Exploration des méthodes utilisées par les médecins généralistes lorrains pour motiver leurs patients à modifier leurs comportements

Anaëlle Laurent

▶ **To cite this version:**

Anaëlle Laurent. Exploration des méthodes utilisées par les médecins généralistes lorrains pour motiver leurs patients à modifier leurs comportements. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01731966

HAL Id: hal-01731966
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731966

Submitted on 14 Mar 2018

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
2014

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Anaëlle LAURENT

le 14 avril 2014

EXPLORATION DES METHODES UTILISEES PAR LES MEDECINS GENERALISTES LORRAINS POUR MOTIVER LEURS PATIENTS A MODIFIER LEURS COMPORTEMENTS

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Marc KLEIN	Président du jury
M. le Professeur François PAILLE	Juge
M. le Professeur Didier QUILLIOT	Juge
M. le Docteur Jean-Marie BIEVELEZ	Juge et Directeur

UNIVERSITE DE LORRAINE FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
2014

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Anaëlle LAURENT

Le 14 avril 2014

EXPLORATION DES METHODES UTILISEES PAR LES MEDECINS GENERALISTES LORRAINS POUR MOTIVER LEURS PATIENTS A MODIFIER LEURS COMPORTEMENTS

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Marc KLEIN	Président du jury
M. le Professeur François PAILLE	Juge
M. le Professeur Didier QUILLIOT	Juge
M. le Docteur Jean-Marie BIEVELEZ	Juge et Directeur

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :

- 1er Cycle et délégué FMN Paces :	**Docteur Mathias POUSSEL**
- 2ème Cycle :	**Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER**
- 3ème Cycle : • « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
• « *DES Spécialité Médecine Générale* »	**Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO**
• « Gestion DU – DIU »	**Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE**
- Plan campus :	**Professeur Bruno LEHEUP**
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	**Professeur Laurent BRESLER**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Relations Internationales :	**Professeur Jacques HUBERT**
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	**Docteur Christophe NEMOS**
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	**Docteur Stéphane ZUILY**
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	**Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT**
- Réingénierie professions paramédicales :	**Mme la Professeure Annick BARBAUD**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médecine)***
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
3ème sous-section : ***(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)***
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteure Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A notre Maître et Président de jury

Monsieur le Professeur Marc KLEIN

Professeur d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques.

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de cette thèse.
Nous vous sommes profondément reconnaissants pour la disponibilité dont vous avez fait preuve.
Veuillez trouver en ces mots l'expression de nos sincères remerciements.

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de thérapeutique.

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie des membres du jury.
Veuillez accepter l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Didier QUILLIOT

Professeur de nutrition.

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.
Veuillez accepter l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Juge et Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jean-Marie BIEVELEZ

Docteur en médecine générale.

Vous nous faites l'honneur d'avoir dirigé ce travail.
Nous vous remercions pour avoir été à l'origine de ce projet, pour votre enthousiasme et votre disponibilité.
Veuillez accepter l'expression de notre haute considération.

Aux médecins généralistes interviewés

Sans vous ce travail n'existerait pas.
Pour la disponibilité dont vous avez fait preuve, pour votre accueil et votre participation, nous vous sommes profondément reconnaissants.

A ma famille

Mes parents

Pour votre soutien moral et financier pendant ces dix longues dernières années.

Ma sœur, Caroline

Pour tes conseils, pour les 131 commentaires concernant ce travail que tu as écrits en une seule soirée, pour ta relecture.

Ma tante et mon nouvel oncle

Pour les apéros détente du samedi soir.

B.

Pour ta présence et ta bonne humeur.

A Simon

Simon

Pour ton soutien moral durant ces longs mois, pour ta patience et ton aide.

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Liste des abréviations :

AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel

CES : Certificat d'Etudes Spéciales

CES : Collège des Economistes de la Santé

DIU : Diplôme InterUniversitaire

DU : Diplôme Universitaire

DGS : Direction Générale de la Santé

EAL : Exploration des Anomalies Lipidiques

EBM : Evidence-Based Medicine

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

IReSP : Institut de Recherche en Santé Publique

LDL : Low Density Lipoprotein

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de FOrmation Médicale et d'Evaluation Continue

USER : Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

Table des matières :

I. Introduction : 17
A. Le changement : 18
B. Les méthodes employées : 20
1. L'alliance thérapeutique : 21
a) Le rapport collaboratif : 21
b) La méthode des "4R" : 22
2. La décision médicale partagée : 25
3. L'entretien motivationnel : 26
a) Deux notions importantes : l'ambivalence et la balance décisionnelle : 26
b) "L'esprit" de l'entretien motivationnel : 27
c) Les quatre principes de base de l'entretien motivationnel : 27
d) L'entretien motivationnel en pratique : 28
e) La règle des "4 E " : 30
4. Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) : 32

II. Matériel et méthodes : 34
A. Choix de la méthode : 34
1. Pourquoi la recherche qualitative ? 34
2. Le choix de l'entretien semi-directif : 34
B. Description de la méthode : 36
1. Population étudiée : 36
2. Préparation des entretiens : 36
3. Guide/grille d'entretien : 37
a) But et principe : 37
b) Premier guide d'entretien : 38
4. Transcription des entretiens : 38
5. Analyse des entretiens : 39

III. Résultats : 40
A. Les caractéristiques des entretiens : 40
1. Les refus de participation : 40
2. Le lieu des entretiens : 40
3. La durée des entretiens : 41
B. Les caractéristiques des interviewés et de leur cabinet : 42
1. Les médecins généralistes : 42
2. Les modes et les lieux d'exercice des interviewés : 46
C. L'analyse des entretiens : 49
1. L'évolution de la grille d'entretien : 49
2. Les comportements ou habitudes de patients cités comme problématiques pour leur santé : 49
3. Analyse des ensembles thématiques saillants : 50
a) A l'encontre des méthodes évoquées : 51
b) Conformément à l'utilisation des méthodes : 56
c) La réactance et la résistance des patients : 62
d) Ce que les médecins pensent des méthodes développées : 64
e) Les obstacles cités à l'utilisation des méthodes : 65
4. L'arbre thématique : 66

IV. Discussion : 71
A. Impressions générales : 71
B. Les biais de l'étude : 72
1. Les biais liés aux modes d'accès aux interviewés : 72
2. Les biais liés à l'analyse : 72
C. La validité externe : 73

D. Synthèse des résultats : ... *74*
1. L'alliance thérapeutique : ... 74
2. La décision médicale partagée : ... 75
3. L'entretien motivationnel : ... 75
4. Le Repérage Précoce et l'Intervention Brève : ... 77
E. Le modèle paternaliste : ... *78*
F. Le manque de temps : ... *79*
G. L'accès à la formation : ... *81*

V. Conclusion : ... **82**

VI. Bibliographie : ... **83**

VII. Annexes : ... **86**
A. Le synopsis de la thèse/mémoire : ... *86*
B. Le niveau de preuve scientifique : ... *87*
C. La première grille d'entretien : ... *87*
1. Observances ... 88
2. Addictions ... 89
D. Les caractéristiques des médecins généralistes : ... *91*
E. Le mode d'exercice des médecins généralistes : ... *91*
F. La grille d'entretien définitive : ... *92*
1. Observances ... 93
2. Addictions ... 93
G. Les scripts des entretiens : ... *96*

I. Introduction :

Quotidiennement, le médecin généraliste se trouve confronté à des comportements ou habitudes de patients déterminants pour leur santé.
Lorsque ces comportements sont délétères, il est du rôle du médecin généraliste d'en avertir ses patients, de les informer, de leur faire prendre conscience que la modification de ces comportements est nécessaire à leur bonne santé.

La difficulté réside dans la motivation des patients à changer ces comportements.
Face à de nombreuses situations, comme la prévention, la gestion des facteurs de risque, la prise en charge des maladies chroniques ou encore les addictions - où ces changements sont salutaires - des méthodes, des techniques, des concepts se sont développés afin d'aider les praticiens à inciter leurs patients à modifier leur conduite.

L'objectif de cette thèse est d'essayer d'identifier quelles sont les méthodes utilisées par les médecins généralistes lorrains pour motiver leurs patients à changer de comportement et secondairement, définir quels sont les modalités et les obstacles à l'utilisation de certaines méthodes définies au préalable : l'alliance thérapeutique, la décision médicale partagée, l'entretien motivationnel, le repérage précoce et l'intervention brève.
Pour ce faire, nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative qui se constitue d'une douzaine d'entretiens semi-dirigés de médecins généralistes lorrains libéraux installés.

Motiver un patient à changer de comportement n'est pas une chose aisée.

L'objectif principal de ce travail est d'explorer les méthodes utilisées par les médecins généralistes lorrains pour atteindre ce but.

L'objectif secondaire est de relever les modalités et les obstacles à l'utilisation de certaines méthodes définies au préalable : l'alliance thérapeutique, la décision médicale partagée, l'entretien motivationnel, le repérage précoce et l'intervention brève.

A. Le changement :

Nous allons commencer par quelques réflexions sur le changement : nous présentons ici le **"modèle transthéorique du changement"** ou **"roue du changement"** élaboré par deux psychologues américains, Prochaska et DiClemente, en 1982 [1].
Ce modèle décrit les étapes habituelles et communes au changement de comportement. Les auteurs ont défini six étapes, dont la durée est différente pour chaque personne. Une personne peut d'ailleurs être à tel ou tel stade de changement selon le comportement observé. Chaque stade étant en continuité avec le suivant, il n'existe pas de réelle frontière.

Les six étapes sont décrites comme suit [2] [3] [4] :

La première étape est le stade de la **pré-contemplation**, elle correspond à une absence de désir de changement. Le patient n'envisage pas de changer de comportement puisqu'il n'a pas conscience des problèmes que pose ce comportement. Pour lui ce problème n'est absolument pas prioritaire. A ce stade, le praticien doit amener le patient à prendre conscience des problèmes qu'engendre son comportement.

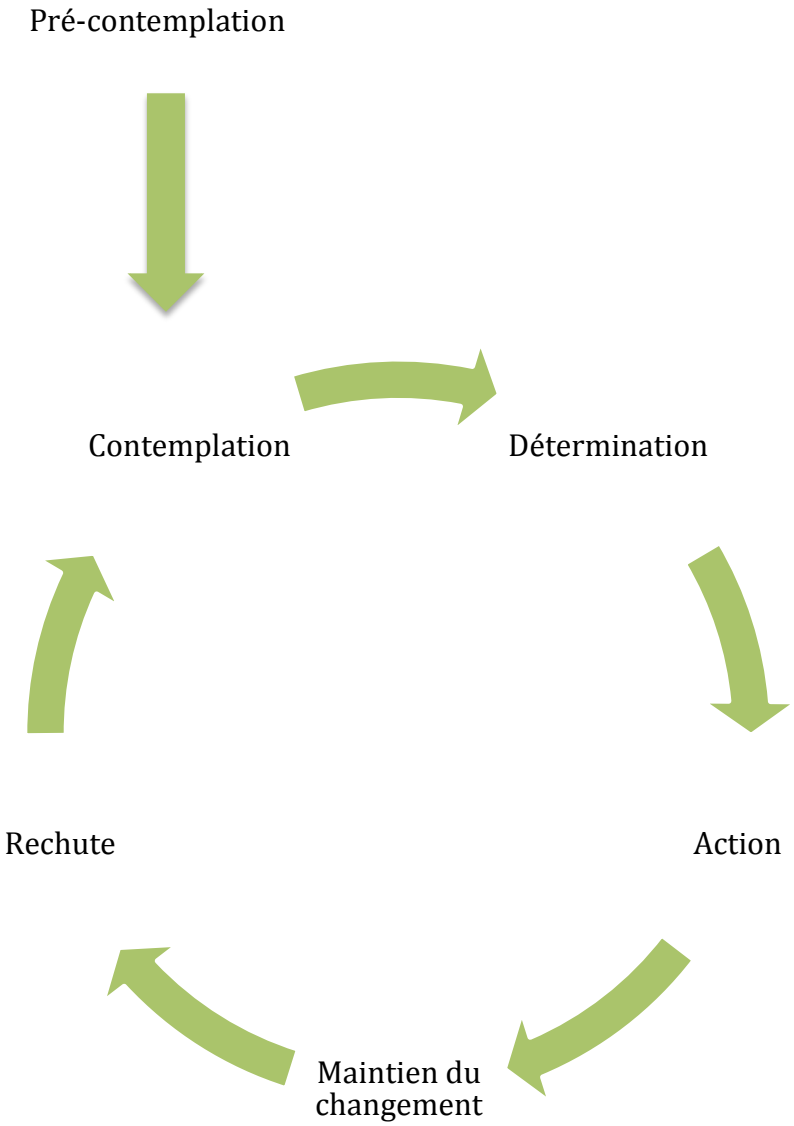
La deuxième étape est le stade de la **contemplation**. A ce stade, le patient sait que son comportement entraîne un problème, c'est une phase de réflexion sur le changement de comportement. Il n'est pas encore déterminé à changer soit parce qu'il n'est pas assez motivé, soit parce qu'il ne s'en sent pas capable.

