chapeaux de roue avec un quiproquo la veille du premier jour ! J'en ris encore ! Merci d'être là, dans les coups de mou comme dans les fous rires. Marion, aussi parce que cette anecdote de chanter *Shallow* avec des

cuillères en bois restera gravée dans nos mémoires, tu seras toujours ma nordiste préférée. A nos soirées au Marolwe ! Julien, le dénommé Coco, et Manon, la reine de la cousette, merci pour tous ces bons moments partagés.

Rebecca, après 3 ans de colocation, je pense que tu as vu toutes mes facettes ! Merci d'être autant à l'écoute, et si bienveillante. Merci pour tous ces échanges qui m'aident à avancer.

Aux copines nantaises, Sarah, Chloé et Margaud, à nos verres en terrasse et à nos bons plans de bobos nantais !

Aux colocs plus éphémères. Gladys, merci pour ces déjeuners collés à la fenêtre pendant le confinement. Audrey, tu resteras ma teufarde inarrêtable ! Romane, capable de rester debout 36h d'affilée, tu ne m'as toujours pas donné ton secret ! Béné, mes papilles te remercient d'avoir autant partagé ton amour pour la cuisine ! Karine, à tous nos débats vestimentaires et musicaux !

A mes copines choristes. Jeanne, Lulu et Marjo, merci de me faire sortir de cette sphère de médecins !! Passer du temps avec vous est toujours une bouffée d'air.

Aux rencontres sur les chemins de Compostelle, éphémères mais non anodines.

A mes maîtres de stage de médecine générale. Claudine, François, Alain, Delphine, Estelle et bien-sûr Marie-Cécile. Merci pour ta bienveillance sans faille.

A l'équipe de Montaigu et du Lion d'Or, où j'effectue des remplacements avec plaisir !

A tous les participants qui m'ont fait confiance.

Et enfin, même si ce n'est pas très habituel, à moi. Je me remercie d'avoir parcouru tout ce chemin et d'être qui je suis aujourd'hui.

« Les gens oublieront ce que vous avez dit, les gens oublieront ce que vous avez fait...

Mais ils n'oublieront jamais comment vous les avez fait se sentir. »

Maya Angelou

Table des acronymes

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies – 11^{ème} édition

CMP : Centre médico-psychologique

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

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

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5^{ème} édition

IRESP : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

P : Participant

WONCA : World Organisation of National Colleges and Academies of family doctors

Table des matières

REMERCIEMENTS	1
TABLE DES ACRONYMES	5
TABLE DES MATIERES.....	6
I. INTRODUCTION.....	8
A. AVANT-PROPOS.....	8
B. ETATS DES LIEUX ET PREVALENCE DES PLAINTES SOMATIQUES.....	8
C. DEFINITION DES « TROUBLES FONCTIONNELS ».....	10
D. UN CONTEXTE ACTUEL FAVORISANT UN MAL-ETRE	12
E. LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE DOMAINE PSYCHO-SOCIAL	13
F. LE CHOIX DU SUJET	14
II. METHODE	16
A. TYPE D'ETUDE	16
B. MODALITES DE RECRUTEMENT.....	16
C. RECUEIL DES DONNEES	18
1. <i>Le journal de terrain</i>	18
2. <i>Les entretiens semi-directifs</i>	18
D. L'ANALYSE DES DONNEES	19
E. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	19
1. <i>Consentement éclairé</i>	19
2. <i>Anonymisation des données</i>	20
3. <i>Autorisations réglementaires</i>	20
III. RESULTATS.....	21
A. DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	21
B. LA PLAINTES SOMATIQUE ET SES CONSEQUENCES AU PREMIER PLAN	22
C. LE PATIENT DANS UN SYSTEME DE SOIN	23
1. <i>Un rapport différent à la santé</i>	23
2. <i>Un rapport au médecin variable</i>	24
a. Le médecin en tant qu'individu.....	24
i. Le poids du statut social	24
ii. L'écart génération : un décalage parfois négatif	24
iii. L'influence du genre dans une moindre mesure.....	25
b. Le médecin en tant que professionnel de santé : deux approches de la médecine.....	26
c. Le relation médecin-patient : la recherche d'un équilibre	27
D. LES REPONSES DU MEDECIN A LA PLAINTES : ETRE ECOUTE OU ENTENDU	28
1. <i>Une véritable écoute ?</i>	28

2.	<i>La nécessité d'éliminer une cause organique</i>	29
a.	L'examen clinique : un temps privilégié	29
b.	Les examens complémentaires : l'ambivalence de la normalité	30
3.	<i>La prescription : une solution pour qui ?</i>	31
4.	<i>Des facteurs psycho-sociaux négligés par les patients et les médecins ?</i>	32
E.	UN LIEN PSYCHE-SOMA DIFFICILE A DEFINIR	33
F.	SOUFFRANCE PSYCHIQUE, SANTE MENTALE : UNE IMAGE PEU RELUISANTE	34
1.	<i>Un sujet tabou ?</i>	34
2.	<i>L'ambiguïté du rôle du médecin généraliste</i>	36
G.	DES SOLUTIONS A « L'ECHEC » DE LA MEDECINE CONVENTIONNELLE	38
1.	<i>Une quête de reconnaissance</i>	38
2.	<i>La médecine alternative comme complément</i>	39
IV.	DISCUSSION	41
A.	RESULTATS PRINCIPAUX.....	41
B.	FORCES ET LIMITES	41
1.	<i>Choix du sujet et du recrutement</i>	41
2.	<i>Expérience de la chercheuse</i>	42
3.	<i>Les représentations de la chercheuse</i>	42
4.	<i>La position de la chercheuse</i>	42
5.	<i>La peur d'être intrusive</i>	42
6.	<i>L'analyse</i>	43
C.	COMPARAISON A LA LITTERATURE	43
1.	<i>Les plaintes somatiques : une question de genre ? de classe sociale ?</i>	43
2.	<i>La relation médecin-patient : une rencontre entre deux acteurs singuliers</i>	44
a.	Une attitude du médecin déterminante	44
b.	Une position du patient à prendre en compte.....	47
3.	<i>Un abord des facteurs psycho-sociaux lourd de sens</i>	48
4.	<i>La prescription médicamenteuse : vers une médicalisation des problèmes psycho-sociaux ?</i>	50
5.	<i>La médecine alternative : une bonne réponse aux plaintes somatiques ?</i>	52
D.	PERSPECTIVES	53
	BIBLIOGRAPHIE	55
	ANNEXES	60
	ANNEXE 1 : MODELE ETIOLOGIQUE DE LA SOMATISATION ET DES SYMPTOMES FONCTIONNELS.....	61
	ANNEXE 2 : NOTE INFORMATIVE AFFICHEE EN SALLE D'ATTENTE DE CABINETS MEDICAUX.	62
	ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN.	63

I. Introduction

A. Avant-propos

La médecine générale est difficile à définir en quelques mots. Pour certains, elle représente la médecine de la « bobologie », pour d'autres, la médecine du suivi et du chronique.

Lorsque j'ai choisi cette spécialité à l'internat, j'ai choisi la médecine de l'humain. Celle qui, pour moi, permettait d'établir un lien particulier avec le patient, de le comprendre et l'aider au mieux. Ma vraie découverte de la médecine générale s'est faite sur le terrain, lors de mes premiers stages chez des généralistes. Je ne m'attendais pas à autant de consultations en rapport avec des difficultés psychologiques. Ce constat s'est confirmé lors de ma première année de remplacement. Il me semble que j'en ai été d'autant plus surprise que ma formation, plutôt hospitalo-universitaire, ne m'avait jusque-là pas préparée à cela. Les patients ont, dans les cabinets de médecine générale, un vrai espace de parole et celui-ci se remplit parfois de plaintes.

B. Etats des lieux et prévalence des plaintes somatiques

Une étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2004 (1), a mis en évidence que dans 29 % des consultations de médecine générale, le patient parlait beaucoup de ses problèmes personnels. Elle relevait également que le diagnostic "anxiété et angoisse" était le troisième diagnostic évoqué parmi une liste de 29 résultats de consultation les plus fréquents (1).

Les difficultés psychologiques et sociales ont donc été parfois exprimées clairement par les patients car ils les avaient identifiées. Mais lors de nombreuses consultations, les patients ont rapporté une plainte somatique, qui pouvait être floue, inexpliquée, répétée, multiple, d'allure fonctionnelle. Dans une revue systématique de la littérature, ayant recensé des études effectuées dans 24 pays, il a été évalué que 40 à 49 % des patients consultant en médecine générale présentaient au moins un symptôme médicalement inexpliqué (2). En France, la prévalence des symptômes médicalement inexpliqués a été estimée à 30 % des consultations de médecine générale et 25% des consultations spécialisées (3).

En 1957, Balint, psychiatre anglais, écrivait déjà « le symptôme est une offre faite du malade au médecin. Mais il est question de ne pas recevoir cette offre sans en examiner le contenu et

savoir l'accepter sans pour autant y répondre dans le même registre. Le but est de chercher ce que cette énumération de plaintes peut bien vouloir signifier » (4).

En effet, une étude Norvégienne récente a montré une augmentation significative des symptômes somatiques chez les patients présentant des difficultés psychologiques (dépression, stress, anxiété), quels que soient l'âge et le sexe en comparaison à des patients sans pathologies psychologiques (5). Les expressions populaires et la pratique quotidienne démontraient d'ailleurs la congruence entre la plainte physique et l'état psychologique. C'était ce patient qui consultait pour des lombalgies et vous exprimait en avoir « plein le dos », cette patiente qui consultait pour des douleurs cervicales et qui vous expliquait « qu'elle porte tout sur ses épaules » ou encore ce patient qui venait avec une oppression thoracique et qui vous rapportait qu'en ce moment il avait « l'impression d'étouffer ».

Cependant, il serait réducteur de simplifier ces plaintes à l'expression somatique d'une souffrance psychique. La causalité n'est pas linéaire et est plutôt à envisager de façon circulaire. C'est en effet ce qu'a exposé Pascal Cathébras dans son ouvrage *Troubles fonctionnels et somatisation* (6) dans lequel il a proposé un modèle étiologique de la somatisation et des symptômes fonctionnels (voir Annexe 1). Ainsi des facteurs prédisposants, déclenchants et d'entretien d'origine cognitifs, émotionnels, psychologiques, sociaux, comportementaux, entraîneraient un cercle vicieux avec un risque de chronicisation des troubles. Il serait alors indispensable de les identifier. Pour l'auteur, « toutes les maladies (ou aucune) sont psychosomatiques car le caractère multifactoriel de la maladie fait désormais l'objet d'un consensus ». Il a ajouté que loin de chercher à « maîtriser entièrement les causes et le pronostic d'un quelconque problème de santé », la perspective psychosomatique est avant tout centrée sur le patient, « considérant chaque malade comme un individu avec son histoire, ses représentations, ses peurs, ses espoirs, son environnement familial, professionnel et social, qui lui sont propres et dont il faut s'enquérir, quelle que soit la pathologie ou les symptômes dont il souffre » (6).

Pour éclaircir la suite du propos, revenons sur la définition de ces symptômes somatiques.

C. Définition des « troubles fonctionnels »

Les dénominations et les définitions des troubles psychosomatiques ont été nombreuses dans la littérature médicale, exprimant les frontières floues entre pathologie psychique et somatique. En 2015, la réactualisation du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) a permis une clarification en regroupant l'ensemble de ces troubles en « troubles somatiques fonctionnels » (7). La CIM-11 (Classification internationale des maladies) publiée en 2022, les a quant à elle regroupés sous le terme « trouble de détresse corporelle », reconnaissant la souffrance des malades.

La nouvelle terminologie « troubles somatiques fonctionnels » du DSM-V, se substituant aux troubles somatoformes, a regroupé :

- Le trouble à symptomatologie somatique (rassemblant anciennement le trouble somatisation, le trouble douloureux, le trouble somatoforme indifférencié, l'hypochondrie avec symptôme somatique)
- Le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (anciennement dénommé conversion)
- La crainte excessive d'avoir une maladie (anciennement dénommée hypochondrie)

Le trouble à symptomatologie somatique est « caractérisé par un ou plusieurs symptômes somatiques à l'origine d'une détresse ou d'un retentissement fonctionnel significatif. Ces symptômes sont associés à des pensées, émotions ou comportements jugés excessifs ou inappropriés tels qu'une anxiété excessive et persistante concernant la santé et le retentissement des symptômes ou un temps excessif consacré à se préoccuper et à s'occuper de ces symptômes » (7). La principale modification de cette définition a résidé dans le fait que les symptômes somatiques peuvent ou non être attribuables à une cause lésionnelle identifiée. Elle intègre ainsi les pathologies médicales à composante psychosomatique, c'est-à-dire les « lésions organiques identifiables dont l'origine et/ou l'évolution peuvent être influencées par des facteurs psychologiques » (tel que l'infarctus, l'ulcère gastrique) (7).

De nombreuses spécialités médicales ont reconnu un ou plusieurs syndromes somatiques fonctionnels comme : la dyspepsie idiopathique et le syndrome de l'intestin irritable pour la gastroentérologie, le syndrome d'hyperventilation pour la pneumonologie, les douleurs thoraciques non coronariennes pour la cardiologie, la fibromyalgie et l'algoneurodystrophie pour la rhumatologie, les cystalgies et algies pelviennes idiopathiques en urologie et

gynécologie. Ces pathologies pouvant rentrer dans la catégorie du trouble à symptomatologie somatique selon le DSM-5.

Longtemps controversé, le diagnostic de ces troubles n'a pas fait l'unanimité au sein de la communauté médicale, notamment du fait qu'il n'y ait pas d'explication physio-pathologique établie. La recherche en neurosciences a fait émerger des modèles explicatifs faisant intervenir des mécanismes perceptifs, émotionnels, cognitifs, comportementaux et sociaux. Tels que l'explication des perceptions douloureuses par un dérèglement de l'information ressentie (nociception) secondaire à une hypersensibilisation du système nerveux central (soit une anomalie du traitement de l'information des signaux corporels afférents). Ou encore le rôle important de la prédiction cognitive qui permet au cerveau de se préparer à la perception à venir mais aussi contribue à la construction de la perception elle-même. Ce qui est anticipé par le système cérébral façonne ainsi la perception, les symptômes seraient dus à un dysfonctionnement de l'anticipation des sensations, appelé modèle cognitif bayésien (8). Des facteurs prédisposants, précipitants et de chronicisation ont été identifiés. Les facteurs à rechercher sont par exemple (7) :

- des événements traumatiques de l'enfance, ou les événements de vie ;
- un antécédent de maladie organique ou de résultats d'analyses ou d'imagerie en faveur d'une maladie à un stade infraclinique ;
- des hypothèses sur la place de la culture ou encore de l'épigénétique (étude des mécanismes modifiant de manière réversible, transmissible et adaptative l'expression des gènes) ont été émises ; ainsi se pose la question de l'éducation et de la manière des parents de répondre aux plaintes ;
- le système de santé et l'accès aux soins ;
- un niveau élevé d'inquiétude pour sa santé, des comorbidités anxiodépressives ;
- l'absence de soutien personnel et professionnel ;
- le déconditionnement voire l'évitement de l'effort ;
- la perte de confiance dans les professionnels de santé ;
- les bénéfices secondaires (par exemple les arrêts de travail).

Avant d'être un trouble à symptomatologie somatique, chronique ou non, les symptômes ressentis par les patients ont amené à une plainte. Pascal Cathébras a souligné que la notion de plainte renvoyait avant tout à un recours au soin. Selon lui « un symptôme fonctionnel est avant tout une plainte subjective adressée à un professionnel de santé » (6). Dans la population

générale, il existait une fréquence importante de symptômes somatiques (fatigue, douleurs, vertiges, troubles du transit...) sans nécessairement de recours à une consultation médicale.