La troisième étape est le stade de la **détermination**. La motivation au changement de comportement est de plus en plus grande, la décision mûrit.

La quatrième étape, c'est l'**action**. Le patient change de comportement. Le médecin encourage et renforce les progrès.

La cinquième étape est le **maintien du changement**. C'est une étape difficile, le risque de rechute est important, le patient résiste à la tentation d'un retour en arrière.

La sixième étape est la **rechute**. Elle est fréquente, et est en règle générale nécessaire à la réussite. Le patient se retrouve alors au stade de contemplation à nouveau et le cycle recommence.



La roue du changement.

A chaque étape l'intervention du praticien est différente, une adaptation est nécessaire en fonction de chacun des stades où se trouve le patient.

Prochaska et DiClemente sont les auteurs du "modèle transthéorique du changement" qui se compose de six stades.

B. Les méthodes employées :

Plusieurs méthodes existent pour accompagner les médecins généralistes à motiver leurs patients à changer de comportement. Quatre méthodes vont être évoquées dans ce travail. Nous allons, à présent, détailler chacune d'entre elles.

Les quatre méthodes que nous allons détailler sont :

- L'alliance thérapeutique
- La décision médicale partagée
- L'entretien motivationnel
- Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB)

1. L'alliance thérapeutique :

Le concept d'alliance thérapeutique est né avec les travaux de Freud, il a ensuite été défendu par des psychanalystes américains dans les années 1930 puis en 1969 par Ralph Greenson *« qui conceptualisa l'alliance de travail comme une habileté du patient et du thérapeute à travailler dans le sens de l'objectif de traitement dans lequel ils se sont engagés »* [5].
L'alliance thérapeutique est une réelle collaboration entre le patient et le professionnel de santé ; elle suppose la participation active du patient dans un but précis, celui de satisfaire des objectifs définis. Dans son ouvrage "L'alliance thérapeutique", Charly Cungi nous fait découvrir les fondamentaux de cette méthode [4] :

a) Le rapport collaboratif :

Le praticien doit s'efforcer d'établir un rapport collaboratif. Pour ce faire il est nécessaire qu'il soit :

- **Empathique :** le praticien doit être capable de percevoir la réalité du patient, de lui en faire part et de ne pas négliger les informations en retour du patient.

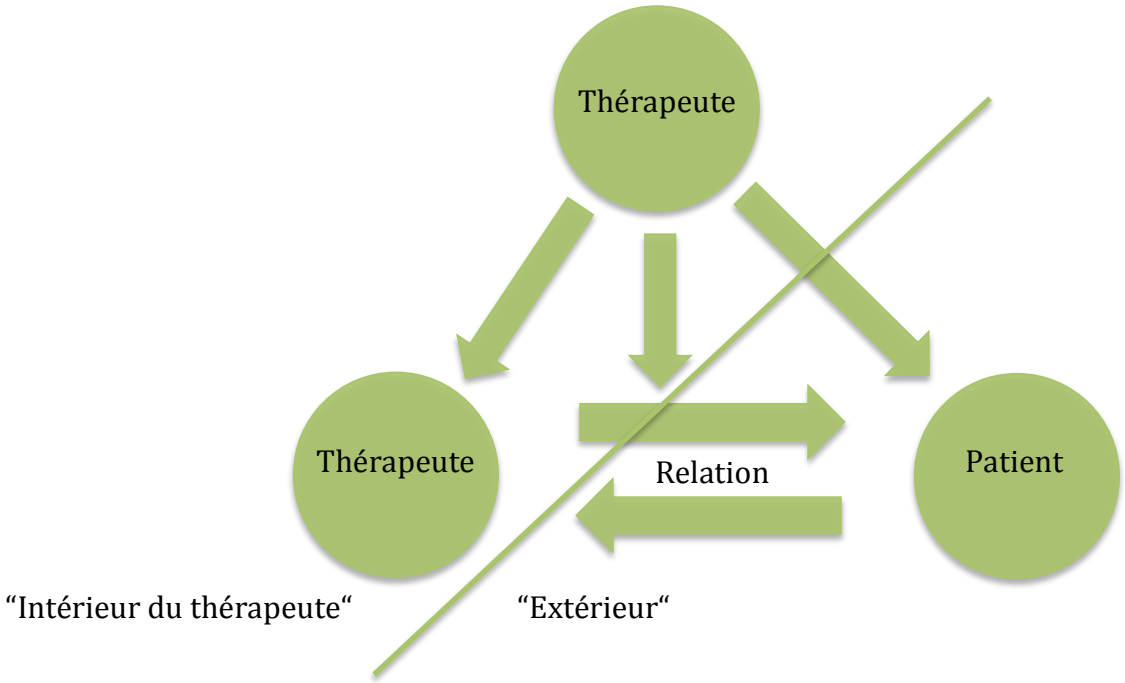
- **Authentique :** le médecin doit être à l'aise avec le patient, mais également à l'aise avec ses propres états d'âme liés à tout ce qui concerne le patient.

- **Chaleureux :** la relation qui s'établit doit être sympathique.

- **Professionnel :** le praticien doit être compétent dans son domaine d'action.

D'après Charly Cungi, la **réactance** et la **résistance** empêchent d'établir ce rapport collaboratif [4].
La **réactance** est la contestation du patient de tout ce que propose le professionnel de santé. Prenons pour exemple un entretien avec un patient tabagique : le médecin lui fait constater qu'il fume beaucoup et qu'il devrait essayer de réduire sa consommation ; le patient s'énerve et répond : « Je fais ce que je veux ! Je n'arrêterai pas de fumer ! ».
La **résistance** est plus insidieuse, le patient exprime souvent son accord avec le praticien mais trouve toujours "une excuse" pour ne pas changer de comportement. Dans l'exemple précédent, le médecin fait la même remarque au patient mais celui-ci répondra : « Oui, je suis d'accord avec vous mais en ce moment c'est difficile, j'ai des problèmes au travail, je ne crois pas que ça soit une période favorable… ».
Dans les deux cas, la réactance et la résistance se concluent par un résultat identique : le patient ne stoppe pas sa consommation tabagique.

La base du rapport collaboratif s'établit sur trois éléments : le patient, le praticien et la relation qui s'établit entre eux.
Le praticien doit prendre en compte ces trois éléments, c'est à dire qu'il doit avoir un regard sur le patient, sur lui-même (auto-observation) et sur leur relation commune.



Le “petit vélo“ [4].

L’**auto-observation** doit permettre au praticien de maîtriser ses émotions, ses sentiments et ses pensées automatiques, permettant ainsi de pouvoir réfléchir et agir raisonnablement pour réussir à mettre en place ce rapport collaboratif.
Les **pensées automatiques** sont la perception et la représentation personnelles des évènements, propres à chaque individu.
Ainsi, *« [l]es a priori théoriques et culturels, […] [l]es attentes et […] [l]es craintes »* de chaque personne donnent une conception unique des événements - la conception de l’évènement sera donc différente pour le patient et pour le praticien - d’où le travail nécessaire du praticien pour percevoir la réalité du patient en remaniant ses pensées automatiques.

b) La méthode des “4R“ :

Nous allons maintenant décrire une technique d’entretien individuel utilisée dans l’alliance thérapeutique, **la méthode des “4 R“ : Recontextualiser, Reformuler, Résumer, Renforcer**.

- **Recontextualiser :**

Recontextualiser, comme son nom l’indique, consiste à replacer dans le contexte. Le praticien pose des questions au patient afin de lui faire préciser ce qu’il vit, ce qu’il ressent à propos de l’évènement étudié.

Exemple :
Le patient : « - Je ne vais pas y arriver…
Le praticien : - Où avez-vous le plus de difficultés ?
Le patient : - Au travail, pour me concentrer…

Le praticien : - Avez-vous un exemple ? »

Le praticien peut ainsi se faire une idée précise de la réalité du patient et se doit de l'accepter.

Le couple patient-praticien va pouvoir se tourner vers les véritables problèmes du patient.

- **Reformuler :**

Il existe trois types de reformulation :

- **La répétition :** le praticien énonce mot à mot ce que le patient lui a confié. Cela permet au patient d'écouter ce qu'il vient de dire et de se focaliser sur son vécu.

  Exemple :

  Le patient : « - Ca m'obsède, j'y pense sans arrêt, je ne suis pas à ce que je fais.

  Le praticien : - Je ne suis pas à ce que je fais… »

- **La précision des termes :** c'est une aide au patient, de manière à l'encourager à exprimer ce qu'il ressent ou essaye de dire. La précision des termes doit toujours être validée par le patient de manière à ne pas faire fausse-route.

  Exemple :

  Le praticien : « - Vous n'êtes pas à ce que vous faites, la difficulté est de savoir quelles en sont les conséquences…

  Le patient : - Mon efficacité au travail ! Mon chef, il n'est pas commode vous savez ! »

- **La formulation d'hypothèse :** elle favorise le travail collaboratif, elle doit être adaptée au déroulement de l'entretien et partagée avec le patient. Le praticien doit là encore s'efforcer de vérifier l'hypothèse par l'approbation ou non du patient.

  Exemple :

  Le praticien : « - Pensez-vous que votre chef ait quelque chose à vous reprocher ?

  Le patient : - Je fais bien quelques erreurs ! »

- **Résumer :**

C'est une *« reformulation élargie »* des propos du patient, cette reformulation par le praticien permet de s'assurer que le patient et lui-même partagent bien la même idée, ont compris les choses de manière identique. Elle permet de consolider la collaboration active du patient.

Exemple :

Le praticien : « - Faisons un résumé de la situation : ce qui vous ennuie le plus, ce sont vos problèmes de concentration au travail, vous faites parfois des erreurs et vous avez peur des conséquences qu'elles peuvent entraîner par rapport à votre chef ?

Le patient : - Oui, c'est tout à fait ça ! »

- **<u>Renforcer :</u>**

Le renforcement correspond à un procédé qui provoque l'augmentation de la probabilité d'apparition d'un comportement. Le renforcement concerne ici les comportements que l'on souhaite développer ou enrichir. Il existe deux sortes de renforcement [6] :

- Le renforcement positif : qui résulte de " la présentation d'un stimulus " (Exemples : félicitations, récompenses…).
- Le renforcement négatif : qui résulte de "la suppression ou l'ajournement d'un stimulus" (Exemples : retrait d'une punition, d'une obligation, d'un stimulus douloureux…).

Dans le cadre du rapport collaboratif, c'est le renforcement positif qui est privilégié.
Il peut porter directement sur les accomplissements du patient ou concerne ses qualités propres. En pratique, le praticien félicite le patient, lui offre un retour positif sur le comportement qu'il souhaite voir amplifier. Le renforcement doit être sincère et en adéquation avec ce que le patient est apte à recevoir [4].

Exemple :
Le praticien : « -Malgré votre manque de concentration et votre irritabilité, vous n'avez pas repris votre consommation tabagique, vous tenez bon, c'est très encourageant ! »

L'alliance thérapeutique repose sur un rapport collaboratif entre le patient et son médecin.

L'entretien individuel repose sur quatre piliers, la règle des "4R" : Recontextualiser, Reformuler, Résumer, Renforcer.

2. La décision médicale partagée :

La décision médicale partagée décrite par Cathy Charles et al. en 1999 [7], présente trois étapes :

La première est l'**échange d'information (information exchange)** : le patient et le praticien échangent des informations de nature différente. Le praticien apporte tout son savoir médical au patient ; le patient quant à lui donne des informations sur son vécu, son contexte social, ses croyances, ses peurs et ses attentes [7].
Le médecin se doit d'évoquer le niveau de preuve scientifique des informations (voir Annexe VII.B) qu'il partage avec son patient mais également tous les avantages et tous les inconvénients de toutes les options afin que celui-ci puisse " avoir toutes les cartes en main " [8].
Il est bien précisé *« plusieurs options »* et non une seule. Son choix ne doit pas uniquement se cantonner à accepter, à subir ou à refuser la seule option qu'on lui aurait proposée [9].
De plus, les deux partenaires partagent leurs préférences sur le rôle de chacun dans le processus de décision.

La seconde étape est la **délibération** ou la **discussion (deliberation)** : le praticien doit établir un environnement sûr où le patient peut s'exprimer librement et en toute confiance. Le statut d'expert du praticien ne doit pas biaiser la relation ; les discussions ou négociations doivent avoir lieu d'égal à égal [7].

La dernière étape est la **décision** à mettre en œuvre **(decision on the treatment to implement)** : un accord doit obligatoirement être trouvé ; si le praticien n'accepte pas la décision du patient ou inversement, c'est une impasse, le patient doit changer de médecin dans l'espoir de trouver un terrain d'entente avec un autre confrère [7]. La décision finale est un consensus entre le patient et le praticien, le choix est éclairé et la décision mutuellement acceptée [8].

En définitive cette méthode s'intègre dans le cadre légal de la pratique de la profession, comme énoncé dans l'article L.1113-3 du "Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé" :
« Toute personne prend, compte tenu des informations et des préconisations des professionnels de santé, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical, aucun traitement ne peut être décidé et pratiqué sans son consentement libre et éclairé. » [10]

La décision médicale partagée se compose de trois étapes :

L'échange d'information, la délibération ou discussion et la décision.

3. L'entretien motivationnel :

Cette méthode clinique est née en 1983 ; à cette époque, son champ d'action ne concernait que l'addictologie, en particulier l'alcoolisme. Ses deux acteurs principaux sont deux psychologues : William R. Miller et Stephen Rollnick, qui la caractérisent comme ***« une méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence »*** [11] ; nous reviendrons sur ces termes.
A ce jour, l'entretien motivationnel est utilisé et a été évalué dans de nombreux domaines comme les addictions au sens large, la diététique et l'activité physique, l'observance thérapeutique, le suivi de pathologies chroniques comme l'asthme, le diabète, l'hypertension artérielle et bien d'autres [12].

L'approche motivationnelle confie au patient la place centrale dans le processus de changement, le patient lui-même trouvera ses propres raisons de changer. Le praticien a néanmoins un rôle fondamental dans la relation de collaboration qui va s'installer [13].

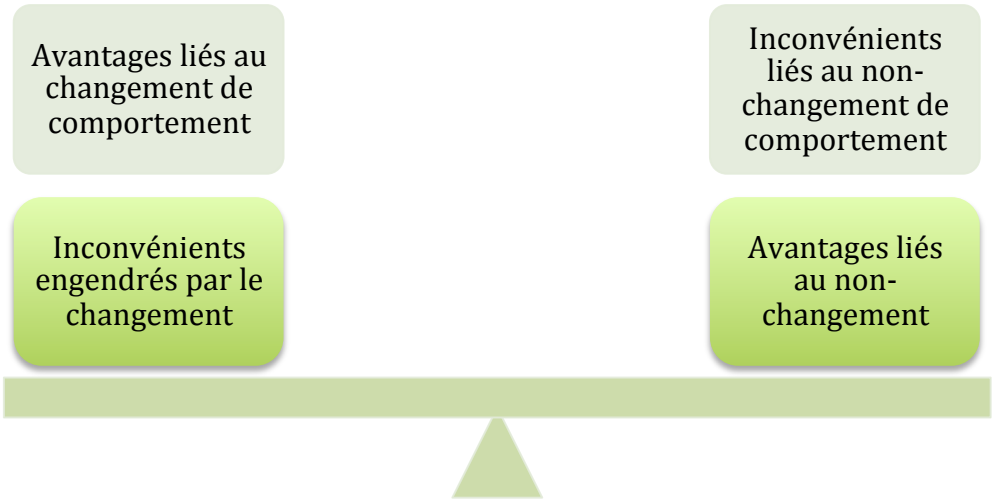
a) Deux notions importantes : l'ambivalence et la balance décisionnelle :

L'ambivalence ou vouloir et ne pas vouloir :

Les motivations contraires au changement sont normales et communes. Les patients sont installés dans leurs habitudes quotidiennes, la plupart du temps ils connaissent déjà les bonnes raisons pour modifier leur comportement (tous les fumeurs connaissent le risque de cancer pulmonaire, tous les alcooliques connaissent les risques de cirrhose et ainsi de suite) mais ils anticipent tous les inconvénients qui peuvent être liés au changement, ce qui finit par les paralyser dans cet état d'ambivalence [14].

La balance décisionnelle :

La balance décisionnelle est une représentation de l'ambivalence, elle se présente comme une balance de Roberval. Ainsi la balance possède deux plateaux, sur le premier se trouvent les avantages pour changer de comportement mais également les inconvénients liés à ce changement ; sur le second plateau se trouvent les avantages et les inconvénients à ne pas changer. De quel côté va-t-elle pencher ? [13]



La balance décisionnelle [13].

b) "L'esprit" de l'entretien motivationnel :

" L'esprit " de l'entretien motivationnel - car ses auteurs le définissent comme un esprit plus qu'une technique – est une manière d'être avec les personnes basée sur la relation à l'autre. Définissons trois concepts qui concordent avec " cet esprit " [13] :

- **La collaboration :** le dialogue est établi sur le principe du partenariat, le praticien guide son patient. Il ne doit pas y avoir de confrontation, la réalité à prendre en compte est celle du patient.

- **L'évocation :** les ressources et les motivations pour le changement font partie intégrante du patient, c'est au praticien de les mettre à jour, de les faire émerger en les évoquant.

- **L'autonomie :** l'autonomie du patient doit être conservée à tout prix, c'est à lui que revient de faire les choix. Le praticien ne doit à aucun moment imposer son point de vue.

c) Les quatre principes de base de l'entretien motivationnel : [13]

- **Exprimer de l'empathie :**

Rappelons ici que l'approche motivationnelle est centrée sur le patient ; le praticien doit accepter, comprendre la réalité du patient. Le praticien peut ne pas être de l'avis du patient et l'énoncer, mais son attitude doit rester neutre, il ne peut en aucun cas, juger, critiquer ou attaquer le patient sur ses opinions. L'acceptation et le respect du point de vue du patient par le praticien vont permettre à l'intéressé d'envisager le changement.

- **Développer la divergence :**

L'entretien motivationnel a pour but de résoudre l'ambivalence dans laquelle se trouve le patient. Le médecin va mettre en évidence une contradiction, une divergence entre la situation actuelle et les propres valeurs de référence du patient que le praticien aura pu identifier lors des entretiens précédents. Le changement est alors plus probable quand le patient prend conscience que le comportement dont il est question l'éloigne de ses propres objectifs personnels. C'est donc au patient d'argumenter lui-même en faveur de son changement en exposant ses raisons de modifier son comportement, c'est le **discours-changement**.

> Exemple :
> Le praticien : « - Vous ne souhaitez pas modifier vos comportements alimentaires et en même temps, vous souhaiteriez perdre du poids. [Mise en évidence de la divergence]
> Le patient : - Oui… Je pourrais peut-être réduire ma consommation de boissons sucrées… [Discours-changement] Je suis sûr que je serais mieux dans ma peau avec quelques kilos en moins [Discours-changement] ! »

- **Rouler avec la résistance :**

Comme énoncé quelques paragraphes plus tôt, aucun conflit, aucune confrontation, aucune injonction ne doivent avoir lieu. L'opposition est inutile et va conduire le patient à soutenir son point de vue, ce qui n'est manifestement pas le but de la démarche. Le médecin doit convier le patient à tenir compte de nouveaux points de vue, de nouvelles façons de voir. Le praticien doit mettre en exergue les capacités et les ressources du patient qui vont lui permettre de changer. Si le patient utilise la **résistance**, il est nécessaire que le médecin change d'attitude.

- **Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle :**

L'espoir et la croyance sont essentiels, le patient doit se sentir capable d'entreprendre le changement. Il peut être convaincu qu'il doit changer mais s'il ne s'en sent pas apte, comment pourrait-il engager ce changement ? C'est le rôle du praticien de renforcer son sentiment d'efficacité personnelle, de lui montrer qu'il possède assez de ressources en lui pour réussir à changer.

d) L'entretien motivationnel en pratique :

Lors de la première consultation, il est important de **"fixer l'agenda"**, de convenir du contenu de la séance selon les priorités du patient. Puis l'utilisation des quatre méthodes exposées ci-après est de rigueur [13].

- **Poser des questions ouvertes :**

Poser des questions ouvertes permet d'encourager le patient à parler de sa situation. Ainsi le praticien va pouvoir se renseigner et se faire une meilleure idée du vécu du patient que s'il n'avait posé que des questions où l'intéressé ne peut répondre que par

oui ou par non. Le but est d'explorer ouvertement l'ambivalence dans laquelle se trouve le patient.

Exemple :
Le médecin : « - Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ? »
« - Que puis-je faire pour vous ? »
« - Comment cela s'est-il mis en place ? »

- **L'écoute réflective :**

L'écoute réflective est la méthode qui permet au praticien d'appréhender au mieux ce que veut exprimer le patient. En effet, le patient ne choisit pas forcément les "bons mots" pour faire comprendre ce qu'il veut dire. Miller et Rollnick nous font part de leur conseil : *« Pour cela ayez toujours en tête ce fait : ce que vous supposez que les gens veulent dire n'est pas nécessairement ce qu'ils veulent dire en réalité. »* [13]. L'écoute réflective consiste à reformuler par une affirmative ce que l'on a compris, l'hypothèse la plus probable, et ainsi de la vérifier par la confirmation du patient. C'est au praticien de sélectionner tel ou tel **reflet**, ce qui a pour but de renforcer le discours-changement du patient.