La question était donc davantage de comprendre les déterminants du recours aux soins que les causes du symptôme lui-même. La plainte fonctionnelle, et donc le recours au soin, résultant d'un enchevêtrement complexe de facteurs sociologiques, économiques, cognitifs, émotionnels, et propre à l'histoire individuelle de chaque patient.

Comme nous l'avons vu, les plaintes fonctionnelles ne peuvent pas se simplifier à l'expression physique d'une souffrance psychique mais elles restent néanmoins plus fréquentes chez des patients présentant des difficultés psychologiques telles que le stress, l'anxiété, la dépression.

D. Un contexte actuel favorisant un mal-être

Notre société actuelle, bouleversée par des crises sanitaires, économiques, écologiques peut être source d'anxiété pour de nombreuses personnes.

Les résultats du Baromètre de Santé publique France, a en effet permis d'apprécier la fréquence des états de détresse psychologique, des épisodes dépressifs caractérisés ou encore des troubles anxieux. En 2017, avant le COVID, une enquête a été réalisée en Pays de Loire. Ainsi 17% des Ligériens de 18-75 ans ont déclaré un état de détresse psychologique dans l'année et 8% un épisode dépressif caractérisé. 9% présentaient un état anxieux au moment de l'enquête (9). Ces indicateurs se sont dégradés sur la dernière décennie, la fréquence des états de détresse psychologique ayant augmenté de 7 points entre 2010 et 2017 et celle de l'épisode dépressif de 2 points entre 2005 et 2017 (9).

Des enquêtes récentes ont également été menées dans le contexte de crise sanitaire lié au COVID. L'enquête CoviPrev a mis en évidence une nette progression de la prévalence des différents troubles de la santé mentale. Les adolescents ont été également fortement touchés : une étude réalisée par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IRESP) a mis en évidence une aggravation de leur santé mentale. Une campagne de santé publique dédiée à la santé mentale via des spots audio et vidéo a été mise en place en avril 2021 avec pour slogan : « En parler, c'est déjà se soigner » (10,11), et encourageait à consulter leur médecin devant des symptômes de stress, d'anxiété, dépressifs, de troubles de sommeil.

Ainsi, autant pour des troubles physiques que psychiques, le médecin généraliste incarne le premier recours. La médecine générale a longtemps été vue par les patients comme facile d'accès. Après une revue non exhaustive des articles de presse (Presse Océan, Ouest France) des cinq dernières années, j'ai pu constater que l'image actuelle donnée au grand public s'est fortement dégradée. La médecine générale est aujourd'hui caractérisée par un manque de médecins, des déserts médicaux, un refus des jeunes médecins de s'installer en zones sous dotées, avec l'émergence de téléconsultation considérée comme moins humaine, un nombre de consultations par médecin augmenté et donc possiblement moins de temps à consacrer au patient.

Dans ce cadre, le premier recours pour exprimer ses plaintes et être écouté devient alors lui aussi précaire pour les patients. Pourtant, la médecine générale se définit comme une médecine au plus près du patient.

E. Le rôle du médecin généraliste dans le domaine psycho-social

La dernière définition de la médecine générale proposée par la WONCA (World Organisation of National Colleges and Academies of family doctors) en 2002, a insisté sur la fonction de « premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé ». Elle assure la coordination des soins en lien avec d'autres professions de santé, elle privilégie une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires, elle utilise un mode de consultation spécifique construisant dans la durée la relation médecin patient, elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé, a une responsabilité spécifique en santé publique et enfin « répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » (12).

Pour répondre à cela, la formation des médecins généralistes a évolué. Le modèle paternaliste des années 1940 est, pour une large part, révolu. Dans les années 1960, Balint a développé le rôle central de l'écoute ainsi que le concept de « maladie au stade désorganisé ». Selon lui, le patient « offre » des symptômes qui n'entrent pas d'emblée dans un cadre biomédical. Le « diagnostic approfondi » dépasse ce cadre et intègre le patient dans son contexte et son vécu de la maladie. Rogers, quant à lui, a été à l'origine de la psychologie humaniste, du counseling (ou relation d'aide et de soutien), de la psychothérapie « centrée sur le patient », évoluant vers l'approche centrée sur la personne (13). Dans les années 1970, Engel a développé le concept

d'approche bio-psycho-sociale dans une démarche holistique. Il a souligné le fait que dans un système biologique, on ne pouvait comprendre aucun élément si ce n'est en relation avec le tout (14). Aujourd'hui la relation-communication-approche centrée sur le patient est au centre de la « marguerite des compétences », enseignée aux futurs médecins généralistes par le CNGE (Collège national des généralistes enseignants). Cette place symbolisant son caractère à la fois central et transversal. En 2004, la médecine générale a été reconnue comme spécialité, spécialiste de la prise en charge globale, bio-psycho-sociale. Cependant la formation actuelle des futurs médecins généralistes reste très hospitalière et ainsi plutôt médico-centrée. Les sciences humaines psychologiques et sociales ne sont que très peu abordées.

Le constat de ce manque de formation a pu être fait dans un ouvrage de 2010 regroupant des travaux sociologiques sur la médecine générale, et notamment sur les pratiques et le savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique (15,16). Il a été rappelé la difficulté de poser un diagnostic avec la crainte de « passer à côté » d'une éventuelle maladie lorsque les symptômes devenaient des signes de cette souffrance. Ceci entraînait parfois la multiplication des examens complémentaires, qui pouvaient finalement être délétères. Les médecins généralistes avaient avant tout une attitude d'écoute des plaintes et des récits d'histoires de vie. Le recours à une prescription médicamenteuse qu'elle ait été à visée symptomatique ou anxiolytique avait pu avoir lieu, parfois aux marges de son indication, soulevant le risque de médicalisation des problèmes sociaux. La prescription d'arrêt de travail a souvent été un recours devant des manifestations de la souffrance psycho-sociale. La succession de ces arrêts ou les mises en invalidité pouvant entretenir une désocialisation sur le long terme.

F. Le choix du sujet

Plusieurs travaux et notamment des thèses ont exploré les ressentis, attitudes, prise en charge des médecins généralistes face aux patients en souffrance psychique ou présentant des plaintes fonctionnelles. Il en est ressorti les mêmes limites de temps, de formation, d'incertitudes diagnostiques pouvant mener à une multiplication d'examens complémentaires et de thérapeutiques, parfois iatrogènes (17–21). Il existait souvent un fort sentiment d'échec et le patient a pu être transformé en problème, qualifié négativement de « heartsink patient » par les anglo-saxons (22).

Peu de travaux ont été réalisés sur les attentes et les ressentis des patients présentant ces plaintes. Après avoir entendu en consultation « mais docteur vous n'êtes pas psychologue », « je vous fais perdre votre temps », « ce n'est pas votre rôle », j'ai eu envie de m'intéresser aux attentes et au vécu des patients de l'exploration des facteurs psycho-sociaux associés à une plainte somatique en consultation de médecine générale.

L'objectif principal de ce travail de recherche était de définir et de comprendre les attentes et le vécu des patients de l'exploration de la composante psycho-sociale de leur plainte somatique par leur médecin.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la compréhension des patients de l'impact de la santé mentale et du bien-être psycho-social dans la santé globale et d'établir des éléments de communication pour le médecin généraliste.

II. Méthode

A. Type d'étude

Pour ce travail de recherche, il a été choisi de recourir à la méthode de recherche qualitative et plus précisément à la méthodologie par théorie ancrée. Cette approche méthodologique « se fonde sur l'analyse de phénomènes sociaux dans une population identifiée comme capable d'apporter une information pertinente à la question de recherche, autour d'un objet de recherche défini » (23).

Pour y parvenir, des entretiens semi-directifs ont été réalisés. Un entretien consistait à la rencontre entre la chercheuse et un participant, permettant l'exploration du thème de recherche. Le participant s'exprimait librement, la chercheuse faisait preuve d'une écoute active et conduisait l'entretien par des questions ouvertes préalablement consignées dans son guide d'entretien. Cet outil méthodologique a permis de recueillir des données orales autour d'un thème prédéfini (24).

L'analyse des matériaux de recherche (paroles des enquêtés) a reposé sur une démarche compréhensive. Ceci a permis l'exploration du point de vue des enquêtés, de leurs émotions, leurs sentiments ainsi que leurs comportements et leur expérience personnelle. De façon plus générale, cette démarche a permis la compréhension des représentations des sujets (25).

B. Modalités de recrutement

Le recrutement des patients a eu lieu en salle d'attente de cabinets de médecine générale. Ces cabinets ont été choisis par la chercheuse grâce à son réseau professionnel. Parmi les sept cabinets sélectionnés, la chercheuse avait effectué des remplacements dans quatre d'entre eux. Cependant, aucun participant n'avait été vu en consultation par la chercheuse.

Une note informative (Annexe 2) a donc été affichée dans sept cabinets différents : deux urbains, trois semi-ruraux et deux ruraux. La note a été soumise à plusieurs personnes de l'entourage de la chercheuse n'ayant pas de lien avec le milieu médical pour vérifier sa bonne compréhension.

Les patients, sur la base du volontariat, ont pu laisser leurs coordonnées dans une boîte sur place ou adresser un mail à la chercheuse pour plus de discrétion. Le recrutement a eu lieu du 23 novembre 2022 au 12 décembre 2022. Au total, la population étudiée a comporté 24 patients.

Chaque patient a ensuite été rappelé pour leur faire préciser leur âge et leur catégorie socio-professionnelle. Au final, 10 participants ont été sélectionnés par la chercheuse.

L'échantillonnage au sein de cette population a donc été raisonné, ciblé et homogène. C'est-à-dire qu'il a été sélectionné que des personnes ayant en commun d'avoir vécu le même phénomène. Des variations concernant l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle et lieu de vie ont été appliquées.

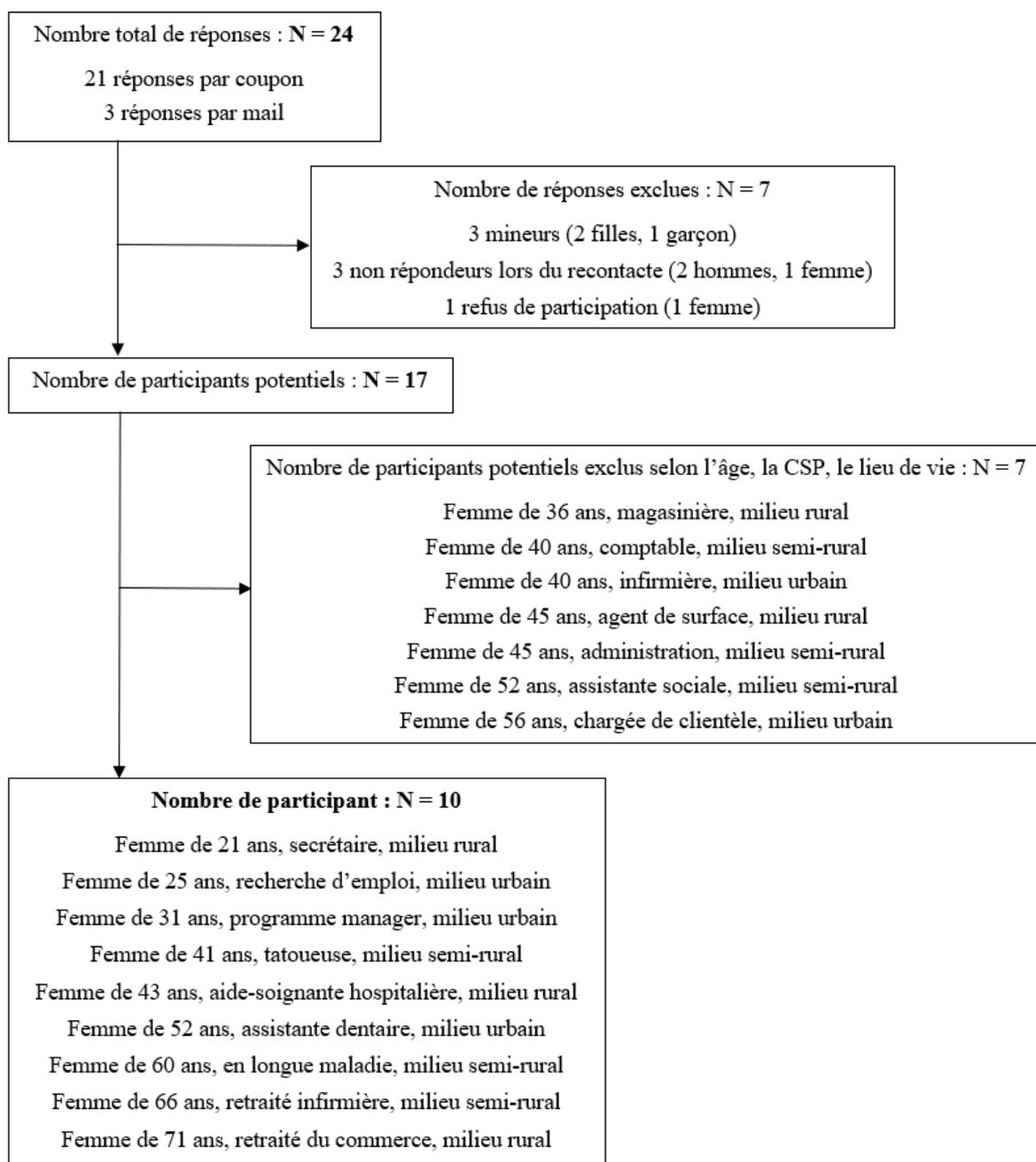


Figure 1 : Diagramme de flux

C. Recueil des données

1. Le journal de terrain

Un journal de terrain a également été tenu par la chercheuse pendant ses journées de remplacement au cabinet. Elle avait alors, en plus d'une position de chercheuse, une position de médecin dans son rapport au patient. Ce travail a consisté à relever des données concernant les patients en situation réelle de consultation. Après une consultation en rapport avec le phénomène étudié, il était consigné des éléments à propos du déroulé de la consultation, de la communication verbale et non verbale des patients, mais aussi des éléments interpellant dans leur discours. Le temps court entre deux consultations a pu altérer la qualité du journal de terrain, la chercheuse n'ayant pas toujours le temps de prendre des notes sur le vif.

Ce travail d'observation a renforcé une attention et une écoute de la part de la chercheuse pendant les consultations. Il lui a également permis de « tester » des éléments de communication issus de consultations ou d'entretiens semi-directifs.

Le journal de terrain a été enrichi tout au long de l'enquête par des réflexions et des questionnements, issus du travail d'observation, des entretiens ainsi que des échanges entre la chercheuse et sa directrice de thèse. Ceci a permis une évolution permanente de la vision de la chercheuse, de construire des hypothèses et d'identifier des pistes d'analyse des données (26).

2. Les entretiens semi-directifs

Un guide d'entretien a été élaboré, s'appuyant sur le journal de terrain ainsi que sur les recherches bibliographiques faites au préalable. Le journal de terrain a apporté au guide d'entretien des questionnements concrets vécus par la chercheuse. Les recherches bibliographiques, et notamment la lecture de travaux de thèse, ont permis de structurer le guide en se basant sur ce qui avait déjà été exploré.

Ce guide comprenait une liste de thèmes à aborder lors des entretiens. Le guide a évolué, un thème non initialement prévu s'est imposé au cours du deuxième entretien, modifiant ainsi le guide (Annexe 3) (24,27). Le guide n'était pas rigide, la volonté principale étant de faire parler les participants de leur expérience et de ce que cela leur évoquait.