Exemple :
Le patient : « - J'ai toujours bu la même quantité d'alcool mais depuis quelques temps, j'ai des nausées et il m'arrive de vomir le matin.
Le médecin : - Ça n'a pas toujours été comme ça et depuis peu vous avez des nausées et des vomissements le matin.
Le patient : - Oui, seulement depuis trois semaines.
Le médecin : - Si j'ai bien compris vous pensez que c'est votre consommation d'alcool qui vous cause des problèmes digestifs. »

- **La valorisation :**

Il faut pouvoir valoriser les efforts et les ressources du patient, simplement à l'aide de l'écoute réflective mais aussi à l'aide de remerciements, de compliments toujours dans le but de renforcer l'efficacité personnelle de l'intéressé.

Exemple :
Le médecin : « - Ça m'a fait plaisir d'en apprendre plus sur vous. »
« - Vous avez dû faire beaucoup d'efforts pour pouvoir en arriver là. »
« - Vous avez bien réagi, c'est un bon début ! »

- **Le résumé :**

Les résumés confortent ce que le patient a dit et permettent de lui prouver l'écoute attentive dont le médecin fait preuve. Il existe plusieurs sortes de résumés :

- **Le résumé de cumul :** il consiste à glaner ou grouper plusieurs éléments de discours-changement. On le termine souvent par une question ouverte, ce qui permet de poursuivre l'exploration.

  Exemple :
  Le médecin : « Votre consommation d'alcool entraîne des problèmes digestifs depuis quelques semaines et cela vous ennuie, quels sont les autres désagréments que vous souhaitez évoquer ? »

- **Le résumé de lien :** il a pour but de faire réfléchir le patient sur les relations qui existent entre deux sujets ou plus qui ont été abordés. Il met en évidence l'ambivalence.

  Exemple :

  Le médecin : « Vous n'avez pas envie de réduire votre consommation d'alcool et en même temps vous êtes ennuyé par les soucis digestifs qui en résultent. C'est une situation pénible. »

- **Le résumé de transition :** il peut servir de conclusion à une séance, il doit pouvoir permettre au patient de rajouter ou modifier certains passages si ceux-ci ne sont pas exacts puis de changer de sujet.

  Exemple :

  Le médecin : « Notre échange prend fin et je voudrais, si vous me le permettez, résumer ce que j'ai cru comprendre. Si quelque chose est inexacte, interrompez-moi sans hésitation… »

e) La règle des "4 E " : [14]

Eviter le réflexe correcteur :

Par nature, les praticiens ont pour réflexe de vouloir corriger les comportements néfastes des patients, de les remettre dans le "droit chemin". Ce genre de réflexe s'apparente d'ailleurs aux pensées automatiques. Mais ce réflexe correcteur, si bonnes soient les intentions qui l'animent, peut avoir un effet paradoxal et induire de la résistance chez le patient [2].

Explorer et comprendre les motivations des patients :

Les motivations au changement doivent être celles du patient, le praticien doit donc questionner son patient à la recherche des préoccupations de celui-ci.

Ecouter le patient :

Ecouter attentivement ce que les patients ont à dire a une importance fondamentale. Ce sont eux qui possèdent les solutions pour résoudre leur ambivalence. Le praticien doit savoir les identifier au cours des échanges empathiques.

Encourager le patient :

Cela revient à valoriser le sentiment d'efficacité personnelle présenté dans un précédent paragraphe.

L'entretien motivationnel élaboré par Miller et Rollnick comporte quatre principes de base :

- Exprimer de l'empathie
- Développer la divergence
- Rouler avec la résistance
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle

4. Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) :

La Direction Générale de la Santé (DGS), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou encore l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) ont publié des recommandations promouvant l'utilisation du repérage précoce et de l'intervention brève en alcoologie [15] [16] et concernant le tabac [17].
Le **repérage précoce** des conduites à risque est la première étape, le médecin généraliste est donc l'acteur en santé le mieux placé pour ce dépistage. Ce repérage peut être fait à l'aide de tests et de questionnaires afin d'évaluer la nécessité de poursuivre par une intervention brève.

L'intervention brève est née des travaux de William R. Miller dans les années 1980, il en décrit les principes à l'aide de l'acronyme FRAMES [18].
"F" = Feedback : le médecin informe le patient.
"R" = Responsibility : le patient décide s'il veut changer de comportement.
"A" = Advice : le médecin donne des conseils.
"M" = Menu of change : le médecin donne le choix entre plusieurs stratégies pour atteindre l'objectif.
"E" = Empathy : la relation est empathique.
"S" = Self-efficacity : le médecin renforce le sentiment d'efficacité personnelle.

C'est une approche qui a de nombreux points communs avec l'entretien motivationnel, toutefois il existe une différence fondamentale : dans l'entretien motivationnel, le médecin ne donne pas de conseils, c'est au patient seul d'évoquer s'il doit changer de comportement ou non et la manière dont il compte s'y prendre.

La revue médicale Suisse a publié un article en 2006 qui décrit les cinq étapes de l'intervention brève dans le cadre d'une consultation médicale de cinq à quinze minutes, "The 5 A's" [19] :

*« **Evaluer (Assess) :***
- *Faire un dépistage des facteurs de risque comportementaux*
- *Convenir d'un agenda avec le patient (choix d'un facteur de risque prioritaire)*
- *Evaluer les croyances, représentations, connaissances, expériences antérieures : « que pensez-vous de votre activité physique ? »*

Conseiller (Advise) :
- *Donner des informations médicales personnalisées sur le comportement à risque*
- *Les relier à des préoccupations de santé propres du patient : « si vous réduisez votre consommation d'alcool, votre hypertension sera moins importante »*
- *Respecter l'autonomie du patient*

Se mettre d'accord (Agree) :
- *Sélectionner des objectifs et les méthodes de changement avec le patient : « il vous semble raisonnable de manger deux portions de fruits ou de légumes dorénavant »*
- *Faire des choix basés sur des attentes réalistes du patient*
- *Prendre des décisions partagées*

Aider (Assist) :

- *Soutenir et encourager le patient dans le changement*
- *Renseigner sur les ressources qui existent dans son environnement (clubs, associations, etc.)*
- *Identifier les barrières au changement : « j'ai bien compris que la prise de poids est une préoccupation importante pour votre arrêt du tabac »*
- *Définir un plan d'action*

Organiser (Arrange) :

- *Considérer que les facteurs de risque comportementaux sont un problème chronique qui évolue au cours du temps*
- *L'évaluation et le soutien réguliers par le biais de différents moyens de contact permettent d'encourager et de maintenir le changement*
- *Prévoir un suivi ! »*

Le repérage précoce et l'intervention brève durent de cinq à quinze minutes, les cinq étapes sont :

- Evaluer
- Conseiller
- Se mettre d'accord
- Aider
- Organiser

II. Matériel et méthodes :

A. Choix de la méthode :

1. Pourquoi la recherche qualitative ?

On trouve peu de littérature scientifique concernant les modalités et les obstacles rencontrés par les médecins généralistes pour motiver leurs patients à changer leurs comportements.
La littérature actuelle concernant la prévention des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique ou l'éducation à la santé, permet d'apporter des éléments de réponse.

L'objectif de cette thèse n'est pas de quantifier mais d'objectiver les différents points de vue, interprétations, difficultés des médecins généralistes ; *« la recherche qualitative, issue des sciences sociales, cherche à répondre à ces questions non résolues par la recherche quantitative »* [20]. La recherche qualitative est ainsi définie : *« La recherche qualitative étudie les phénomènes complexes dans leur milieu naturel, s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent »* [20]. C'est donc tout naturellement que nous nous sommes tournés vers cette méthode qui est la seule à pouvoir répondre à la complexité du sujet de notre étude.

Pour étudier quelles sont les méthodes utilisées par les médecins généralistes pour motiver leurs patients à changer de comportement, la recherche qualitative s'est imposée.

2. Le choix de l'entretien semi-directif :

Il existe quatre grands types de méthodes en sciences humaines : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien [21]. Les questions que nous souhaitons aborder dans ce travail ne peuvent trouver des réponses qu'à travers l'**entretien** : *« L'entretien est un instrument d'investigation spécifique, qui aide donc à mettre en évidence des faits particuliers »* [21].
L'entretien nous permet de recueillir l'expérience personnelle des médecins généralistes face à des comportements ou habitudes néfastes pour la santé de leurs patients. L'aspect **individuel** permet de limiter les réponses biaisées qui résultent de l'influence des participants les uns sur les autres et qui pourraient apparaître lors d'entretiens collectifs (focus groups).
De part les contraintes de temps imposées par l'activité des médecins généralistes, il est plus facile de réaliser des **entretiens semi-dirigés** qui permettent ainsi d'obtenir plus rapidement les informations recherchées. L'analyse des entretiens semi-dirigés s'avère également moins complexe et moins chronophage que celle concernant les entretiens libres.

Nous avons choisi l'entretien individuel semi-dirigé pour notre étude afin de ne pas nous éparpiller, en accordant toutefois une certaine liberté d'expression aux interviewés.

B. Description de la méthode :

1. Population étudiée :

La choix de la population coule de source, elle est déjà pratiquement définie dans l'objet de l'étude : elle concerne les **médecins généralistes lorrains libéraux**. Toutefois nous nous sommes intéressés uniquement à des médecins **thésés et installés**.
« [D]ans la mesure où les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence » [21], la taille de notre échantillon est réduite et a été adaptée en fonction de la **saturation des données** ; la saturation des données étant atteinte lorsqu' *« aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse. »* [22].
Soucieux de constituer un corpus diversifié qui suit les principes énoncés par Alain BLANCHET et Anne GOTMAN [21] – c'est à dire le *« compromis entre la nécessité de contraster au maximum les individus et les situations et, simultanément, d'obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être significatives. Diversifier mais non disperser »* - nous avons pris en compte plusieurs variables descriptives concernant les médecins interrogés et leur mode d'exercice :
- leur sexe
- leur âge
- leur année d'installation
- leur faculté d'origine
- sont-ils maîtres de stage ?
- leur formation médicale continue
- ont-ils des diplômes ou formations complémentaires ?
- leur lieu d'exercice
- exercent-ils seuls ou en cabinet de groupe ?
- le nombre moyen de consultations quotidiennes
- leur mode de consultation : libre ou sur rendez-vous ?
- la durée moyenne d'une consultation

L'échantillonnage est donc ici théorique, contrairement à une analyse quantitative où les participants à notre étude auraient été tirés au sort, ils ont été choisis pour refléter la diversité de la population [20].

Notre corpus se compose de médecins généralistes lorrains libéraux thésés et installés, ayant accepté de participer à cette étude, avec des caractéristiques variées.

2. Préparation des entretiens :

Alain BLANCHET et Anne GOTMAN décrivent deux types de mode d'accès aux interviewés [21], nous les avons utilisés tous les deux.
La majeure partie des interviewés a été recrutée d'après un **mode d'accès direct** en utilisant simplement l'annuaire téléphonique des professionnels, nous avons pu

diversifier les milieux et les modes d'exercice au préalable. Ce mode d'accès a cependant un désavantage : les refus de participation sont assez fréquents.
Les médecins généralistes ou leur secrétariat ont été joints par téléphone, le sujet de la thèse n'a pas été communiqué, mais la durée moyenne de l'entretien semi-directif était précisée (une vingtaine de minutes). La présentation téléphonique standardisée s'énonçait comme telle :
« Bonjour, excusez-moi de vous déranger, je me présente, je m'appelle Anaëlle LAURENT et je termine actuellement mes études de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise des entretiens d'une vingtaine de minutes avec les médecins généralistes de la région. Accepteriez-vous de me recevoir ? »
La **" méthode de proche en proche "** qui fait partie des modes d'accès indirects a également été utilisée. Cette méthode consiste à demander à un interviewé de conseiller ou recommander le suivant, ce qui a l'avantage d'optimiser la participation à l'étude [21].