Pour réaliser les entretiens, les participants ont été recontactés par téléphone pour définir avec la chercheuse une date et un lieu de rendez-vous. Les entretiens semi-directifs ont été menés par la chercheuse. Ils se sont déroulés du 20/01/2023 au 27/03/2023 et ont eu lieu au domicile

des participants ou dans un cabinet de consultation de médecine générale en fonction du choix du participant. Deux entretiens ont été réalisés en distanciel pour des raisons d'éloignement géographique pour l'un et de risques infectieux pour l'autre. Les entretiens ont duré en moyenne 54 minutes, et les durées étaient comprises entre 28 minutes et une 1 heure 14 minutes.

Les entretiens ont été enregistrés en double, par le téléphone de la chercheuse et un dictaphone, puis retranscrits mot à mot sur le logiciel de traitement de texte Word. Toutes les données ont été anonymisées. Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participants pour relecture, et aucun d'entre eux n'en a fait la demande à ce jour.

D. L'analyse des données

Après retranscription, les entretiens ont été analysés un à un par la chercheuse.

Au cours de la relecture de chaque entretien, la chercheuse a identifié des thématiques et sous thématiques dans le discours des participants, en lien avec le guide d'entretien.

L'analyse de ces thématiques a toujours été faite en rapport avec la question de recherche.

Une analyse plus globale a ensuite été réalisée par la chercheuse, faisant émerger des thèmes communs enrichissant le travail par leurs différences d'abord et leur complémentarité entre les dix entretiens.

La triangulation des données a été réalisée par le croisement des méthodes d'observation via le journal de terrain et des entretiens, ainsi que des données de la littérature, contrôlant la validité interne des résultats (28).

E. Aspects éthiques et réglementaires

1. Consentement éclairé

Au début de chaque entretien, il a été rappelé aux participants que l'échange était enregistré. Leurs autorisations orales ont été enregistrées et retranscrites. Les participants ont également été informés de leur droit de rétractation et d'anonymat garantissant la confidentialité des données recueillies.

2. Anonymisation des données

Pour garantir l'anonymat, les noms de villes, de départements ou de régions cités ont été remplacés par « Nom de ville ». Les noms de médecins ou structures hospitalières ont également été substitués en n'utilisant que la première lettre du nom. Le nom des participants a été remplacé par un numéro.

3. Autorisations réglementaires

Les recherches qualitatives par entretiens semi-directifs n'entrant pas dans le champ d'action de la loi Jardé, ce travail n'a pas nécessité l'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP). L'université de Nantes s'étant engagée à se référer à la méthodologie de référence MR-004 (29), des démarches auprès de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL) n'ont pas été nécessaires.

III. Résultats

A. Description de la population

	Genre	Age	Profession	Lieu de vie
P01	F	21	Secrétaire d'une maison d'accueil pour handicapés	Milieu rural
P02	F	43	Aide-soignante hospitalière (service de chirurgie)	Milieu rural
P03	F	71	Retraitée du commerce/ Fait encore des ménages	Milieu rural
P04	F	25	Recherche d'emploi	Milieu urbain
P05	F	60	En longue maladie ayant fait du secrétariat/aide à domicile/garde d'enfant/veilleuse de nuit en centre psycho-social	Milieu semi-rural
P06	F	66	Retraitée infirmière hospitalière	Milieu semi-rural
P07	F	52	Assistante dentaire	Milieu urbain
P08	F	23	Guide touristique	Milieu semi-rural
P09	F	31	Programme manager	Milieu urbain
P10	F	41	Tatoueuse	Milieu semi-rural

Tableau 1 – Caractéristiques socio-démographiques des participants

Les participantes étaient des femmes, âgées de 21 à 71 ans. Trois vivaient en milieu rural, 4 en milieu semi-rural et 3 en milieu urbain. Cinq appartenaient à une catégorie socio-professionnelle relevant des classes populaires, 4 à une CSP « professions intermédiaires » et 1 à une CSP « cadres et professions intellectuelles supérieures ».

B. La plainte somatique et ses conséquences au premier plan

Pour initier chaque entretien, la chercheuse a demandé aux participants de lui raconter en quoi la note qu'elle avait laissée en salle d'attente (Annexe 2) les avait interpellés. Ceci a entraîné l'expression et la caractérisation de la plainte somatique, permettant de mieux comprendre le recours au soin.

Plusieurs participants ont décrit leur plainte comme une rupture avec l'état antérieur, plus ou moins brutale, accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle et de vulnérabilité.

P02 : « Et après je n'ai plus pu conduire [...]. Et alors même à monter en tant que passager je pouvais plus. Donc euh douleur thoracique, douleur..., maux de ventre, tachycardie, sueur; ah pus pouvoir respirer, des nausées. »

Elle entraînait une inquiétude concernant la santé mais aussi une peur de la mort et du handicap, faisant références aux représentations qu'avaient les participants de la maladie.

P03 : « Je me disais, pourvu que je sois pas comme ma sœur. » [...] « Non, la peur de d'être handicapée dans un fauteuil roulant pendant 25 ans. »

Sans substrat organique, certains participants ne qualifiaient pas leur plainte comme une « vraie » maladie. Cela était renforcé par le manque de reconnaissance de leur statut de malade par leur entourage mais aussi par les professionnels de santé.

P05 : « Fin je sais pas si on peut dire maladie parce que beaucoup ne considère pas la fibromyalgie comme une maladie » [...] « Voyez, comme la colopathie, par exemple, fonctionnelle, moi pour moi c'est un..., c'est le genre de de de, on va pas parler de maladie, je sais pas si on peut parler de maladie [...] »

Alors que cette plainte faisait partie intégrante de la vie des participants et altérait considérablement leur qualité de vie.

P10 : « Beh j'adapte mon quotidien quoi. Mais là, je suis quand même en train de me dire que ça serait quand même triste de devoir vivre avec tout le temps. Parce que c'est c'est très très pénible. »

Ceci entraînait des conséquences psychologiques avec une perte d'estime de soi par une dévalorisation de son image physique et psychique. Mais aussi un fort sentiment de culpabilité et de responsabilité de la plainte.

P01 : « Euh les symptômes, c'étaient donc plus de... fin fatiguée, plus d'énergie, euh que des boulettes, des boulettes sur boulettes sur boulettes. » [...] « Malheureusement

aussi c'est que fin... maintenant euh... j'suis limitée fin... dans toutes les activités par exemple. Donc forcément j'ai dû prendre du poids fin..., forcément. »

Des conséquences sociales ont également été rapportées, dans le domaine personnel et professionnel avec un sentiment de rejet et de jugement.

P10 : « Et des fois c'est hyper blessant : “ Non mais prénom de P10, c'est que le stress, c'est que c'est dans la tête, y a un moment décroche quoi, vas-y mange et arrête quoi. ” » [...] « Des fois c'est un peu violent, les gens ils comprennent pas. »

Ce fut avec cette plainte somatique et ses répercussions que les participants ont eu recours au soin. Cette démarche étant conditionnée par leurs représentations du système de soin.

C. Le patient dans un système de soin

1. Un rapport différent à la santé

Certains participants ont témoigné de leurs difficultés d'accès à la santé d'un point de vue géographique, mais aussi dues aux délais de consultation, aux durées courtes de consultation, qu'ils expliquent par un manque de médecin.

P04 : « En fait je comprends que le travail du médecin aujourd'hui, sachant que il y a pas beaucoup de médecins généralistes et cetera, c'est de prendre les patients, de répondre à leurs demandes, de leur poser un diagnostic, de leur faire une ordonnance. [...] Ce système-là va gérer les symptômes mais à aucun moment il va y avoir vraiment un système mis en place pour aller creuser. [...] En fait, c'est un manque de soutien, par un manque de temps à cause d'un manque de personnel. »

Ceci renforçant parfois un sentiment de solitude et d'abandon, avec une impression d'errance médicale.

P06 : « Mais le truc c'est que maintenant, au niveau des rendez-vous, tout ça, ça devient euh... On est livré à nous-mêmes pour le faire. »

Face à ce système de soin, les participants n'avaient pas la même attitude pour la prise en charge de leur santé. Certains en étaient visiblement acteurs alors que d'autres étaient plus dépendants. Les premiers étaient davantage dans l'adaptation et l'acceptation de leurs symptômes,

P06 : « Je me suis un peu recentrée sur moi, sur mes besoins. Fait un peu plus de... On va dire, plus m'occuper de moi en fait. Et et puis j'avais changé ma nutrition également, pour me redonner de l'énergie [...] »

quand les seconds étaient dans l'attente d'une réponse et menaient un combat pour y parvenir.

P01 : « Y me manquait du suivi pour moi et du coup beh je me suis euh fin seule dans le combat avec ma mère. [...] Faut toujours attendre les résultats, faut attendre les examens, faut attendre le rendez-vous. C'est fatiguant quoi, au bout d'un moment, on a plus envie d'attendre, on a envie d'savoir. »

Le rapport à la santé était également conditionné par le rapport au médecin. Celui-ci jouait un rôle important dans la posture des participants.

2. Un rapport au médecin variable

a. Le médecin en tant qu'individu

i. Le poids du statut social

La différence de statut social entre les participants et leur médecin exerçait une influence sur leur relation. Les participants de catégorie socio-professionnelle (CSP) basse et de milieu rural avaient une vision du médecin comme quelqu'un de « supérieur », imposant.

La première réflexion que P03 a fait à la chercheuse alors qu'elle arrivait à l'entretien fut : « *On voit que vous êtes médecin, vous avez de la prestance.* »

Le médecin était alors vu comme « celui qui sait ».

P08 : « Mais après le problème c'est ça, ça reste des médecins, donc on prend leur parole comme acquis. »

Cependant, cet écart social pouvait être atténué par le fait de connaître personnellement son médecin ou de travailler dans le milieu médical et paramédical ou de connaître des personnes qui y travaillent.

ii. L'écart génération : un décalage parfois négatif

L'écart générationnel a été exprimé comme un frein à une bonne relation avec leur médecin par les participants les plus jeunes car ils ne se sentaient pas toujours compris.

P08 : « Par exemple, les écrans, le harcèlement par exemple les écrans, bah quelqu'un qui a 50 ans, il a pas forcément de recul de se dire "Ah, mais moi, ça n'existait pas" ou euh ou alors euh ou alors il va peut-être négliger cet impact que ça peut avoir parce que on se rend pas compte des choses des fois, tant qu'on ne les a pas vécues nous-mêmes. »

Pendant son enquête de terrain, la chercheuse a relevé une consultation en ce sens. Après avoir diagnostiqué un burn-out chez un patient, la chercheuse lui a demandé s'il serait à l'aise pour en parler ensuite avec son médecin traitant (âgé d'une soixantaine d'année). Sa réponse a été non.

A l'inverse, l'écart générationnel entre un médecin plus jeune et un participant plus âgé était plutôt vu positivement. Le médecin était alors vu comme plus consciencieux, plus à l'écoute et donnant davantage d'explications.

P05 : « Fin moi je trouve qu'on le voit quand on va voir un spécialiste qui est jeune et quand on va voir un spécialiste qui est très âgé. Comme mon rhumatologue qui qui est pas loin de la retraite je pense, euh..., y a pas la même prise en charge de la personne. Sans que ce soit la même spécialité certes, mais on voit bon pof pif pouf, on vous explique à peine et on cherche pas à savoir ce que ressent la personne [...] »

Dans son journal de terrain, la chercheuse avait relevé une consultation où une patiente plus âgée qu'elle, avait souligné le fait qu'il était agréable de voir des jeunes médecins prendre le temps de parler. Sous-entendait-elle que cela n'était pas toujours le cas ? Elle a d'ailleurs ajouté : *« On a besoin d'humain vous savez. »*

iii. L'influence du genre dans une moindre mesure

Le genre du médecin n'a pas été souligné par les participants comme jouant un rôle majeur dans leur rapport au médecin.

P08 : « Et puis le sexe aussi, mais dans une moindre mesure. Je pense quand même que [...] ça dépendra du vécu. »

Cependant une participante a exprimé une différence lorsqu'il s'agissait d'aborder des sujets plus intimes.

P01 : « Niveau règle, tout ça. Fin..., je préfère que ce soit une femme. »

Des qualités d'écoute et de perception de la communication non-verbale ont davantage été accordées aux femmes médecins par quelques participants.

P06 : « Ce qu'on perçoit, comme ça qui n'est pas dit et ce qu'on perçoit. C'est pour ça que je trouve que c'est un plus, moi, les femmes médecins. [...] Je trouve qu'elles sont plus intuitives [...]. »

Au-delà d'une question générationnelle et de genre, les participants ont identifié différentes façons « d'être médecin ».

b. Le médecin en tant que professionnel de santé : deux approches de la médecine

Il a été mis en évidence deux différents types de médecin par les participants. Schématiquement, on retrouvait le médecin scientifique, cartésien, avec une approche dualiste corps/esprit et le médecin holistique avec une approche globale de la personne, décrit comme « plus ouvert d'esprit » et à l'écoute.

P06 : « Je pense que bon, bah il y a des médecins qui sont plus cartésiens. Puis d'autres où bon, ils sont plus ouverts, [...]. Moi, j'ai eu, bah le cas, il y a pas longtemps, j'ai changé de médecin parce que elle euh elle était très..., ça s'arrête à la science quoi. »

Pour expliquer cette différence, certains participants ont évoqué la formation des médecins.

P09 : « [...] je pense par contre qu'il manque dans les parcours de de formation que vous avez, justement des temps pour vous permettre de discuter des cas que vous avez avec certains patients, de comment est-ce que...? [...] pas du tout formée psychologiquement parlant à accompagner, enfin à accompagner psychologiquement parlant des patients quand y a des choses. »

Notamment chez les médecins spécialistes et chirurgiens.

P02 : « : Je travaille avec des médecins, fin plutôt des chirurgiens. Et je crois qu'ils doivent pas avoir de cours de psychologie ou très peu. J'leur ai déjà demandé hein, parce que des fois c'est... des situations affreuses, euh dans certaines euh... [...] et justement je trouve que les médecins traitants sont bien plus psychologues que un médecin euh... un cardiologue ou un... ou je sais pas... ou un dermato... »

Au-delà de la formation, s'est posée la question d'une qualité particulière, voire d'un don.

P02 : « [...] oui beh c'est comme tout le monde peut être que chacun on a plus ou moins des facultés pour écouter les autres. [...] Mais donc quand je vois Madame D. je pense que c'est en elle. »

Ainsi pour une même plainte, le vécu de la prise en charge était complètement différent en fonction du type de médecin rencontré.

P01 : « J'ai été voir le cardiologue, [...], il m'a dit : "Toute façon votre tension c'est le poids". [...] Et du coup beh forcément j'ai craqué. » [...] « Dr B. par exemple, c'est vraiment quelqu'un de... fin qui a vraiment compris fin la situation. Comment je le vivais et euh et puis fin, il a réussi à me rassurer comme quoi fin voilà, ça pouvait euh prendre du poids fin y a pas de souci et que beh justement fallait gérer cette fatigue quoi. »

Le rapport qu'avait le participant avec son médecin influait, de fait, sur la relation médecin-patient. Cependant d'autres facteurs entraient en compte.

c. Le relation médecin-patient : la recherche d'un équilibre

Des éléments ont été relevés dans le discours des participants comme permettant un meilleur équilibre de la relation médecin-patient.

L'accès à l'information médicale notamment par internet mais aussi par les émissions médicales télévisées permettait aux participants de se sentir plus à égalité avec le médecin.

P06 : « Ben je veux dire le le médecin, c'est sûr qu'il a des qualités, des connaissances, mais c'est pas le médecin d'il y a 50 ans où les gens étaient ignares, ils n'avaient pas internet, ils n'avaient pas accès à, ils n'avaient pas de dossier santé à 14h tous les jours s'ils ont envie de voir enfin bref. »

L'implication des patients dans la décision médicale et les explications données par le médecin étaient essentielles à la satisfaction des personnes interrogées. Leur absence était interprétée comme un manque de considération.

P04 : « Et puis en fait, au final, c'est des ovaires polykystiques qui ont été décelés. Et puis c'est tout. Donc pas de traitement, pas d'explication, voilà. Point. »

La confiance était un élément clé de la relation médecin-patient. La confiance dans les compétences médicales du médecin mais aussi une confiance dans ses compétences

relationnelles. Cette confiance devait être réciproque, c'est-à-dire que le médecin devait avoir confiance en son patient, en d'autres termes le « croire ».

P07 : « Quand euh..., quand je lui ai dit que je je pensais que c'était peut-être un problème gynéco, elle m'a fait confiance. » [...] « Moi j'ai très confiance en mon médecin généraliste et je veux dire je je, je je je partage avec elle les avancées, après si elle a d'autres idées... »

Cette confiance mutuelle était renforcée par la durée de suivi qui permettait de mieux se connaître. Le partage d'évènements de vie du médecin permettait de le désacraliser et de l'humaniser, permettant au patient de s'en sentir plus proche et mieux compris.

P02 : « On était enceinte en même temps. Elle s'était son deuxième, moi c'était mon premier. Donc euh... C'est ça aussi qui nous a rapproché. »

La relation médecin-patient jouait un rôle primordial dans la suite de la prise en charge du patient.

D. Les réponses du médecin à la plainte : être écouté ou entendu

1. Une véritable écoute ?

Une nette distinction a été faite par les participants entre de le fait d'avoir été écoutés et le fait d'avoir été entendus.

L'écoute a toujours été rapportée par les participants, son manque était souvent justifié par le manque de temps en consultation.

P05 : « Si il a qu'un quart d'heure, il va être euh il va être limité quoi c'est ça. Il peut pas et écouter le patient, et chercher ce qui va pouvoir faire, si il vous envoie vers quelqu'un, ou faire un diagnostic, ou faire faire des examens complémentaires. Et et et puis faire la prescription, voir un arrêt de travail, et cetera. C'est presque une mission impossible. »

L'absence de jugement par le médecin était essentielle, perçue notamment par la communication non verbale.

P02 : « : On voit pas là que son faciès, comme notre entourage peut avoir le faciès qui fait une grosse grimace. [...] Non, elle elle reste euh... pas du tout ouais, elle est pas

dans le jugement et puis elle essaie de trouver les bons mots. Puis bah c'est toujours cette histoire d'écoute et de réassurance. »

Une écoute active permettait au participant de se sentir écouté.

P02 : « Oui, dès que je parlais, elle me faisait de la... de l'écoute active. Elle reprenait ce que je disais. »

Mais être écouté ne voulait pas toujours dire avoir été entendu. Être entendu signifiait avoir été reconnu dans sa plainte, légitimé.

P07 : « Et donc il m'a dit : “Bon ben effectivement, je vois rien de clinique mais pour autant je considère pas que vous n'avez pas mal, parce que c'est souvent euh..., un peu le..., c'qu'on..., ce vers quoi on peut être amené à aller. »

Cette non prise en considération pouvait être interprétée comme un manque de respect du médecin envers le patient. Elle menait parfois le participant à ne plus s'exprimer.

P08 : « J'y allais vraiment très souvent. Euh... Fin... Et vraiment, on se disait juste que j'affabulais euh, fin que c'était n'importe quoi quoi. Je m'suis pas sentie très très respectée et pas très écoutée ma foi. » [...] « mais comme on m'écoutait pas... Bah j'osais même plus parler en fait, j'osais même plus dire. »

Après s'être sentis plus ou moins écoutés et entendus, les inquiétudes des participants ne s'étaient pas toujours atténuées. Ils pouvaient être alors en attente de preuves médicales écartant une étiologie organique.

2. La nécessité d'éliminer une cause organique

a. L'examen clinique : un temps privilégié

L'examen clinique et donc le contact avec le corps ont été rapportés comme un temps important de la consultation.

P06 : « Moi je pense qu'il faut revenir à l'humain. Mais c'est ça qui... Parce que les les examens... Et puis revenir à toucher. On va ailleurs maintenant voir, à l'ostéopathe, voir tout ça pour être touché. » « [...] Le médecin ne touche plus. Il envoie, il fait plein d'examens. » [...] « Et c'est pas rien que d'allonger quelqu'un, de lui prendre la tension, c'est pas que ça. Parce qu'on est là, on... Et l'autre, il va dire des choses pendant ce temps-là, parce qu'il est allongé, on lui prend la tension. Et allongé, on dit pas la même chose que quand on est debout. »

L'enquête de terrain menée par la chercheuse allait en ce sens. Lors d'une consultation, ce fut lorsque le patient fut allongé sur la table d'examen qu'il a pu exprimer son mal-être supposé par la chercheuse à travers une communication non verbale importante.

L'examen clinique participait également à la prise en compte de la plainte et à la réassurance.

P02 : « Madame D. qui m'a fait juste des tests neuro, toc toc (imite la recherche de dysmétrie des membres supérieurs), puis marcher avec les yeux fermés, que j'ai fait tout très bien. »

b. Les examens complémentaires : l'ambivalence de la normalité

L'écoute et l'examen clinique pouvaient parfois être suffisants à la réassurance du patient si le médecin ne jugeait pas la nécessité d'un examen complémentaire. Cependant, l'absence d'un examen complémentaire pouvait aussi être interprétée comme un manque de prise en compte de la plainte.

P06 : « Après bon faire au moins une prise de sang en fonction de enfin investiguer dans dans des dans des choses quand même. Avant de dire c'est psychiatrique ou c'est psychologique ou c'est une dépression. »

Des examens complémentaires normaux pouvaient rassurer le patient ou au contraire entretenir son inquiétude et une peur de l'abandon.

P01 : « [...] euh beh si la fibroscopie est bonne, qu'est-ce qu'on fait ? Fin... euh en fait c'est après... Est-ce qu'ils vont me... (cliclic de stylo) fin... m'abandonner (bruit de stylo sur la table), fin... m'abandonner entre guillemets. Fin..., laissez sans suite, euh... est-ce qu'ils vont me suivre ou pas ? »

L'annonce d'un résultat normal n'était pas toujours bien vécue par le patient, compris comme la négation de sa plainte.

P10 : « “Rien à signaler madame, tout va bien chez vous.” Ah oui, je veux bien, mais non ça marche toujours pas. »

Un examen clinique et des examens complémentaires dits « normaux » entraînaient parfois des prescriptions médicamenteuses.

3. La prescription : une solution pour qui ?

La prescription de traitements dit « symptomatiques » était rapportée par les participants. Cette prescription était vue comme une solution de facilité employée par les médecins mais aussi comme l'expression d'une certaine impuissance. Elle permettait une réponse quand le médecin « ne savait pas » ou « ne voulait pas chercher ».

P05 : « Bah lui il niait pas la, la chose, mais il a jamais voulu aller plus loin, donc c'était toujours des réponses par des médicaments. » [...] « Parce que je lui, quand je lui parlais de de problème, c'était toujours la réponse médicamenteuse. »

La prise d'un médicament pouvait aussi, a contrario, légitimer la plainte, la rendant concrète puisqu'un traitement existait.

P03 : « Alors donc le médicament ben c'est euh (P03 lit la notice) c'est marqué comme étant des sensations de chaleur. Oui, c'est ça de chaleur, de brûlures, des douleurs lancinantes, des lancements de coup de poignard, non ça j'en ai pas des coups de poignard, des crampes, j'en ai plus, j'en ai eu. »

Certains participants ont reconnu un effet placebo de la prescription et de certains traitements.

P03 : « Un Efferalgan en milieu de nuit si j'arrive pas à dormir, je prends un Efferalgan et je m'endors dans les deux minutes. Mais alors là, mais moi je pense que je travaille beaucoup là-dedans (montre sa tête), hein. »

Une image négative du médicament a été relevée au cours des entretiens, avec des effets parfois délétères suspectés.

P05 : « Moi j'en ai mangé des catégories hein. Des des, des, des, des, des neuro... enfin des des, des décontracturant, des... Fin tout ce que vous voulez.... Des, des médicaments pour les nerfs qui étaient censés détendre. J'en ai mangé toutes ces... C'est sûrement ce qui me vaut des, d'avoir des problèmes de mémoire à mon avis. »

En parallèle de la recherche d'une étiologie organique et d'une réponse factuelle à la plainte, se posait alors la question de l'abord des facteurs psycho-sociaux.

4. Des facteurs psycho-sociaux négligés par les patients et les médecins ?

D'après les participants, les facteurs psycho-sociaux associés à leur plainte n'étaient pas ou peu recherchés par leur médecin. Certains auraient aimés que leur état psychologique soit questionné.

P09 : « Mais non, on n'a pas parlé effectivement des sujets de des deux derniers mois qui étaient un peu compliqués quoi. » [...] « Si, je pense que ça peut être son rôle mais effectivement il m'a pas posé la question. Et puis moi je suis... Fin j'ai tellement pas l'habitude que dans ce genre de consultation on me pose la question que je le dis pas. »

Certains participants en parlaient spontanément quand d'autres attendaient que leur médecin aborde le sujet. Il était difficile pour eux d'en parler, en faisant un sujet plus intime.

Pendant son enquête de terrain, la chercheuse a relevé une consultation avec un patient présentant une douleur thoracique d'allure fonctionnelle. La chercheuse a consacré une part importante de la consultation sur les difficultés au travail du patient et les répercussions sur sa vie personnelle. A la fin de la consultation, le patient semblait un peu étonné et a exprimé qu'il ne s'attendait pas à la « tournure » de la consultation. Il en paraissait satisfait et se sentait à la fois rassuré et soulagé d'avoir pu exprimer son mal-être.

Lors de l'évocation de facteurs psychologiques, notamment de stress et d'anxiété, les participants n'ont pas eu les mêmes réactions. Une partie considérait cette explication comme un diagnostic de facilité.

P08 : « J'me souviens du premier rendez-vous que j'avais pris, le premier d'une grande série, où c'était "Non non, c'est que du stress." Ben vraiment, on n'a pas cherché plus loin quoi. »

Et craignaient qu'il n'y ait pas d'autres recherches diagnostiques et de solutions de prise en charge.

P09 : « Et donc moi typiquement quand vous me demandez est-ce que j'ai parlé à mon médecin de tout ça, ben j'ai pas envie que il ne m'écoute pas en me disant juste vous êtes stressée, donc ça doit être ça. »

D'autres l'ont mieux accepté, car son exploration a été faite sur le même plan que la recherche d'une organicité.

P07 : « Et puis, il l'a surtout pas orienté comme ça dans son discours, c'était de dire, voilà, est-ce que vous avez eu un problème physique, un choc, quelque chose ? Non. Et

psychologique ? Oui. Enfin voilà, c'était la..., c'était dans la même continuité pour lui, c'était pas... Et euh... Et pour autant, on a quand même fait des examens pour vérifier s'il y avait pas de problème organique, donc euh... Tout était complété en fait. »

L'évocation de la participation d'une difficulté psychologique était mieux vécue lorsque le médecin désindividualisait le patient, en lui expliquant qu'il n'était pas le seul.

P02 : « Mais je pensais vraiment que c'était physique. Quand elle m'a dit ça, je l'ai pas très..., j'ai fait "hum hum hum", j'acquiesçais, "hum hum hum." » [...] « Et non, ce qui m'a aidé c'est qu'elle a pris euh..., anonymement, elle m'a cité une dame, [...] mais je m'identifiais à fond là dans ce qu'elle disait. »

Pendant son enquête de terrain, la chercheuse a pu également expérimenter ce phénomène. Lors d'une consultation, elle a expliqué à une patiente qu'elle n'était pas la seule à traverser des périodes difficiles de surmenage personnel et professionnel. Cette patiente culpabilisait de ne pas se sentir mieux à la suite de son arrêt de travail et d'en demander une prolongation. A la fin de la consultation, la patiente a dit : « Ah oui, vraiment, je ne suis pas la seule ? ». Cela a marqué la chercheuse qui s'est alors rendue compte de l'impact qu'avait eu ses mots.

L'impact des facteurs psycho-sociaux sur la santé globale pouvait être parfois sous-estimé par les participants pourtant le lien entre les deux a souvent été fait.

E. Un lien psyché-soma difficile à définir

Spontanément, plusieurs participants ont relaté à la chercheuse des événements de vie qu'ils identifiaient comme possible déclencheurs de leurs symptômes. Ces événements étaient décrits comme traumatisants. Il a été rapporté des violences physiques et psychologiques, la perte brutale d'un proche, mais aussi des histoires familiales complexes. Les symptômes pouvaient alors être un « prix à payer ».

P10 : « Alors, ça a commencé euh... Tout le monde se met un peu d'accord sur un un choc émotionnel. Un bouleversement dans ma vie privée. » [...] « [...] mais après on a tous quand même des manières de payer justement à ce qui se passe dans ce petit cerveau qui font que ça réagit différemment. »

Cette prise de conscience était toutefois ambivalente. Le traumatisme était décrit mais se posait encore une véritable interrogation sur l'origine des symptômes.

P03 : « [...] des petits effets que que j'ai depuis très très longtemps mais que personne ne peut me... me dire vraiment qu'est-ce que c'est. » [...] « Voilà, et tout ça... dû je pense à un... à un choc je pense. »

Les participants ont identifié une majoration des symptômes lors d'un contexte de stress ou d'anxiété.

P03 : « Mais ça m'empêche de dormir, mais bon ces fourmillements... alors ça dépend. Alors je pense que, j'ai remarqué ça, quand j'ai un souci, quand quelque chose me stresse, quand quelque chose me stresse, quand j'ai préparé mon déménagement, quand j'ai... »

Mais le lien entre les symptômes physiques et l'état psychologique était bidirectionnel.

P06 : « Je crois que dans certains cas, c'est le psychique qui..., et qui donnent du fonctionnel [...]. » [...] « Mais je crois que l'inverse aussi hein. Et le physique, quand on a mal tout le temps, on sait très bien que les gens ils dépriment. »

Cela étant justifié par le côté global et indivisible de chaque personne.

P06 : « La la santé, je crois bien que c'est quand même 3 critères, il y a le le bien-être physique, social, psychologique et peut être spirituel aussi. [...] On est quand même multifactoriel. Enfin multi... dimensionnel. [...] on n'est pas découpé en tranches c'est ça que je veux dire. »

Cette globalité comportait alors une part psychique, qui était parfois un sujet délicat.

F. Souffrance psychique, santé mentale : une image peu reluisante

1. Un sujet tabou ?

Certains participants ont évoqué un tabou de la santé mentale. Ce tabou était culturel, le sujet de la santé mentale avait une connotation négative en France.

P09 : « Et elle me dit, mon amie en Argentine, elle, c'est depuis le début et en plus, ils ont un... Eux, aller voir un psychologue, c'est une routine de santé, de santé publique en fait. Donc je pense que ouais, après c'est peut-être une question culturelle... »

Il ne fallait donc pas en parler, sous peine de donner une image de faiblesse. Cela participait à renforcer un sentiment de honte et de culpabilité.

P02 : « Mais je pense que c'est la société ou enfin mon éducation en tout cas. Moi, euh faut travailler, faut travailler jusqu'à temps de tomber, faut travailler, faut pas se plaindre. » [...] « Faut pas s'écouter. Bah si tu t'écoutes ce que t'es vraiment, ouais, t'es vraiment une femmelette en gros. »

La méconnaissance des pathologies psychiatriques entretenait une peur, la peur « d'être fou », mais aussi une gêne à en parler.