Les entretiens ont été réalisés sur rendez-vous. Dans la majeure partie des cas, ils ont eu lieu au cabinet des médecins généralistes. En effet, sur son lieu de travail *« l'interviewé s'inscrit d'avantage dans un rôle professionnel qui facilite la production d'un discours soutenu et maîtrisé sur des thèmes opératoires »* [21], en l'occurrence sa pratique professionnelle.
Les entretiens ont été intégralement enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, après obtention de l'autorisation des interviewés : *« S'il s'agit de données verbales, un enregistrement est souhaitable, après accord des interviewés »* [23].

Les entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés sur rendez-vous et intégralement enregistrés.

3. Guide/grille d'entretien :

a) But et principe :

La création d'un guide d'entretien est nécessaire de manière à aborder tous les thèmes que l'on souhaite explorer mais il ne doit pas ressembler à un questionnaire. Ce guide doit pouvoir aider l'interviewer à relancer le discours de l'interviewé de manière pertinente en fonction de ses réponses [21].
Le guide est modifié, affiné si nécessaire au fur à et mesure des entretiens, *« la collecte et l'analyse se chevauchent »*, les premières analyses fournissent de *« nouvelles pistes pour les entretiens et les observations à venir, et ainsi de suite. »* [24].

Un guide d'entretien évolutif a été réalisé pour ne pas oublier d'aborder de données pertinentes.

b) *Premier guide d'entretien :*

Le guide d'entretien se composait de quatre parties :

- **La première partie** de l'entretien était une introduction rapide, dans laquelle on demandait l'autorisation au médecin interviewé d'enregistrer l'entretien qui allait ensuite être anonymisé.

- **La deuxième partie** concernait toutes les "formalités administratives", c'est à dire toutes les questions qui allaient faire préciser les variables descriptives aux médecins interviewés.

- **La troisième partie** de l'entretien débutait par une question ouverte : « Quels sont les comportements ou habitudes de vos patients qui posent problème pour leur santé ? ». Cette question a permis aux interviewés de choisir librement ce dont ils avaient envie de parler.
  Il s'y trouvait également des phrases-clés pour recadrer l'entretien en cas de besoin.
  S'il était nécessaire d'alimenter les entretiens, nous avions choisi plusieurs exemples de patients avec des comportements qui posent problème pour leur santé et nous posions des questions ouvertes en rapport avec ces exemples. Les exemples ont été divisés en deux catégories : l'observance médicamenteuse et les addictions. Ces deux catégories ont été abordées lors de tous les entretiens.

- **La quatrième partie** était également une question ouverte : « Que pensez-vous de l'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique ou la décision médicale partagée ? »

Première grille d'entretien en Annexe VII.C.

Notre première grille d'entretien comportait quatre parties distinctes. Nous parlerons de son évolution dans le chapitre concernant l'analyse des entretiens.

4. Transcription des entretiens :

Les enregistrements des entretiens ont été intégralement retranscrits de manière littérale et la plus fidèle possible, en effet *« [l]'analyse des discours concerne donc des textes écrits et non pas les enregistrements eux-mêmes. »* [21].
Comme précisé aux interviewés au début des entretiens, les transcriptions ont été anonymisées, il a été attribué un numéro aux médecins interrogés dans l'ordre chronologique des entretiens (Docteur n°1 pour le premier entretien, Docteur n°2 pour le deuxième entretien, et ainsi de suite).

Les entretiens ont été anonymisés puis retranscrits dans leur intégralité.

5. Analyse des entretiens :

Nous avons choisi l'**analyse thématique** pour répondre à la problématique du sujet. Ce mode d'analyse consiste à repérer et regrouper des fragments de discours pertinents, qu'on appelle "verbatims", en rapport avec la problématique de notre sujet ; cela s'appelle le **codage**.
« Procéder à une analyse thématique, c'est donc attribuer des thèmes en lien avec un matériau soumis à une analyse (puis effectuer des regroupements de plus en plus complets). » [24].

Nous avons utilisé un **logiciel informatique (N'Vivo)** comme support matériel, dont *« les avantages doivent être considérés : systématisation de la démarche, possibilité de fonctions automatiques (de repérage, d'extraction, etc.), économie de papier et de surface de travail. »* [24]. Cependant il existe des inconvénients, notamment le manque de flexibilité du support et la prise en main du logiciel qui nécessite un apprentissage assez long.

Nous avons choisi de réaliser une **thématisation en continue** : la nomination des thèmes s'est faite au fur et à mesure et parallèlement à la construction progressive de l'**arbre thématique**.
C'est à dire que les thèmes ont été assemblés puis classés sous forme de thèmes centraux tout au long de notre analyse ; la construction de l'arbre thématique s'est donc achevée à la fin de la thématisation de tous les entretiens.
Nous avons préféré cette démarche face à une thématisation séquencée de manière à ne pas perdre d'informations même si ce choix s'avère plus chronophage [24].

Le codage et l'analyse ont également été réalisés en parallèle par le directeur de thèse pour un tiers des entretiens. De cette façon, la qualité de notre étude s'en trouve améliorée [20].

Nous avons choisi de réaliser une analyse thématique en continue pour laquelle nous avons utilisé un logiciel informatique (N'Vivo).

Pour un tiers des entretiens, le codage et l'analyse ont été réalisés par le directeur de thèse également.

III. Résultats :

A. Les caractéristiques des entretiens :

Les médecins ou leurs secrétariats ont été contactés au fur et à mesure du codage des entretiens précédents, jusqu'à l'obtention de la saturation des données. Il a été nécessaire d'en réaliser douze.

La saturation des données a été obtenue à partir du douzième entretien.

1. Les refus de participation :

Nous avons dû contacter un plus grand nombre de médecins car les refus ont été assez fréquents. Les médecins (ou leurs secrétariats) évoquaient un manque de temps ou énonçaient clairement qu'ils n'étaient pas intéressés.

Rappelons ici que le sujet de l'entretien n'a pas été mentionné lors du premier contact téléphonique ; les refus de participation n'étaient donc manifestement pas liés au sujet de notre étude.

Les refus de participation ne dépendaient pas du sujet de notre étude.

2. Le lieu des entretiens :

Tous les entretiens ont été réalisés aux cabinets des médecins généralistes à l'exception de l'entretien n°8 et l'entretien n°10.

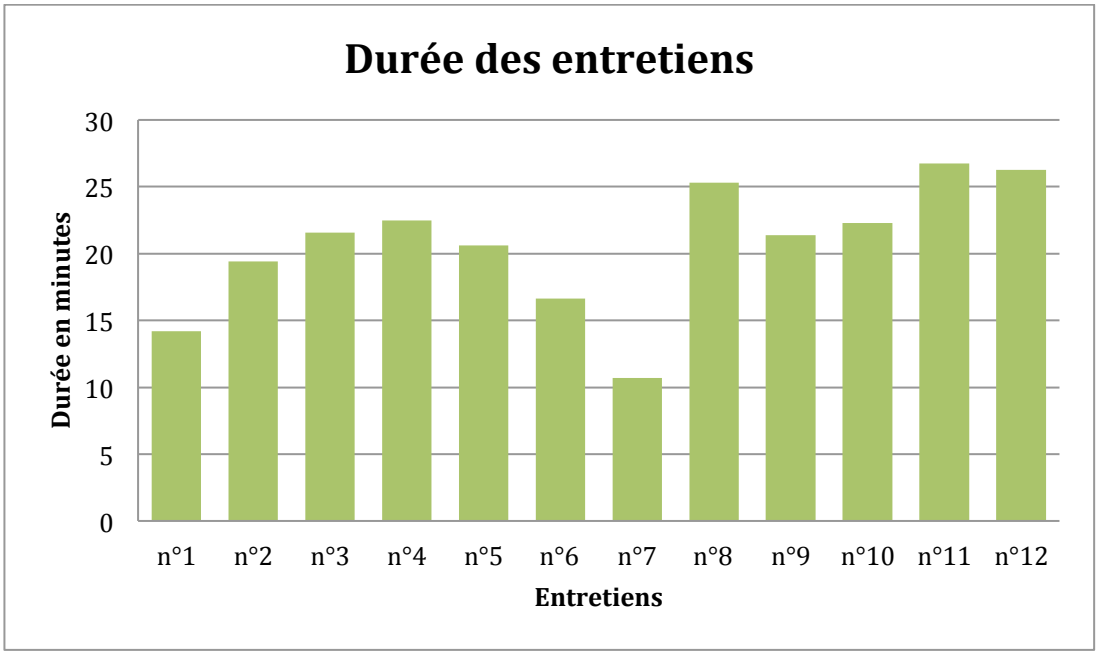
L'entretien n°8 a été réalisé à mon domicile à la suite d'une réunion d'USER (Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale) lors de mon Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS). Le médecin interviewé assistait à la réunion en tant que spectateur et pour des commodités de trajet (son cabinet étant éloigné de mon domicile), l'entretien fut réalisé sur place.

L'entretien n°10 a été réalisé au domicile du médecin généraliste (qui se situait juste au-dessus de son cabinet), ce qui a permis à son étudiant de troisième cycle de poursuivre les consultations pendant notre entrevue.

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu d'exercice des médecins généralistes à l'exception de deux.

3. La durée des entretiens :

La durée moyenne des entretiens est de **vingt minutes et demie**. L'entretien le plus rapide a duré dix minutes et quarante secondes, l'entretien le plus long a duré vingt-six minutes et quarante secondes.
Les entretiens les plus longs ont été réalisés à la fin des consultations, de cette façon, il n'y avait plus de réelle contrainte de temps et les médecins n'étaient plus préoccupés par le respect de leur emploi du temps.

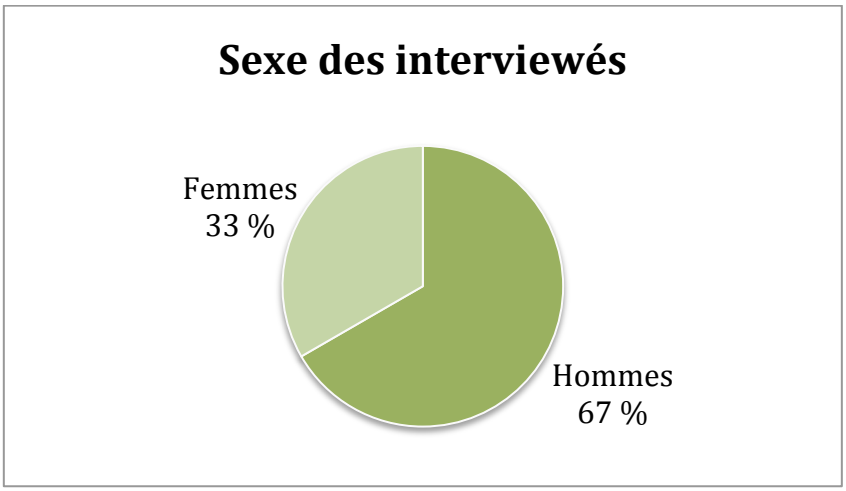


La durée moyenne des entretiens est de vingt minutes et demie.