P02 : « : Et ça, ça fou... ça fait franchement peur. Parce qu'on se dit euh... je suis quand même pas tarée, fin tarée... J'décompense quoi ? » [...] « Mais alors quand on parle de... de ça là... tout ce qui est mental euh... Mais je sais pas, mais les gens ils sont gênés en fait. »

Dans les représentations des participants, les problèmes de santé mentale, notamment les épisodes dépressifs, touchaient une certaine catégorie de personnes.

P02 : « Euh... mais c'est une femme à la base qui est quelqu'un qui.... fin je sais pas si c'est des traits de caractère, des tempéraments, quelqu'un qui est plutôt fatigué, qui... qui s'était plus ou moins traîné, qui est plutôt négative, fin vous voyez ? Donc je me dis, c'est vrai qu'après malheureusement là elle est en dépression, bah elle a un traitement. Mais je me dis, bon bah voilà, la personne de départ à la base, elle est comme ça donc je suis même pas étonnée, il lui est tombé... y a eu des choses qui ont fait que. Mais euh... Mais euh... Ouais c'est vrai, finalement je pensais que moi je pourrais jamais passer là-dedans. »

Et l'image du dépressif était une personne qui pleurait, triste, renfermée sur elle-même et suicidaire.

P08 : « C'est vrai que souvent, on a l'image du dépressif qu'il a envie de finir ses jours euh, qu'il est au fond de son lit et qui bouge plus. »

Les participants reconnaissaient une évolution concernant la prise en compte des difficultés psychologiques. Le sujet était plus abordé dans la société actuelle et les médecins y étaient plus ouverts.

P07 : « Mais le lien que je pense que c'est vrai que c'est peut-être que vous vous êtes peut-être dans dans votre génération, peut-être que vous avez plus dans votre cursus de..., justement de liens avec ça, de de faire de faire le lien avec le le le physique et le psychique peut-être. Vous êtes plus informés, peut-être là-dessus, plus ou plus sensibles. »

Se posait alors la question de la place du médecin généraliste dans le domaine de la santé mentale.

2. L'ambiguïté du rôle du médecin généraliste

Pour certains participants, leur médecin généraliste restait le premier recours devant une souffrance psychique.

P02 : « [...] je voyais bien qu'il semblait jusqu'au soir où il est arrivé en pleurant où... limite tentative de suicide. Et euh donc on a appelé Monsieur L. le lendemain, hop tac et Monsieur L. il était vachement..., il a pris le temps-là hein. De... écoute, écoute, réassurance, on va essayer de trouver une solution. Mais... bah oui, heureusement qu'il était... et pis c'est vrai qu'on... parce ce que je repense à... On s'accroche à notre médecin traitant. Il y a que... On voit que lui hein dans ce ces moments-là, hein. »

Malgré cela, il pouvait persister une peur de déranger, de perte de temps pour le médecin.

P03 : « Y a pas assez de de temps parce qu'il faudrait, c'est des choses qui auraient dû... une consultation qui aurait dû durer... qui devrait durer 20 minutes, une demi-heure pour pouvoir raconter quand même un dét... un b... un gros détail. » [...] « Et puis, si je me mettais à parler comme ça, bah ça serait 1h de consultation. Et puis après, j'dis... et je pense à ceux qui sont dans la salle d'attente. »

La peur de « l'étiquette » est ressortie chez plusieurs participants. Ils craignaient de plus être vus autrement qu'à travers des antécédents personnels ou familiaux de difficultés psychologiques.

P06 : « Oui bah finalement elle a peut-être eu, bah oui à un moment donné de sa vie elle a fait une dépression donc ça y est on est dans cette case-là. » [...] « Non mais j'avais ma mère qui avait été dépressive, ma grand-mère qui s'était suicidée, c'était dans le dossier aussi. Donc on a vite fait de dire "Ah bah oui, ah bah normal, ils sont moitié fous dans la famille." En gros, non mais sans le dire, c'est quand même un peu ça dont il s'agit ou pas ? On met des étiquettes. »

Deux visions du médecin généralistes ont été décrites. L'une considérait que le médecin avait un rôle d'écoute, de soutien et de suivi, au même titre que pour une pathologie organique. Le simple fait d'en parler était déjà un soulagement.

P01 : « Beh j'pense aussi un petit peu quand même au niveau d'fin... au niveau de la santé fin... ouais, ouais, psychologiquement... » [...] « Parce que fin..., ça fait du bien d'en parler quoi... »

L'autre doutait des compétences psychologiques du médecin, le différenciant d'un psychiatre et d'un psychologue.

P04 : « Et puis bah... Juste c'est vrai que ils sont pas non plus... Enfin, quand on est médecin généraliste, on n'est pas et endocrinologue et psychiatre et psychologue et médecin généraliste. »

Le médecin était alors davantage vu comme un prescripteur d'arrêt de travail.

P09 : « Et en fait, même quand je traverse une période émotionnelle compliquée, j'ai pas envie que mon médecin pense que ce que je lui ai demandé, c'est un arrêt de travail ou du repos. » I : « [...] on a le droit d'être pas bien et de pas obligatoirement demander l'arrêt mais... » P09 : « Non non mais voilà, je me dis, si il voit que je suis un peu surmenée..., bah je préfère que le jour où j'ai besoin de réellement me poser, je puisse tirer cette carte là mais là je gère donc je gère quoi. »

La prescription de traitement, notamment antidépresseurs, entraînait une véritable crainte. Les participants ont exprimé une peur de la dépendance et de ne plus « être soi ». Pour eux, le traitement cachait le problème. Le médecin médicalisait parfois le problème psychologique pour y apporter une réponse.

P06 : « Quand vous prenez un truc avec vous êtes par terre, vous avez pas envie d'en reprendre hein. » [...] « [...] mais on sait très bien que tout ce qui est antidépresseur, somnifère, tout ça, c'est donné bien trop longtemps. Les anxiolytiques c'est pareil. Il faut, il faut que ça..., ce soit court pour re... Faut pas... Ben c'est une drogue qui est licite. »

Finalement les participants regrettaient le peu de solutions concrètes apportées par leur médecin.

P10 : « [...] mais en gros c'était "Seule vous pouvez faire quelque chose là-dessus madame." Alors y a des fois, bah non, aidez-moi s'il vous plaît, c'est c'est horrible. Et non, c'était tout de suite mis sur, je suis la seule responsable de mon bonheur, de mon bien-être, de mon machin. »

Le recours au psychologue n'était pas proposé systématiquement et son coût financier était un frein. Cependant certains participants avaient entrepris d'eux même une démarche psychologique.

P06 : « : Le psychologue, le truc c'est qu'il faut avoir les moyens quoi. C'est pas, c'est pas pour tout le monde. »

La prise en charge « spécialisée » en centre médico-psychologique (CMP) ou par un psychiatre ne semblait pas adaptée. Il manquait de temps, d'écoute et d'un travail plus approfondi.

P05 : « [...] la psychiatre, c'est 1/4 d'heure en comptant le temps de paiement et le temps de prendre le prochain rendez-vous, on va dire que enfin j'vais pas dire que ça sert à rien, mais... Ça peut pas permettre pour moi à un travail de de fond... »

Que ce soit concernant la santé physique ou psychique, quand les participants n'avaient pas de réponses à leurs maux par les médecins, ils essayaient souvent de chercher leurs solutions ailleurs.

G. Des solutions à « l'échec » de la médecine conventionnelle

1. Une quête de reconnaissance

Pour plusieurs participants un sentiment de solitude naissait de l'absence de réponse médicale à leur plainte.

P01 : « Alors que là du coup beh en fait ils m'ont laissé..., ils m'ont laissé quasi un an en fait, sans prise de sang [...]. »

La recherche d'information passait par les réseaux sociaux, des lectures, des podcasts, des conférences.

P05 : « Moi je sais que j'étais, au tout début, voilà, j'ai été m'intéresser à... Y avait une association à nom de ville, je crois qu'elle existe encore, sur la fibromyalgie. J'ai fait partie... J'ai été à des réunions, je suis même adhéree, je suis allée à une conférence [...]. »

Le partage d'expérience permettait de donner de l'espoir.

P10 : « [...] se partager les expériences les uns aux autres quoi. Elle, elle a essayé ça, ah bah tiens je vais peut-être pouvoir essayer ça. Ça, ça apporte quelques petites possibilités, solutions. »

Les participants répondaient à un véritable besoin de reconnaissance, de légitimité, d'identification mais aussi de soutien.

P08 : « Bah on se sent reconnu en fait. Qui dit "Ah donc y a pas que moi." Et on est plusieurs dans ce cas-là et du coup ben on peut s'aider en fait. » [...] « Et du coup effectivement on peut créer cette euh, j'allais dire cette mini famille, c'est pas réellement une famille mais euh... Mais ce groupe de soutien où ouais où en fait, on se soutient tous parce qu'on a tous vécu la même chose, plus ou moins. »

Un participant a même évoqué l'écriture de son histoire, témoin d'une forme de résilience.

P10 : « [...] je suis dans une période de vie où je me dis que là faut tout sortir. Je suis en train d'écrire mon histoire pour mes enfants. Et oui, ressortir les les..., sur papier ou ou verbalement tout ce qu'on a vécu, c'est très compliqué et en même temps euh... Je pense que plus ça sort, moins ça se reste pourrir là-dedans [...]. »

2. La médecine alternative comme complément

Le recours à la médecine alternative a été rapporté par de nombreux participants. Pour certains d'autres eux, ils n'en avaient jamais parlé à leur médecin de peur de leur réaction négative.

P09 : « [...] je sais très bien que du coup les médecins sont pas forcément à l'écoute de ce qu'on peut faire en médecine alternative. Donc euh je le dis pas toujours ce que je fais... Bah typiquement ma grossesse, j'ai dit à aucun, fin j'ai pas dit à mon médecin, j'ai pas dit à ma gynécologue que j'avais été voir une naturopathe. [...] j'aurais pas envie qu'un des médecins me retoque que je suis une inconsciente de prendre des plantes alors que je suis enceinte quoi. »

Ils préféraient donc cacher cette pratique qu'ils considéraient comme inoffensive.

P10 : « Et après tout ce qui était magnéti..., le magnétisme, le magnétiseur, ostéopathe, kinésiologie. On va masser les organes... On m'a fait de ces trucs des fois ! C'est pas grave, on y va, de toute façon ça peut pas me faire de mal ! »

C'était un retour au naturel, permettant de sortir de la polymédication de la médecine conventionnelle.

P05 : « Alors peut-être en premier lieu l'envie d'essayer de sortir de tout le temps de la médication. Parce que quand on arrive à avoir des ordonnances euh de ce style, euh des pages pleines, euh voilà. On... L'envie peut-être de se dire euh..., y a peut-être d'autres

moyens que que la médecine traditionnelle et que les médicaments pour essayer d'améliorer. »

La médecine alternative était synonyme de « prendre soin », de bien-être mais aussi de prévention.

P03 : « [...], j'ai dit, ah là là, j'ai dit pour me sentir bien partout et tout, j'ai dit tiens, je vais m'offrir une ou 2 séances. Et j'ai fait 2 séances chez le chiropracteur. »

Elle avait une approche globale, avec du temps pour le faire.

P09 : « Chez la naturopathe, j'ai passé 1h avec elle hein, avant le diagnostic complet, de toute mon ma vie et cetera. »

Une approche non conventionnelle pouvait aussi permettre un travail plus en « profondeur ». Pendant son enquête de terrain, une patiente a expliqué à la chercheuse sa pratique de la kinésithérapie émotionnelle. La patiente effectuait un travail sur l'émotion liée à des douleurs d'épaule, apparues suite à des violences conjugales.

La pratique de la sophrologie, de la méditation, du yoga a aussi été rapporté comme une aide psychologique.

IV. Discussion

A. Résultats principaux

Les participants étaient uniquement des femmes, appartenant en majorité aux classes populaires et intermédiaires. Leur plainte somatique avait une forte répercussion sur leur vie. Il a été décrit deux types d'attitudes des médecins pour leur prise en charge, l'un dualiste corps/esprit et l'autre plus holistique. Il a également été identifié deux positions de patient dans leur rapport à la santé, l'une active et l'autre passive.

L'abord des facteurs psycho-sociaux et l'évocation de leur participation à la plainte a pu être interprété comme une facilité par les participants. Ceci sous-tendu par des représentations négatives de la santé mentale et de la souffrance psychique. Cependant, les participants étaient pour une prise en charge globale et ainsi favorables à accepter le lien corps/esprit.

Certains participants ont décrit un recours à la prescription médicamenteuse comme l'expression d'une certaine impuissance du médecin face à leurs symptômes. L'impression d'avoir été écoutés mais non entendus et l'absence de solution efficace proposée par la médecine classique, pouvaient orienter les patients vers la médecine alternative.

B. Forces et limites

1. Choix du sujet et du recrutement

Une des forces de ce travail a reposé sur son originalité. A ce jour, un seul travail s'en est rapproché en explorant les attentes et le vécu des patients lors de l'exploration des facteurs psychosociaux associés aux motifs répétés en consultation de médecine générale.

L'intérêt du sujet a été justifié par la fréquence importante des consultations en rapport avec une plainte somatique en médecine générale. Cela a d'ailleurs été prouvé par la rapidité du recrutement.

Le recrutement a eu lieu en salle d'attente de cabinets, l'attente des patients était propice à la lecture de la note informative. Sur cette note, il n'était pas spécifié la composante psychosociale du sujet pour qu'il n'y ait pas une autocensure des personnes qui, pour certaines, pouvaient être réticentes à parler de « psychologie ». Cela a aussi permis de recruter des personnes qui n'établissaient pas de lien entre les facteurs psycho-sociaux et leur plainte.

A travers l'effectif réduit de personnes interrogées, ce travail d'exercice a eu pour vocation l'exploration de la question de recherche.

2. Expérience de la chercheuse

Ce travail était la première enquête menée par la chercheuse. Pour se former, elle a eu recours à un atelier thèse proposé par la faculté de médecine de Nantes ainsi que le visionnage d'une vidéo dédiée à la recherche qualitative proposée par l'université de Brest. La chercheuse s'est également appuyée sur l'ouvrage *Initiation à la recherche qualitative en santé* (23). Chaque étape de son travail a été validé par sa directrice de thèse, expérimentée en recherche qualitative, Madame Sylvie Morel, Maître de conférences en sociologie.

3. Les représentations de la chercheuse

Dues à son expérience personnelle et professionnelle, la chercheuse, en commençant son travail, avait des représentations concernant les réponses attendues. Pour réduire l'impact de ses représentations pendant les entretiens et ainsi ne pas influencer les réponses des participants, la chercheuse a consigné au préalable ses « idées reçues ». Elle y est revenue pendant son analyse pour en limiter sa subjectivité.

4. La position de la chercheuse

La chercheuse étant médecin, ceci pouvait inhiber les participants. La chercheuse s'est donc présentée comme étudiante en médecine, limitant un peu l'effet du titre de médecin.

De plus sa capacité à « mettre à l'aise », a été relevé par plusieurs participants. Certains lui ont même confié des choses qu'ils n'avaient jamais dites à un médecin par peur d'être jugés.

5. La peur d'être intrusive

Pendant les entretiens, la chercheuse a parfois eu du mal à aborder la part psychologique, le patient ne s'attendant pas toujours à ce que cela soit fait ou n'évoquant pas le sujet lui-même. Ce constat lui a permis de se rendre compte de sa crainte à ce que le patient se sente stigmatisé. Ainsi, dans chaque entretien, la question a été abordée mais si le patient présentait des réticences, la chercheuse n'insistait pas. Cependant ceci a pu être interprété comme un résultat.

6. L'analyse

L'analyse des résultats a été menée uniquement par la chercheuse, laissant place à une plus grande subjectivité. Comme vu dans un paragraphe précédent, elle avait consigné ses représentations avant de commencer son travail pour en limiter leur impact.

De plus, une triangulation des données a été réalisée grâce à l'enquête de terrain ainsi qu'aux données de la littérature, renforçant la validité interne.

C. Comparaison à la littérature

1. Les plaintes somatiques : une question de genre ? de classe sociale ?

Le recrutement mené pour cette enquête a été basé sur le volontariat. Comme attendu, une nette prédominance féminine a été constatée. La littérature allait en ce sens, en effet les troubles fonctionnels étaient significativement plus retrouvés chez les femmes (30,31). Pour expliquer ce constat, le sociologue Luc Boltanski avait décrit un rapport au corps et à la santé différent entre les hommes et les femmes (32). Les femmes étaient perçues comme plus sensibles à la perception de leurs sensations corporelles et plus enclines à les exprimer.

Le sociologue avait fait une comparaison similaire entre les personnes issues de classes populaires et de classes supérieures. En effet, il retrouvait une propension plus importante à « s'écouter » dans les classes supérieures que dans les classes populaires (32). Il expliquait ce principe par la vision préventive de la santé des personnes de classes supérieures, mais aussi par leur capacité à verbaliser leur ressenti avec un vocabulaire adapté, ainsi que par l'impact d'une faible distance sociale avec le médecin. D'ailleurs, l'enquête a mis en évidence l'influence du statut social dans la relation médecin-patient. On pouvait imaginer que le constat de Luc Boltanski, daté de 1971, pouvait être aujourd'hui discuté. Cependant, trente ans après, une étude anglo-saxonne constatait que les patients présentant des syndromes fonctionnels étaient plus souvent qualifiés professionnellement et avaient un niveau d'éducation plus élevé (31).

Le recrutement initial de l'enquête n'était pourtant pas en faveur de cette analyse. Une majorité de personnes issues de classes moyennes et populaires avaient répondu. Ceci pouvait peut-être s'expliquer par l'espace de parole offert par l'enquête, différent de celui d'un temps de consultation avec le médecin. De plus, ces personnes étaient peut-être davantage en quête d'explications. En effet, des recherches sociologiques ont mis en évidence le fait que le médecin

donnait moins d'explications aux patients situés en bas de la hiérarchie sociale. Il le justifiait par l'absence de questions de la part des patients alors que ces derniers ne savaient pas comment les formuler ou n'osaient pas les poser (33). Ce phénomène entraînait le maintien d'une incompréhension et d'une insatisfaction de la part du patient. En effet, le patient, mieux informé, notamment par internet, quelle que soit sa classe sociale, était davantage en demande d'explications. Cela a d'ailleurs été relevé dans la majeure partie des entretiens.

Tout échange d'information induit une personne émettrice et une personne réceptrice. Comme cela a été constaté au cours de l'enquête, il y a eu différentes façons pour les médecins, de recevoir la plainte du patient puis d'émettre une explication, et différentes façons pour les patients d'exprimer leur plainte et de recevoir son explication. Ceci a nettement conditionné le vécu des patients de l'abord des facteurs psycho-sociaux associés à leur plainte.

2. La relation médecin-patient : une rencontre entre deux acteurs singuliers

a. Une attitude du médecin déterminante

Dans l'enquête, les participants ont décrit schématiquement deux réactions des médecins face à leur plainte somatique. L'une dualiste corps/esprit et l'autre plus holistique. Dans la première, une négation des symptômes avait pu avoir lieu devant l'absence d'étiologie organique. L'explication était alors purement psychique. Dans la seconde, les symptômes avaient été pris en compte et l'explication émanait d'une vision globale de la personne. Le vécu des patients en fonction de cette réaction a été très différent. En effet, il y avait un impact sur leur sentiment de culpabilité, leur légitimité mais aussi sur la confiance qu'ils accordaient au médecin.

Un parallèle de ce constat a pu être fait avec une étude menée au Royaume-Uni (34). En effet, elle retrouvait trois types de perception des patients de l'explication médicale à leurs troubles somatiques : « Rejection », « Collusion », « Empowerment ». L'attitude de « rejection » ou de rejet, avec un déni des symptômes, entraînait une perte de confiance, une culpabilité et une inquiétude quant à la prise en charge de futurs symptômes. L'attitude de « collusion » ou d'accord, avec une acceptation de la part du médecin de l'explication apportée par le patient, entraînait un questionnement sur les compétences médicales du médecin et sur son « ouverture d'esprit ». Enfin, l'attitude d'« empowerment » ou d'autonomisation, avec une explication globale et déculpabilisante, légitimait le patient et renforçait l'alliance avec le médecin. Il a alors été mis en évidence l'importance du discours et le poids des mots du médecin.

Pour renforcer ce constat, il y a eu l'exemple d'une participante qui se souvenait de la recherche parallèle d'une étiologie physique et psychique. Ainsi, la participation psychique à sa plainte n'avait pas été vécue comme un diagnostic d'élimination et comme une négation de ses symptômes. Un ouvrage canadien sur la communication a d'ailleurs recommandé « d'émettre, dès la première entrevue, l'hypothèse de facteurs affectifs pouvant intervenir dans l'explication des malaises somatiques. » (35).

Dans l'enquête, plusieurs participants ont exprimé leur désarroi lorsque leur médecin leur avait dit qu' « il n'y avait rien ». Ceci participait à leur incompréhension et à la non-reconnaissance de leur plainte. Par ces mots, le médecin n'entendait pourtant pas toujours l'absence des symptômes mais plutôt l'absence d'une explication organique ou de gravité. Ce phénomène de confusion des langues a été décrit par Balint (36). Pour lui « il y a une dangereuse confusion des langues, chacun parlant un langage qui n'est pas compris et qui est apparemment incompréhensible pour l'autre. ». Ceci a également été rapporté dans de nombreux exemples lors d'une enquête sociologique réalisée dans des services de cancérologie, créant de véritables malentendus entre les médecins et les patients (33). En voici un extrait : « *Un médecin dit à son patient, atteint d'un œdème au cerveau et d'une tumeur au poumon : « Sur le plan œdème, ça n'a pas évolué. » Le patient répond : « Ah bon ? » Le médecin poursuit son examen des radiographies et déclare : « Non, les choses n'ont pas évolué. Maintenant il faut prévoir un traitement sur le poumon. » Le patient me confiera plus tard qu'il est consterné de voir que « ça n'évolue pas », alors que, de son côté, le médecin me dira qu'il est satisfait du traitement car les rayons ont fait leur effet sur l'œdème. Le médecin le comprend dans le sens de « elles n'ont pas empiré », et le patient dans le sens de « elles ne se sont pas améliorées ». »*

Ainsi, une réassurance, à travers une bonne communication de la part de leur médecin, a été décrit par plusieurs participants. Cet effet médecin a été appelé « remède médecin » par Balint (4). L'action thérapeutique de l'effet médecin était attribuée à l'empathie, la réassurance, l'attention portée au patient, l'écoute active, l'explication, l'encouragement, l'attitude chaleureuse entre autres (36). Une revue systématique de la littérature sur l'efficacité de l'effet médecin en soins primaires a été publiée en 2006 (37). Elle a décrit la combinaison de deux types d'intervention favorisant l'efficacité de l'effet médecin : « le soin cognitif » équivalent à la transmission du savoir par des explications, et le soin « émotionnel » c'est-à-dire le savoir-être et le savoir-faire, passant par des capacités relationnelles. Trois composants de l'effet médecin ont été distingués : rassurer, conseiller, expliquer. Rassurer permettait de diminuer l'incertitude et l'angoisse des patients, et par conséquent leurs demandes médicales. Elle

améliorait aussi leur observance. Conseiller visait à modifier des comportements en se basant sur les représentations des patients. Expliquer contribuait également à rassurer et à diminuer les angoisses des patients mais aussi à les aider à s'exprimer.

Concernant cette capacité à « bien » communiquer, les participants ont soulevé la question de la formation aux compétences relationnelles et communicationnelles des médecins. En 2010, la formation à la compétence « relation, communication, approche centrée patient » a été mise au centre des compétences transversales de la médecine générale. Ainsi, il a été mis en place des modules de formation à la communication pendant l'internat. Cependant, ces modules étaient parfois de quelques heures. Les internes de spécialités ne recevant pas cette formation, ceci pouvait participer à expliquer la différence ressentie par les patients. Les spécialistes étant par voie de conséquence, davantage organo-centrés, ils prenaient en charge parfois davantage une maladie ou un organe qu'une personne. Tous les médecins pouvaient décider de se former pendant leur carrière, mais les formations intéressaient souvent les personnes ayant déjà une appétence pour le sujet. Des différences pouvaient donc persister, inhérentes aux qualités humaines et relationnelles personnelles de chaque médecin, comme supposé par une participante.

Lors de plusieurs entretiens, la chercheuse a relevé que la prise en considération ressentie par le patient, via l'effet médecin, était renforcée par l'examen clinique. En effet, la communication joue un rôle majeur dans la relation médecin-patient mais le rôle du rapport au corps et au toucher reste non négligeable. Une thèse a étudié l'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en médecine générale (38). Il a été retrouvé que l'examen clinique faisait exister en tant que personne, marquait une attention, les patients se sentaient regardés, touchés, écoutés. Il pouvait également être un lieu pour se confier. Ceci a d'ailleurs été le cas lors d'une observation de terrain, décrite précédemment.

Dans une mesure différente, la prescription d'examen complémentaire pouvait aussi être un signe de prise en compte de la plainte. Mais sa normalité pouvait être à double tranchant, rassurante ou renforçant une inquiétude. Sa prescription pouvant également renforcer l'adoption du rôle de malade (3).

Ainsi, la façon dont le médecin s'est comporté, par son attitude, ses mots et ses gestes, pouvait-elle suffire à expliquer le vécu des patients ? Au cours de l'enquête, la chercheuse a identifié différents profils de patient. Les patients n'ont-ils pas eu leur rôle à jouer dans leur propre vécu ?

b. Une position du patient à prendre en compte

La chercheuse a identifié deux positions de patients différentes par rapport à leur plainte. Une position qu'elle considérait comme active et une autre plus passive. Ce même constat avait été fait au cours d'une thèse questionnant les ressentis et les attentes des patients de l'exploration des facteurs psycho-sociaux associés aux motifs récurrents (39).

Cette position du patient a été décrite par le psychothérapeute Philippe Aïm. Pour lui, le patient « peut entrer en relation de trois façons différentes : en position de client, de plaignant ou de touriste. » [...] « il ne s'agit pas d'un état figé mais d'un processus qui évolue au fur et à mesure de la relation » (40). Le patient en position de touriste, n'avait pas de demande, simplement une présence, il pouvait être là à la demande d'autrui. L'objectif pour le médecin était alors de créer la plainte. Le patient prenait alors une position de plaignant. Il était en attente de reconnaissance de sa plainte. A ce stade, le médecin devait opter pour une démarche d'écoute, d'acceptation et de validation de la plainte. Cette attitude permettant au patient d'accepter sa propre plainte. Face à une proposition de changement de la part du médecin, le patient ne se sentirait alors pas entendu. P Aïm a ajouté que « le tout donc n'est pas de l'entendre [le patient], mais de lui faire entendre que vous l'entendez ! ». Une fois entendu, le patient acceptait sa souffrance, il pouvait donc avoir une demande. Il arrivait à la position de client, prêt pour un changement. Pour le médecin, identifier la position du patient permettait de modifier la façon de s'adresser à lui.

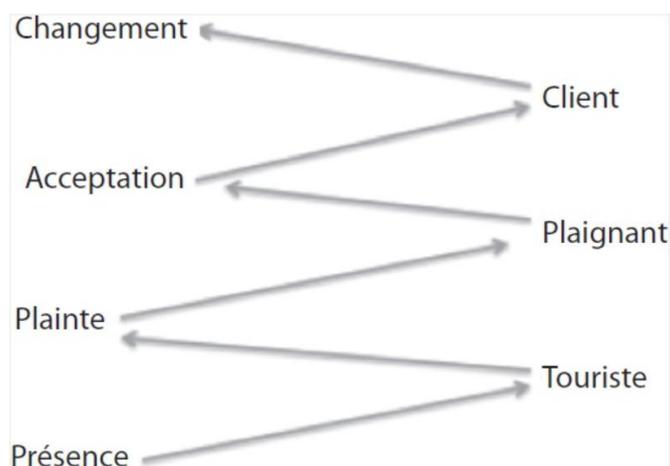


Figure 2 : Schéma explicatif de la position du patient dans sa relation au médecin

Beaucoup de participants ont exprimé leur besoin de reconnaissance, par leur entourage mais aussi et surtout par leur médecin. On a donc compris qu'une absence d'acceptation de la plainte

par le médecin a participé à la propre non-acceptation du patient. Et a ainsi bloqué de possibles changements et actions de la part du patient.

De plus, il a été retrouvé dans la littérature de la psychologie de la santé, le concept du coping (41). Il « désigne un mécanisme d'ajustement défini essentiellement comme une manière de gérer les perturbations occasionnées par les situations et événements stressants, ainsi que par ce qu'impose aux personnes la maladie, en développant des moyens cognitifs et émotionnels susceptibles de contrôler ou diminuer les effets négatifs des situations auxquelles l'individu est confronté. ». Le coping est un terme anglo-saxon traduit par « faire face à ». Il a été déterminé par des facteurs sociobiographies, contextuels, cognitifs et personnels. Le coping pouvait être actif c'est-à-dire caractérisé par des efforts pour changer la situation et résoudre le problème. Un coping passif recherchait davantage à atténuer et supporter l'état émotionnel (par un déni, un évitement, une distraction ou une dramatisation). Ceci expliquait que plusieurs personnes n'avaient pas la même adaptation face à un même « stress » et qu'une personne n'avait pas la même adaptation face à différents « stress ».

Ainsi les participants perçus comme « actifs » par la chercheuse mettaient des stratégies en place pour s'adapter et reprendre le contrôle sur leur plainte. Ils avaient en partie accepté leur situation. Les participants perçus comme « passifs », étaient quant à eux, dans l'attente d'une solution extérieure, non prêts au changement.

Il a donc été analysé le rôle de chaque protagoniste dans le vécu de la plainte somatique et dans la relation médecin-patient. Cependant, l'abord du domaine psycho-social, et notamment de la souffrance psychique, restait en lui-même une difficulté.

3. Un abord des facteurs psycho-sociaux lourd de sens

Plusieurs participants ont soulevé un problème de tabou autour de la santé mentale, et une image négative de la souffrance psychique. Cependant, certains notaient que le sujet était davantage évoqué depuis plusieurs années. A la fois par les médecins, à travers le burn-out par exemple, mais aussi par les médias, notamment suite à la crise sanitaire. En effet, une campagne de santé publique récente a été diffusée par France Info intitulée *Le tabou de la santé mentale*. Il y est retrouvé des reportages et témoignages, notamment de personnalités connues (42). Ceci a peut-être permis aux patients de libérer leur parole, de se sentir moins seuls et surtout d'être désindividualisés.

Pour les médecins, il allait de sens qu'un patient n'était pas le seul à avoir du mal à vivre un moment difficile. Il n'avait donc pas toujours pris la peine de l'exprimer au patient. Pourtant cela a été noté comme un élément crucial par une participante puis confirmé lors d'une observation par la chercheuse.