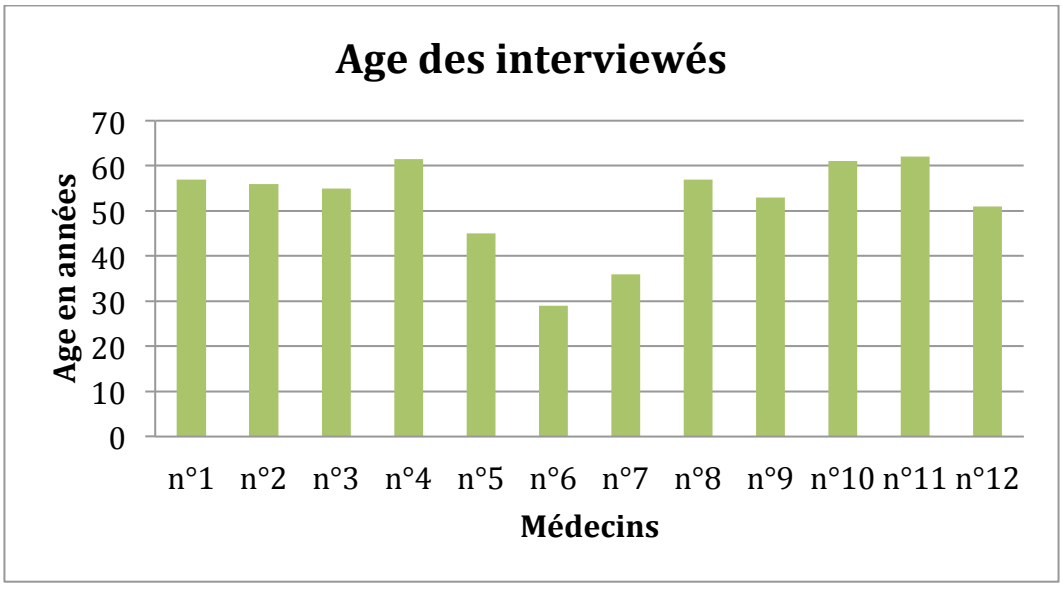
B. Les caractéristiques des interviewés et de leur cabinet :

1. Les médecins généralistes :

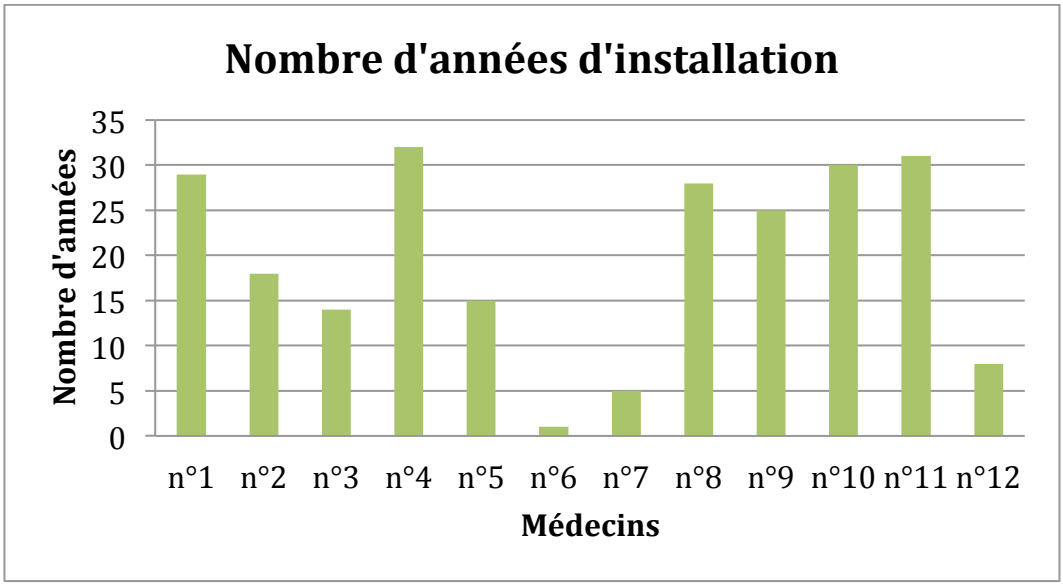
Les douze médecins généralistes interviewés ont des profils variés.
Nous allons présenter leur diversité :



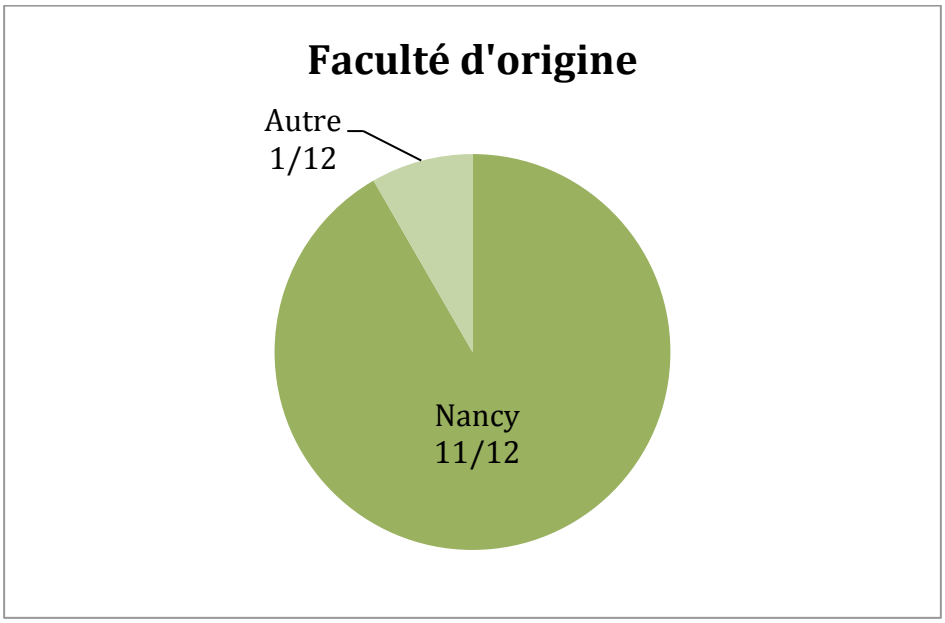
A titre d'information, en 2011, les médecins généralistes libéraux hommes représentaient 74 % des médecins généralistes en Lorraine [25]. Rappelons ici que notre corpus n'a pas pour but d'être représentatif mais ce pourcentage justifie simplement qu'il est plus facile de contacter et d'interviewer une majorité d'hommes puisqu'ils sont bien plus nombreux à exercer sur notre territoire.



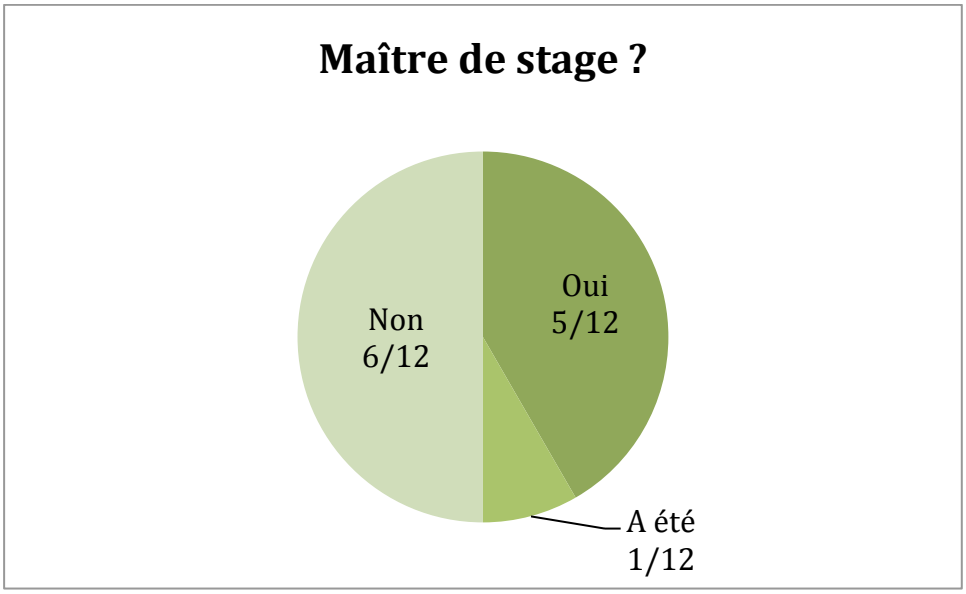
La moyenne d'âge de notre échantillon est de 51,9 années. Toujours à titre d'information, la moyenne d'âge des médecins généralistes libéraux en Lorraine en 2011 était de 52 ans [25]. Le plus jeune participant est âgé de 29 ans ; le plus âgé de 62 ans.



La moyenne du nombre d'années d'installation est d'une vingtaine d'années. Le plus jeune installé a tout juste fêté sa première année d'exercice dans son cabinet ; l'installation la plus longue est de trente-deux ans.



Onze médecins sur douze sont originaires de la faculté de Nancy. Seul le médecin n°2 a réalisé sa formation à l'étranger (Berlin et Sarrebruck).



Six des médecins interviewés n'ont jamais été maître de stage. Cinq médecins ont actuellement des stagiaires de deuxième ou de troisième cycle. Un médecin, proche de la retraite, a été maître de stage mais ne souhaite plus avoir d'étudiant.

Tableaux récapitulatifs en Annexe VII.D et Annexe VII.E.

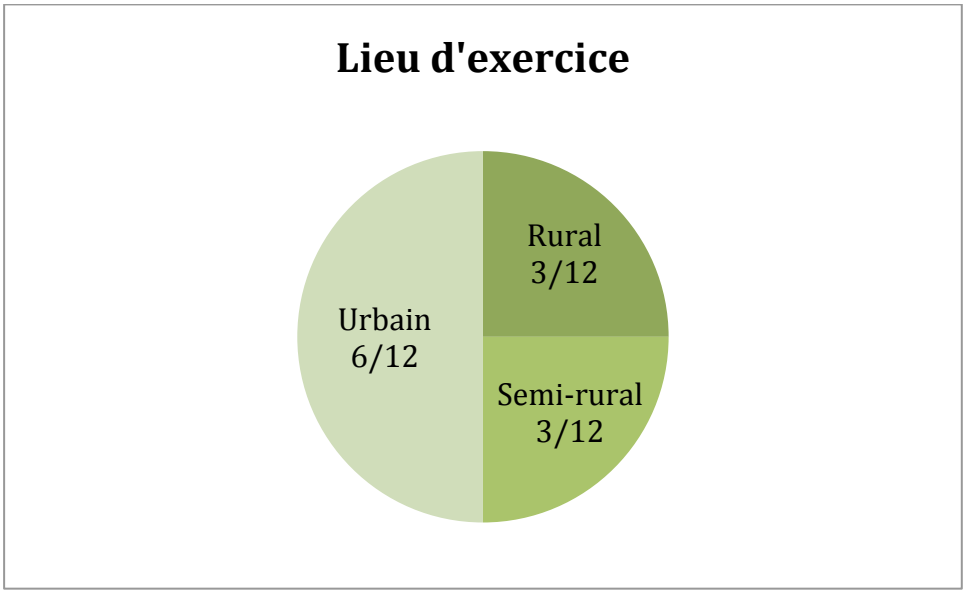
Concernant les formations complémentaires et la formation médicale continue des médecins généraliste interviewés, elles sont récapitulées dans le tableau suivant :

Médecin	Formation(s) complémentaire(s) :	Formation Médicale Continue (FMC) :
n°1	- DIU de connaissances en médecine pratique - DU de pédagogie médicale - Homéopathie - Mésothérapie	- Association de FMC - Groupe d'échange de pratiques - Séminaires
n°2	- DU de santé publique	- Association de FMC - Groupe d'échange de pratiques - Lecture de revue (Prescrire) - Séminaires
n°3	- Assistant des hôpitaux - DU d'antibiotiques hospitaliers	- Lecture de revues de médecine générale - Soirées de FMC