Même s'il était principalement question d'anxiété ou de dépression, les représentations des patients autour de la santé mentale restaient connotées à la « folie ». Dans plusieurs entretiens, les mots « fou », « tarée », « tabayo » sont ressortis. Une étude sur les représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en France, mettait en évidence le caractère irréel du fou, ne pouvant répondre à la psychologie humaine (43). Cette étude notait également l'idée qu'une certaine catégorie de personnes pouvait être atteinte de dépression. Ceci avait également été émis par certains participants de l'enquête. De plus l'étude retrouvait, comme énoncé dans l'enquête, une représentation du dépressif comme quelqu'un qui pleure, triste, qui voit la vie en noir et a perdu le goût de vivre (43). Une autre étude a d'ailleurs montré que des croyances populaires stigmatisantes sur la dépression pouvaient être une barrière au diagnostic et au traitement de la dépression (44).

Ainsi, des sentiments de honte et de culpabilité ont pu être exprimés à l'évocation d'une souffrance psychique, d'autant plus associée à une plainte somatique. Une difficulté à verbaliser cette souffrance a également été énoncée au cours de l'enquête, retrouvée dans un travail de thèse autour du non-dit (45). Certains participants avaient peur de déranger le médecin, de lui faire perdre du temps, alors qu'ils ressentaient un soulagement après en avoir parlé. Ceci était cohérent avec les résultats d'une thèse concernant l'évocation des événements de vie (46).

Même si pour certains participants, le médecin généraliste n'était pas aussi qualifié qu'un psychologue ou qu'un psychiatre, c'est lui qui restait le premier recours en cas de souffrance psychique. Ils attendaient une absence de jugement, une écoute, un soutien, comme les participants d'un travail de thèse sur les attentes des patients de leur médecin généraliste concernant leur santé psychologique (47). Ce travail retrouvait également le manque d'exploration de la santé psychologique de la part des médecins (47). Une revue narrative de la littérature a montré que le médecin exprimait un manque de temps, de connaissance mais aussi la difficulté d'être mis face à ses propres souffrances et peurs (19). Les mêmes conclusions ont pu être faites par une enquête sociologique autour de la prise en charge de la souffrance psychique par les médecins généralistes (16).

Dans le contexte de la plainte somatique, des participants de l'enquête ont également relevé un manque d'exploration de la sphère psychique. Ce constat avait été fait par une chercheuse dans

un contexte de motifs répétés (39). En réponse à cela, des médecins interrogés sur leur prise en charge des plaintes floues, ont exprimé les mêmes difficultés à explorer la sphère psychique qu'en l'absence de plainte somatique (48).

Quand les facteurs psycho-sociaux étaient abordés en consultation, parfois même spontanément par le patient, il existait une certaine ambivalence dans le lien avec la plainte somatique. Ceci a également été mis en évidence dans une étude des liens entre troubles neurologiques fonctionnels et événements traumatiques (49). Les participants craignaient une stigmatisation avec une absence de recherche d'une cause organique devant un nouveau problème de santé, et éprouvaient une peur d'être marginalisés et « abandonnés ». Ces mêmes constats ont été retrouvés dans différents écrits (49,50).

L'évocation d'un diagnostic de facilité par plusieurs participants, a également été retrouvé dans l'étude des liens entre les troubles neurologiques fonctionnels et les événements de vie. L'auteur a supposé que les patients attribuaient cette réponse « à l'impuissance des médecins face à leur tableau clinique », projetant ainsi « leur propre vécu d'impuissance sur le médecin. » (49).

Cette notion d'impuissance du médecin supposée par les participants, a été confirmée par différents travaux. Une méta-synthèse d'études qualitatives, portant sur la perception et la gestion des syndromes médicalement inexplicables par les médecins généralistes dans différents pays, a retrouvé l'expression d'un sentiment d'échec, de frustration, d'impuissance mais aussi d'incertitude diagnostique (51). Ces sentiments étaient notamment expliqués par l'absence de repère par rapport aux maladies « idéales » enseignées, par les idéaux médicaux de guérir ainsi que par la souffrance exprimée des patients. La gestion de cet inconfort du médecin pouvait passer par des prescriptions médicamenteuses (48). Dans l'enquête, certains participants ont d'ailleurs parlé de « solution de facilité » de la part des médecins.

4. La prescription médicamenteuse : vers une médicalisation des problèmes psycho-sociaux ?

La prescription médicamenteuse permettait alors de donner une réponse au patient. Mais l'attente des patients était, certes d'avoir une solution, mais pas nécessairement médicamenteuse. Il a été admis que, d'une façon générale, les médecins surestimaient l'attente d'une prescription médicamenteuse de la part des patients et donc la sensation d'une « pression » autour de la prescription (52,53). Ce constat a également été retrouvé plus spécifiquement concernant les plaintes somatiques (54).

Les médecins français étant qualifiés de « gros prescripteurs » par rapport à leurs voisins européens, des études sociologiques ont tenté d'éclaircir ce constat. Il a été mis en évidence le rôle du système de soin de ville avec un paiement à l'acte direct au médecin, lui induisant un besoin de justification de son travail. De plus, les médecins français étaient majoritairement dans une logique de « réparation instantanée », utilisant le médicament comme principal outil pour répondre à la plainte du patient. Ils y voyaient également une façon de valider leur légitimité professionnelle (15). D'après certains médecins, la prescription pouvait aussi légitimer une plainte et ainsi faire comprendre au patient qu'il avait été entendu. Ces « médicaments compassion » permettaient également de pallier à des détresses et solitudes sociales devant un manque de connaissance des problèmes psycho-sociaux ou un manque de désir d'investissement dans la relation médecin-patient (55). Le risque étant une médicalisation des problèmes psychosociaux. La médicalisation, est selon P. Conrad, un processus de labellisation et de construction sociale d'un problème non médical en maladie. Elle émane du patient mais aussi du médecin (56) .

Cependant, la prescription d'un médicament a parfois pu avoir un rôle pour légitimer une plainte. Ceci a été nettement perçu chez une participante. Cette même participante a évoqué le possible effet placebo du médicament. P Cathébras a évoqué ce sujet dans son ouvrage *Troubles fonctionnels et somatisation* (3). Il a considéré que les traitements symptomatiques pouvaient avoir leur importance dans la prise en charge des troubles fonctionnels. La plupart des traitements pouvant être assimilés à des placebos dits « impurs ». Le médecin devait reconnaître l'effet placebo du médicament, participant à l'efficacité thérapeutique. Et ainsi, devait savoir l'utiliser pour le bénéfice du patient.

Les participants ont globalement exprimé une méfiance des médicaments. Celle-ci était d'autant plus forte concernant les traitements antidépresseurs. Il est ressorti des peurs de dépendance, de ne plus se reconnaître. Ces craintes étaient parfois secondaires à une méconnaissance, les patients ne recevant pas toujours d'explication des traitements et de leurs effets secondaires (57). Ce constat a été marquant avec une participante. Elle a décrit une aggravation de ses symptômes dépressifs les quinze premiers jours de la prise d'un traitement, suite à quoi elle a décidé de tout mettre à la poubelle. Peut-être ne lui avait-on pas expliqué cet effet attendu avant une amélioration progressive, secondaire à l'efficacité du médicament.

Le souhait de sortir de la médication et de trouver d'autres solutions non proposées par leur médecin, ont d'ailleurs amené de nombreux participants à aller vers la médecine alternative.

5. La médecine alternative : une bonne réponse aux plaintes somatiques ?

Le recours à la médecine alternative a souvent été évoqué par les participants. Cependant, la plupart le cachait à leur médecin généraliste. En effet, en France, 40 à 60% des patients ont eu recours aux techniques de médecines alternatives ou complémentaires et 75% d'entre eux n'ont pas osé en parler à leur médecin (58). Les participants avaient peur du jugement de leur médecin, et de leur réaction. Pour eux, leur médecin avait une image négative des médecines alternatives. Il a été retrouvé dans plusieurs travaux de thèse que les médecins généralistes avaient surtout des réticences scientifiques et accordaient un effet placebo à ces pratiques. Ils mettaient en garde devant la pluralité des méthodes proposées mais reconnaissaient leur manque de connaissances sur le sujet (59,60).

En 2013, l'OMS avait rappelé les risques associés aux médecines alternatives et complémentaires :

- utilisation de produits de qualité médiocre, falsifiés ou contrefaits ;
- praticiens non qualifiés ;
- erreur de diagnostic, diagnostic tardif ou non-utilisation de traitements conventionnels efficaces ;
- exposition à une information trompeuse ou non fiable ;
- événements directs négatifs, effets secondaires ou interactions thérapeutiques indésirables.

Pourtant, dans l'enquête, les participants avaient une image inoffensive de la médecine alternative, celle-ci contrastant d'ailleurs avec la représentation souvent « néfaste » du médicament. Ceci a été retrouvé dans une thèse concernant les représentations du médicament et des médecines alternatives dans une population de Loire-Atlantique et de Vendée (61). Les résultats concernant l'image de la médecine alternative comme prenant soin et préventive, par une prise en charge globale, étaient également cohérents avec l'enquête.

En France, la médecine conventionnelle a considérablement fait avancer la prise en charge de maladies aiguës avec une modernisation des soins curatifs. La maladie chronique et le vieillissement sont plutôt envisagés au plan secondaire (58).

Comparée à d'autres pays, notamment anglo-saxons, la France connaît un net retard concernant la médecine non-conventionnelle. Aux États-Unis et au Canada, par exemple, mais aussi en Suisse, la médecine dite « intégrative » occupe une place importante et son efficacité a été reconnue. Cette médecine a été définie par A Weil et R Snyderman comme « la combinaison

du meilleur de la médecine classique et des thérapies complémentaires pour lesquelles nous disposons de preuves scientifiques et de garanties relatives sur leur sécurité » (58). Dans cette démarche de prise en charge globale, centrée autour du patient, la prévention mais aussi la chronicisation et le vieillissement ont été mis en avant. Le décloisonnement de la médecine classique a ainsi permis une évolution du système de soins, répondant à l'évolution sociétale.

D. Perspectives

Les perspectives pour la pratique pourraient être les suivantes :

- Aborder systématiquement le contexte psycho-social du patient devant toutes plaintes somatiques, en parallèle d'une recherche étiologique organique. Cela permettrait de ne pas dichotomiser le corps et l'esprit et ainsi de ne pas donner l'impression d'un diagnostic « de facilité ».
- Repérer la position du patient par rapport à sa propre plainte pour adapter son discours : accepter la plainte du patient et lui faire comprendre qu'il a été entendu pour l'aider à accepter sa propre plainte ; puis aider le patient à initier un changement. Et ainsi respecter la temporalité de chaque patient.
- Essayer de diminuer les prescriptions médicamenteuses dites de « compassion », et accepter la possible absence de « guérison », vécue comme un échec.
- Désindividualiser les patients présentant des difficultés psychologiques. Ne pas hésiter à leur dire qu'ils ne sont pas tout seuls, que d'autres personnes vivent la même chose. Les aider à comprendre les conditions extérieures qui les ont précipités dans leur souffrance pour ainsi les déculpabiliser et les différencier du problème. Ceci participant à la démedicalisation des problèmes psychologiques et à la reprise d'autonomie des patients (40).

Concernant l'organisation de soins :

- Les médecins pourraient être davantage sensibilisés aux médecines non-conventionnelles et favoriser l'échange avec le patient pour que ce dernier ne lui cache plus ses pratiques. Un travail pourrait alors être conjoint, tout en prévenant les possibles risques associés à la médecine alternative.
- Le système de soin français pourrait aller vers une médecine intégrative, à l'image d'autres pays européens et nord-américains.

A propos de la formation :

- Une formation aux sciences psychologiques et aux sciences sociales pendant les études de médecine pourrait permettre une amélioration de la prise en charge des maux à la frontière médico-psycho-sociale.
- Un renforcement de la formation à la communication et à la relation médecin-patient avec l'apprentissage de techniques d'écoute et de langage pourrait être utile pendant l'internat de médecine générale.

Et enfin, pour la recherche :

- Il pourrait être intéressant d'élargir l'enquête en interrogeant des hommes et des personnes appartenant à la catégorie socio-professionnelle « cadres et professions intellectuelles supérieures ».

Bibliographie

1. Evans A. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. 2004;
2. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform Disorders and Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int.* avr 2015;112(16):279-87.
3. Cathébras P. Troubles fonctionnels et somatisation: comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués. Elsevier Masson; 2006.
4. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. Paris; 1973. (Science de l'Homme).
5. Dahli MP, Šaltytė-Benth J, Haavet OR, Ruud T, Brekke M. Somatic symptoms and associations with common psychological diagnoses: a retrospective cohort study from Norwegian urban general practice. *Fam Pract.* 1 déc 2021;38(6):766-72.
6. Cathébras P. Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder ces patients en tentant d'identifier les symptômes médicalement inexpliqués.
7. Guelfi JD, Rouillon F, Mallet L. Manuel de psychiatrie. Elsevier Health Sciences; 2021. 1051 p.
8. Pitron V, Ranque B, Vulser H, Rotgé JY, Limosin F, Lemogne C. Troubles somatiques fonctionnels : un modèle cognitif pour mieux les comprendre. *Rev Médecine Interne.* 1 juill 2019;40(7):466-73.
9. Bournot MC, Malloggi L, David S, Tallec A, ORS Pays de la Loire. Troubles de la santé mentale dans les pays de la Loire. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. 2020 févr.
10. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>
11. La santé mentale au temps de la COVID-19 : en parler, c'est déjà se soigner [Internet]. [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/la-sante-mentale-au-temps-de-la-covid-19-en-parler-c-est-deja-se-soigner>
12. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. *WONCA EUROPE 2002.* 2002;52.
13. Alain Moreau, Emilie Ferrat, Corinne Perdrix, Isabelle Aubin-Auger. L'approche centrée sur le patient : histoire d'un concept. *Revue narrative de la littérature.* 2021;
14. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999). *J Psychol.* 2008;260(7):52-5.

15. Bloy G, Schweyer FX, éditeurs. *Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010. 423 p. (Métiers santé social).
16. Haxaire C, Genest P, Bail P. *Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique* [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.budistant.univ-nantes.fr/singuliers-generalistes--9782810900213-page-133.htm>
17. Diguët A. *Plaintes floues récurrentes : perceptions, attitudes et ressentis de médecins généralistes* [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2011.
18. Carras E, sous la direction de Chabannes Jean-Paul. *Place du médecin généraliste devant des troubles psychiques à expression somatique : étude prospective à partir de trois cas cliniques*. [Thèse d'exercice]. [Grenoble]; 2010.
19. Filliole M. *Rôle du médecin généraliste face à un patient en souffrance ordinaire : une revue narrative de la littérature*. [Clermont-Ferrand]; 2018.
20. Feur C, Mansouri S. *Les réponses des médecins généralistes aux souffrances psychosociales ordinaires des patients: étude qualitative par entretiens individuels*. 2020;
21. Martineau A, sous direction de BBranchomme Emmanuel. *Etude des troubles fonctionnels en médecine générale dans les situations de plaintes inexpliquées : observations et analyse à partir d'un cas clinique auprès de 65 médecins généralistes en Vendée*. [Thèse d'exercice]. [Nantes]; 2014.
22. Sarradon-Eck A, Dias M, Pouchain R. Ces patients « particuliers ». Comment les jeunes médecins (dé)médicalisent les symptômes médicalement inexpliqués ? *Sci Soc Santé*. 2020;38(1):5-30.
23. Jean-Pierre L. *Initiation à la recherche qualitative en santé : Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. Mayenne: Global media santé; 2021. 1 vol. (192 p.).
24. Combessie JC. *La méthode en sociologie. La découverte*. 2007. 128 p. (Repères).
25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. *Introduction à la recherche qualitative*. *Exercer*. 2009;19(84).
26. Fiche pratique : à quoi sert un journal de terrain? [Internet]. Anne Revillard. 2014 [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://annerevillard.wordpress.com/observation-directe-et-enquete-de-terrain/fiche-pratique-a-quoi-sert-un-journal-de-terrain/>
27. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. *Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 1ère partie*. *Exercer*. 2009;20(87).
28. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. *Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 2ème partie*. *Exercer*. 2009;20(88).
29. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0160 du 13/07/2018 [Internet]. [cité 5 avr 2023]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=kPQnOGkRZTtFYqPWxCvy4Vf6BRGY1WP046upVA-DgNE=>

30. Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, Lunt M, Macfarlane GJ. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *Int J Epidemiol*. 1 avr 2006;35(2):468-76.
31. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res*. 1 juill 2001;51(1):361-7.
32. Boltanski L. Les usages sociaux du corps. *Ann Hist Sci Soc*. févr 1971;26(1):205-33.
33. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2006. 168 p. (Ethnologies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-relation-medecins-malades-information-et-menson--9782130558286.htm>
34. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ*. 6 févr 1999;318(7180):372-6.
35. La communication professionnelle en santé. Montréal, Toronto, Paris [etc.]: Pearson; 2016. 1 vol. (XLII-828 p.) un erratum.
36. Olivier K. Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud, [Issy-les-Moulineaux]: Global Média Santé; 2015. 1 vol. (207 p.). (Le Plaisir de comprendre).
37. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. *Presse Médicale*. 1 juin 2006;35(6, Part 1):967-73.
38. Bancon-Gaschignard S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale: analyse du vécu des patients à partir de 37 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Lyon ; 1971-....., France]: Université Claude Bernard; 2008.
39. France Z. Motifs récurrents de consultation en médecine générale: ressentis et attentes des patients lorsque le médecin explore les facteurs psycho-sociaux associés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2016.
40. Aïm P. Écouter, parler : soigner : guide de communication et de psychothérapie à l'usage des soignants. Paris: Estem; 2015. 1 vol. (XV-255 p.). (Sciences du soin).
41. Fischer GN, Tarquinio C, Dodeler V. Chapitre 4. Adaptation et coping. In: Les bases de la psychologie de la santé [Internet]. Paris: Dunod; 2020 [cité 1 mai 2023]. p. 103-41. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-bases-de-la-psychologie-de-la-sante--9782100793204-p-103.htm>
42. Le tabou de la santé mentale - Actualité, infos et vidéos en direct [Internet]. Franceinfo. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.francetvinfo.fr/sante/psycho-bien-etre/sante-mentale/>

43. Roelandt JL, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*. janv 2010;36(3):7-13.
44. Goldberg DP, Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res*. 1988;32(2):137-44.
45. Vignon E, Dannaoui J. Le non-dit du patient en consultation de médecine générale: une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 15 patients [Internet]. Lyon ; 1971-....., France; 2016 [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m64b2zpq>
46. Girlando Gourgand E. Les événements de vie: y a-t-il des bénéfiques à les aborder en consultation de médecine générale ? [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 2004.
47. Tété K. Attentes des patients envers leur médecin généraliste, concernant leur santé psychologique : une étude qualitative par entretiens individuels, en Auvergne. Clermont-Ferrand; 2020.
48. Diguët A, sous la direction de Senand Remy. Plaintes floues récurrentes : perceptions, attitudes et ressentis de médecins généralistes. Nantes; 2011.
49. Misdrahi S, Louët E, Eymard B, Gargiulo M, De Luca M. Liens entre troubles neurologiques fonctionnels et évènement traumatique : enjeux dans la relation médecin-malade. *L'Évolution Psychiatr*. 1 mars 2021;86(1):89-105.
50. Looper KJ, Kirmayer LJ. Perceived stigma in functional somatic syndromes and comparable medical conditions. *J Psychosom Res*. 1 oct 2004;57(4):373-8.
51. Johansen ML, Risor MB. What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. 1 avr 2017;100(4):647-54.
52. VEGA A. Médecins et médicaments : Un regard sociologique. *Médecins Médicam Un Regard Sociol*. 2009;5(3):133-6.
53. Charra E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale: étude qualitative à partir de 4 focus group [Thèse d'exercice]. [Lyon ; 1971-....., France]: Université Claude Bernard; 2012.
54. Nunes J, Ventura T, Encarnação R, Pinto PR, Santos I. What do patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS) think? A qualitative study. *Ment Health Fam Med*. juin 2013;10(2):67-79.
55. Vega A. Positivisme et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. *Sci Soc Santé*. 2012;30(3):71-102.
56. Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annu Rev Sociol*. 1992;18(1):209-32.
57. Galland D, Taillefer B. Informations données par le praticien primo-prescripteur d'un traitement antidépresseur à son patient : étude comparative entre les médecins généralistes et les psychiatres sur un secteur de psychiatrie adulte. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 juill 2017;175(6):546-50.

58. Boissinot E. Place des médecines complémentaires et alternatives. Sommes-nous prêts à accepter le concept de médecine intégrative en France ? *Hegel*. 2020;2(2):143-51.
59. Flandrin Mouallem A. Perception des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) par les médecins généralistes par la méthode du Focus Group [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2013.
60. Bassel A. Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes. Paris-Nord; 2012.
61. Penard C, Maindru T. Représentations du médicament et des médecines alternatives et complémentaires dans une population de Loire-Atlantique et de Vendée: analyse secondaire d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés couplés à des journaux de santé [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2018.

Annexes

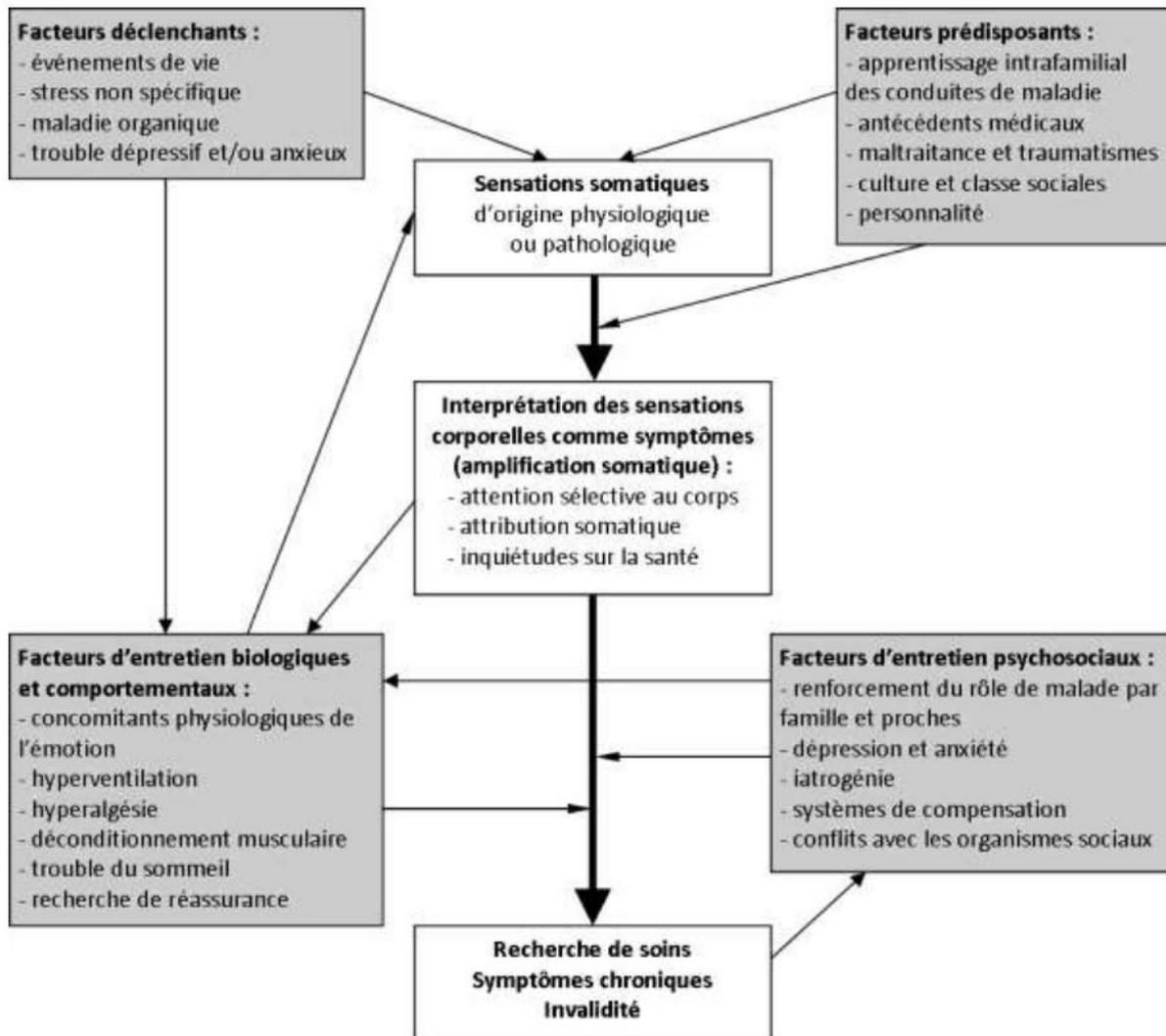
Annexe 1 : Modèle étiologique de la somatisation et des symptômes fonctionnels, *Troubles fonctionnels et somatisation*, Pascal Cathébras.

Annexe 2 : Note informative affichée en salle d'attente de cabinets médicaux.

Annexe 3 : Guide d'entretien.

Annexe 1 : Modèle étiologique de la somatisation et des symptômes fonctionnels

Troubles fonctionnels et somatisation, Pascal Cathébras.



Bonjour, je m'appelle Valentine, je suis étudiante en médecine et je vous propose de m'aider à réaliser mon **travail de thèse** en y participant.

Si vous êtes déjà venu consulter votre médecin pour des **symptômes que vous ne compreniez pas très bien** (fatigue, maux de tête, maux de ventre, douleur de dos, vertiges, gêne dans la poitrine, problème de sommeil,... ou autres) **ET** que votre médecin n'a **pas** trouvé **d'explication organique/physique,**

vos témoignage m'intéresse !

Si vous acceptez de m'en faire part, merci de laisser votre **nom, prénom et n° de téléphone dans la boîte** prévue à cet effet, vous pouvez aussi m'envoyer un mail à **these.valentine@yahoo.com**, je vous contacterai prochainement.

Toutes les données seront **anonymisées** au cours de mon travail.

MERCI d'avoir pris le temps de lire ceci.

MERCI de votre confiance, je vous rappelle que je suis liée au **secret professionnel.**

Je vous souhaite une bonne journée.

Valentine

Annexe 3 : Guide d'entretien.

Guide d'entretien, 1^{ère} version

Pouvez-vous donc me raconter cette consultation avec votre médecin généraliste où vous aviez une plainte physique qui n'a pas pu vous être expliquée par un problème organique ?

Avez-vous déjà eu d'autres consultations de ce genre ? Avec quels médecins ?

Thème :

- **Exploration du psycho-social :**

Votre médecin généraliste vous a-t-il interrogé sur votre état psychologique/émotionnel lorsque de cette consultation ?

Si oui, comment l'avez-vous vécu ? Est-ce que vous vous y attendiez ?

- **Lien entre souffrance physique et psychique**

Selon vous, dans quelles mesures peut-il y avoir un lien entre une plainte physique et le fait de ne pas aller bien psychologiquement ?

- **Rôle du médecin généraliste/ Rapport au médecin généraliste**

Pour vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le domaine psycho-social ? Lui parlez-vous spontanément de vos difficultés / état psychologique/ état émotionnel/ évènement de vie ? ou attendez-vous qu'il vous pose la question ?

Quels seraient les freins à lui en parler ? Pensez-vous que son âge, son sexe, la durée de suivi de votre médecin généraliste peuvent influencer ?

- **Attentes prise en charge : traitements, examens complémentaires, (médecine alternative)**

Attendiez-vous à la fin de la consultation à une prescription d'examens complémentaires ou de traitement ?

Guide d'entretien, 2^{ème} version

Pouvez-vous donc me raconter cette consultation avec votre médecin généraliste où vous aviez une plainte physique qui n'a pas pu vous être expliquée par un problème organique ?

Avez-vous déjà eu d'autres consultations de ce genre ? Avec quels médecins ?

Thèmes :

- **Exploration du psycho-social**

Votre médecin généraliste vous a-t-il interrogé sur votre état psychologique/émotionnel lorsque de cette consultation ?

Si oui, comment l'avez-vous vécu/quel a été votre ressenti ? Est-ce que vous vous y attendiez ?

- **Lien entre souffrance physique et psychique**

Selon vous, dans quelles mesures peut-il y avoir un lien entre une plainte physique et le fait de ne pas aller bien psychologiquement ? Dans quelles mesures des difficultés psychologiques peuvent entraîner des souffrances physiques ?

- **Rôle du médecin généraliste / Rapport au médecin généraliste**

Pour vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le domaine psycho-social ?

Lui parlez-vous spontanément de vos difficultés / état psychologique/souffrance psychique/ état émotionnel/ évènement de vie ? ou attendez-vous qu'il vous pose la question ?

Quels seraient les freins à lui en parler ? Pensez-vous que son âge, son sexe, la durée de suivi de votre médecin généraliste peuvent influencer ?

A qui parleriez-vous de vos difficultés psychologiques ?

- **Représentation des problèmes psychologiques**

Quelle image avez-vous des difficultés psychologiques / pathologies psychiatriques ?

- **Attentes prise en charge : traitements, examens complémentaires, (médecine alternative)**

Attendiez-vous à la fin de la consultation à une prescription d'examens complémentaires ou de traitement ?

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Cédric RAT

Vu, les Directrices de Thèse,
Madame Sylvie MOREL

*Madame la Docteure Rosalie
ROUSSEAU*

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : AUJAY

PRENOM : Valentine

Titre de Thèse : Exploration des facteurs psychosociaux associés à une plainte somatique : attentes et vécu des patients en consultation de médecine générale

RESUME

Introduction : La plainte somatique est un motif fréquent de consultation en médecine générale. L'objectif de cette étude était de recueillir et de comprendre les attentes et le vécu des patients de l'exploration des facteurs psychosociaux associés à leur plainte somatique.

Méthode : Recherche qualitative par entretiens semi-directifs, réalisée auprès de dix patients recrutés sur la base du volontariat dans des cabinets de médecine générale. Analyse inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats : Les participants ont décrit deux attitudes des médecins concernant la prise en charge de leur plainte somatique : l'une dualiste corps/esprit, l'autre plus holistique. Il a également été identifié deux positions de patients dans leur rapport à la santé : l'une active, l'autre passive. L'abord des facteurs psychosociaux et l'évocation de leur participation à la plainte ont pu être interprétés comme une facilité par les participants, sous-tendu par des représentations négatives de la santé mentale et de la souffrance psychique. Cependant, les participants étaient pour une prise en charge globale et ainsi favorables à accepter le lien corps/esprit. La prescription médicamenteuse a pu être interprétée comme l'expression d'une certaine impuissance du médecin face à la plainte. L'impression d'avoir été écoutés mais non entendus, et l'absence de solution efficace proposée par la médecine classique, pouvaient orienter les patients vers la médecine alternative.

Discussion : L'attitude du médecin, par ses mots, ses gestes, ses prescriptions, affecte le vécu de la plainte des patients. Pour autant, les patients ont un rôle à jouer dans leur propre vécu. Ainsi, la relation médecin-patient est déterminante, notamment pour aborder la sphère psycho-sociale parfois délicate. Le recours non justifié médicalement à la prescription soulève le risque de médicalisation des problèmes sociaux. La médecine alternative peut proposer des solutions mais présente aussi des risques. L'évolution vers une médecine intégrative, par sa vision globale, permettrait une meilleure prise en charge de ces plaintes somatiques.

MOTS-CLES

plainte somatique - trouble fonctionnel – facteurs psychosociaux - relation médecin-patient - médecine générale