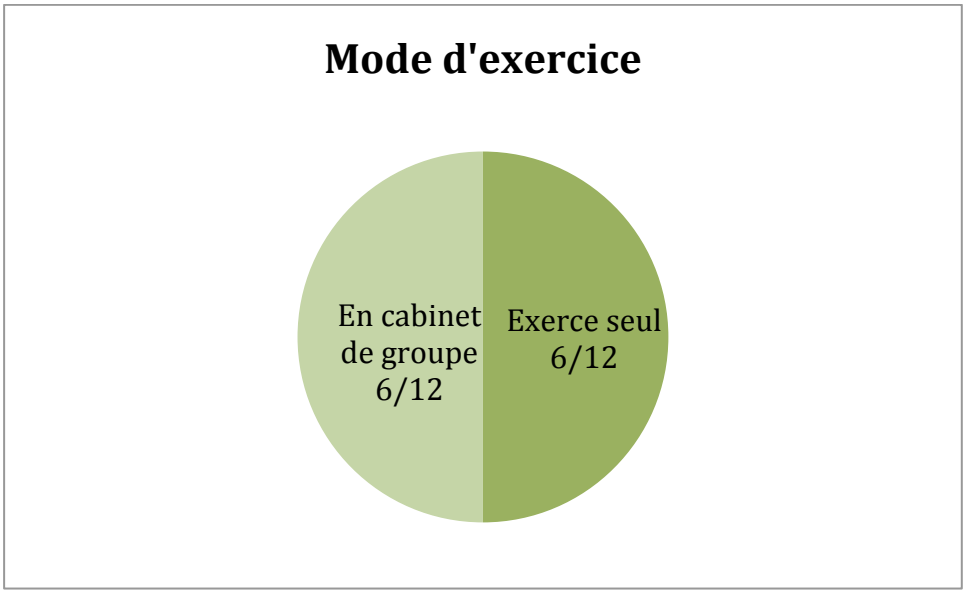
n°4	- non	- Association de FMC - Soirées de FMC
n°5	- DU de traumatologie du sport	- Internet - Lecture de revues de médecine générale
n°6	- non	- Congrès de médecine générale - Groupe d'échange de pratiques - Lecture de revue (Prescrire) - Séminaires
n°7	- non	- Congrès de médecine générale - Groupe d'échange de pratiques - Lecture de revue (Prescrire)
n°8	- Attestation à la médecine d'urgence - CES de biologie et médecine du sport - Capacité de gérontologie clinique - DU de médecine tropicale - DU de santé dans les pays en voie de développement	- Groupe Balint - Groupe d'échange de pratiques - Internet - Lecture de revue (Prescrire) - Séminaires
n°9	- Capacité de médecine de catastrophe - DU de prise en charge de la douleur - DU d'informatique médicale - DU de médecine tropicale - DU de santé dans les pays en voie de développement	- Groupe d'échange de pratiques - Soirées de FMC
n°10	- non	- Association de FMC - Lecture de revue (Prescrire) - Séminaires

n°11	- non	- Association de FMC - Lecture de revue (Prescrire) - Soirées de FMC
n°12	- DU de la petite enfance - Médecine chinoise	- Congrès de médecine générale - Lecture de revues de médecine générale - Séminaires - Soirées de FMC

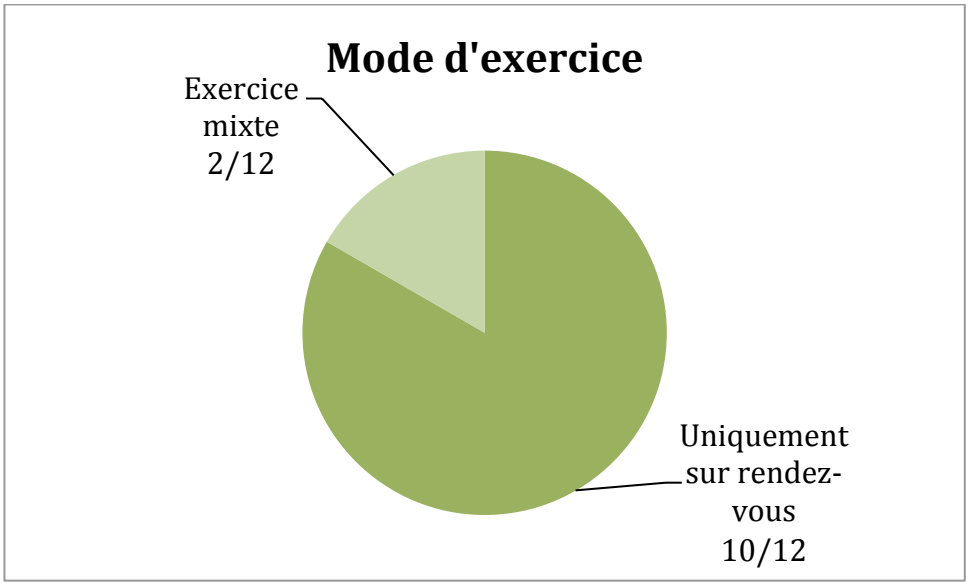
2. Les modes et les lieux d'exercice des interviewés :



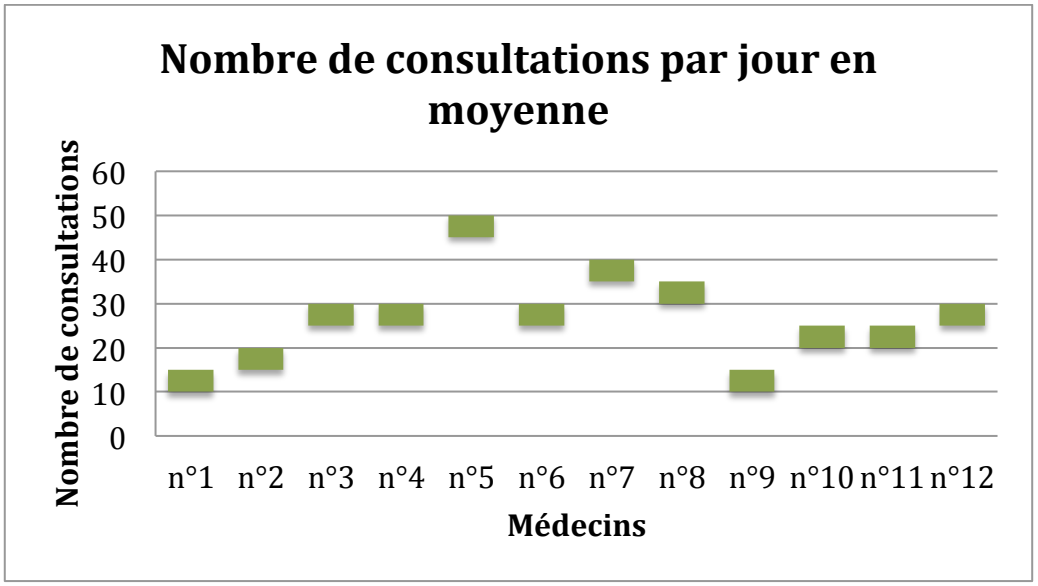
Un quart des médecins interrogés exerce en milieu rural, un quart en milieu semi-rural et pour la moitié ils exercent en milieu urbain.



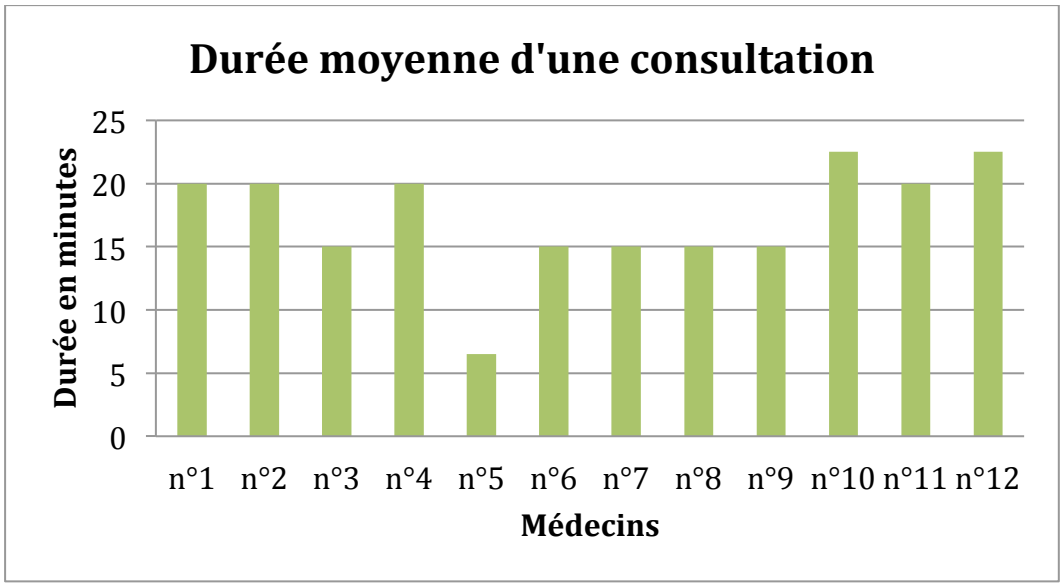
La moitié des médecins interviewés exerce seule, l'autre moitié exerce en cabinet de groupe.



La plupart des médecins de notre échantillon n'exerce que sur rendez-vous, seuls deux médecins généralistes ont gardé un créneau pour les consultations libres.



La fourchette moyenne du nombre de consultations par jour est très variable selon les participants. Ainsi, les médecins n°1 et n°9 reçoivent entre dix et quinze patients par jour ; le médecin n°5, quant à lui, en voit entre quarante-cinq et cinquante. En moyenne, les médecins interviewés rencontrent entre vingt et trente patients par jour.



La durée moyenne d'une consultation est également extrêmement variable ; pour le plus rapide, la consultation dure entre six et sept minutes. Les consultations les plus longues durent de vingt à vingt-cinq minutes. La durée moyenne d'une consultation est de dix-sept minutes.

Les douze médecins généralistes interviewés ont des caractéristiques diversifiées, tant par leur sexe, leur âge, leur formation que par leur mode d'exercice.

C. L'analyse des entretiens :

1. L'évolution de la grille d'entretien :

La grille d'entretien a été modifiée à l'issue du deuxième entretien semi-directif.
Nous avons étoffé la troisième partie de la grille d'entretien en ajoutant deux nouvelles questions qui précisent la pratique des médecins interviewés :
- Quels types de question posez-vous aux patients ?
- Que faites-vous pour faire changer de comportement à vos patients ?

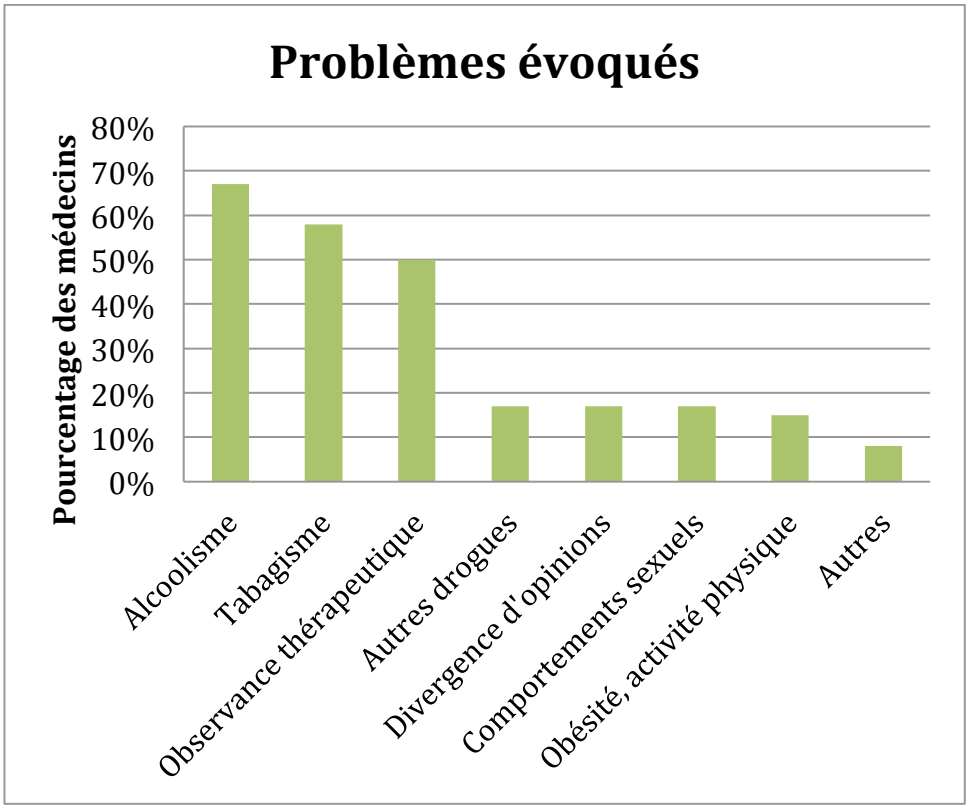
Lors du deuxième entretien, le médecin interviewé a mentionné la technique du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève qui ne figurait pas dans la précédente grille d'entretien. Nous avons décidé de l'intégrer à la quatrième partie de la grille d'entretien.

Grille d'entretien définitive en Annexe VII.F.

La grille d'entretien a évolué à l'issue du deuxième entretien.

2. Les comportements ou habitudes de patients cités comme problématiques pour leur santé :

La première question de la grille d'entretien concernant le sujet de notre étude aborde les comportements ou habitudes de patients jugés problématiques pour leur santé par les médecins généralistes.



Les réponses sont assez variées ; pour 67 % d'entre eux, la consommation excessive d'alcool est citée comme problème.
Ils sont 58 % à évoquer le tabagisme, 17 % seulement à mentionner les autres drogues.
Ensuite arrivent les problèmes d'observance thérapeutique pour la moitié d'entre eux ; 17 % parlent de la divergence de points de vue entre le patient et le médecin.
Ils ne sont qu'un quart à parler des problèmes de surpoids, d'obésité ou d'inactivité physique.
17 % font part des comportements sexuels à risque.
L'automédication, la surconsommation médicamenteuse et l'information médicale erronée n'ont été abordées qu'une seule fois.

Les problèmes évoqués par les médecins concernent pour la majeure partie les addictions (tabac et alcool surtout) et l'observance thérapeutique.

3. Analyse des ensembles thématiques saillants :

Les points communs et les divergences de pratique entre nos interviewés ne sont pas si simples à mettre en évidence ; en effet comme l'illustrent Pierre Paillé et Alex Mucchielli dans leur ouvrage : l'analyse *« [c]'est un peu comme si l'on introduisait quelqu'un dans une pièce où des centaines d'objets hétéroclites sont disséminés, en demandant à cette personne de mettre de l'ordre dans la pièce. »* [24].
Les verbatims présentés dans la suite de l'analyse ne sont pas exhaustifs, ils ont été choisis pour illustrer au mieux les ensembles thématiques saillants. Les ensembles

thématiques saillants sont des *« ensembles de thèmes qui ressortent de l'analyse en fonction d'un certain type de caractérisation »*, par exemple *« la récurrence (thèmes répétitifs dans l'expérience des personnes), la convergence (thèmes qui tendent vers une thématique commune), l'opposition (thèmes qui apparaissent opposés les uns par rapport aux autres) »* [24], etc…
Les médecins généralistes de sexe masculin sont représentés en bleu, les femmes en rose.

a) A l'encontre des méthodes évoquées :

Beaucoup de pratiques utilisées par les médecins généralistes lorrains vont, en effet, à l'encontre des méthodes que nous avons développées.

(1) Faire peur :

Plusieurs médecins essayent de faire peur à leurs patients pour les convaincre de changer de comportement :

Docteur n°3 : *« J'essaye de faire peur aux gens. » « Je leur dis des vérités brutales comme ça : tu vas être paralysé bon ben c'est ton choix ! » « Surtout que de mourir de diabète, ça ne doit pas être très agréable parce qu'ils ne doivent pas mourir d'un seul coup, je leur raconte comment ça peut finir, amputation et tout le reste ! »*

Docteur n°5 : *« Continuez à bouffer comme ça, c'est bien, vous serez diabétique, hypertendu et vous crèverez après ! »*

Docteur n°6 : *« Ben vous mourrez plus tôt que les autres ! » « Je lui explique … que s'il ne le fait pas, ça fait jeune de mourir à 55 ans d'un AVC ! »*

La peur n'est utilisée ici que par des hommes, il semble que les femmes interviewées n'y font pas référence :

Docteur n°7 : *« Je n'utilise pas trop la trouille comme moyen de pression. »*

(2) Etre autoritaire :

Un certain nombre de médecins sont autoritaires avec leurs patients et souvent directifs :

Docteur n°3 : *« Ne buvez plus ! » « Arrêtez le chocolat ! Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise de plus ? »*

Docteur n°6 : *« Et ben moi souvent, je suis assez directif et je suis assez cartésien. »*

Docteur n°9 : *« Je leur dis : chez moi c'est comme ça ! »*

Docteur n°10 : *« Je suis directif, je dirige » « Je suis assez "Général", Général de l'armée »*

Docteur n°12 : *« Je suis assez stricte » « Il ne faut pas montrer aux patients qu'on est comme des parents, qu'on menace mais qu'on ne fait pas ! »*

(3) Sermonner, réprimander :

Dans un certain nombre de cas, les médecins disputent leurs patients :

Docteur n°1 : *« Ben des fois, on l'engueule ! »*

Docteur n°9 : *« Je m'emporte assez facilement quand c'est comme ça. Quand on me prend pour une demeurée, je n'aime pas du tout ça ! »*

Docteur n°10 : *« Vous n'avez pas pris le rendez-vous, alors qu'est-ce que c'est que ça ? » « Et ça ? Ça ne fait pas partie du traitement ! »*

Docteur n°12 : *« Je suis quelqu'un qui peste facilement » « Je rouspète » « Je suis capable de taper du poing sur la table »*

(4) Culpabiliser le patient :

Plusieurs médecins culpabilisent les patients pour leur faire changer de comportement :

Docteur n°3 : *« C'est pas bien » « Tu vas être paralysé, bon ben c'est ton choix ! » « … le jour où ils sont un peu malades, même si c'est pas vrai : vous êtes malade parce que votre diabète n'est pas équilibré ! »*

Docteur n°9 : *« Que si ça n'est pour pas faire ce que je lui conseille de faire, je me demande pourquoi il vient me consulter. Alors c'est sûr, c'est une méthode où ça culpabilise un peu le patient, que finalement c'est ses artères, ça sera son infarctus ! »*

Docteur n°10 : *« Je le culpabilise un peu : ben voilà, qu'est-ce que vous avez fait ? » « Je le culpabilise sans être trop incisif. »*

(5) Faire du chantage :

Il semblerait que les femmes usent du chantage comme moyen de pression :

Docteur n°2 : *« Parfois, je fais du chantage, je ne prescris pas et je demande de revenir le lendemain [avec son auto-mesure tensionnelle]. »*

Docteur n°9 : *« S'il veut continuer à venir chez moi, il faut qu'il fasse sa prise de sang. »*

Docteur n°12 : *« A partir du moment où ils ne m'écoutent pas, ils sortent du cabinet, je ne les veux plus ! »*

(6) Manipuler affectivement :

Plusieurs médecins manient la corde affective de leurs patients :

Docteur n°3 : *« Je joue sur la femme, je lui dis : Madame, faut plus qu'il mange de chocolat parce … et un jour, il va finir sous insuline et à l'hôpital ! » « Il faut à mon avis jouer avec l'entourage. »*

Docteur n°12 : *« S'il vous arrive quelque chose, vous allez détruire toute la cellule familiale » « … jouer sur les relations qu'ils ont avec leurs enfants, en leur expliquant que les enfants n'ont pas besoin encore d'avoir de soucis supplémentaires. »*

Plusieurs femmes de la même tranche d'âge font part de leurs inquiétudes à leurs patients, sans doute avec beaucoup de sincérité, mais nous pourrions interpréter cette pratique comme à la limite d'une manipulation affective. Le patient va modifier son comportement pour faire plaisir au médecin et ses propres motivations passent au second plan.

Docteur n°2 : *« … je suis inquiète de voir que votre foie ne travaille pas comme il devrait travailler à votre âge, voyez, les chiffres sont quand même très augmentés, je suis très inquiète de voir ça … » « … il le fait pour me faire plaisir… »*

Docteur n°12 : *« Ils savent que je me fais toujours beaucoup de tracas pour eux … donc c'est surtout là-dessus que je m'appuie pour faire qu'ils fassent ce que je leur demande. »*

(7) Ne pas faire confiance au patient :

Dans le cadre des addictions, toutes les femmes interviewées partent du postulat de départ que les patients mentent :

Docteur n°2 : *« [A la réception d'une biologie hépatique] Soit il dit vous voyez bien je n'ai rien, soit il dit c'est le Paracétamol que je prends parce que j'ai mal à la tête… »*

Docteur n°7 : *« Plus dur pour l'alcool je trouve ou alors c'est moi qui suis moins à l'aise, je ne sais pas, mais je pense que c'est plus difficile, que les gens sont peut-être moins honnêtes aussi… »*

Docteur n°9 : *« Les patients qui ont des addictions, j'ai du mal à leur faire confiance. » « J'ai un a priori défavorable contre les fumeurs » « [A propos d'un patient sous traitement substitutif aux opiacées]… il m'arnaque, il doit en acheter ailleurs ou j'en sais rien… »*

Docteur n°12 : *« Je veux bien m'en occuper, prescrire leur médication mais leur faire comprendre que j'ai tendance à ne pas leur faire confiance, j'ai l'impression que de toutes façons, ils se laisseront aller. »*

Ce sentiment n'épargne cependant pas les hommes :

Docteur n°8 : *« Je leur fais faire des tests urinaires parce que je me dis, y'a peut-être pas besoin et ben si, il y a besoin, parce que même s'ils ont arrêté, ils n'ont pas arrêté la cigarette et trois fois sur quatre, ils continuent à fumer du cannabis, c'est pas facile. »*

Docteur n°10 : *« … ils arrivent, ils ont bu, ils ne l'avouent pas… » « Voyez, vous aviez bu, vous aviez dit que vous n'aviez presque rien bu… »*

Ces pensées automatiques vont à l'encontre de l'établissement d'un rapport collaboratif.

(8) Piéger le patient, le mettre en porte-à-faux :

Essentiellement dans le cadre des addictions, un bon nombre de médecins généralistes utilise les examens complémentaires pour piéger leurs patients et les mettre en porte-à-faux par rapport à leur consommation inavouée. La relation de confiance ne peut pas s'établir :

Docteur n°2 : *« Je proposerais quand même un contrôle hépatique en disant : écoutez, je pense que ça serait tout à fait bien à votre âge de faire un contrôle complet et on en parlera après, on aura peut-être des choses plus concrètes pour en parler. »*

Docteur n°3 : *« Je commence souvent par une prise de sang … pour leur montrer qu'il y a un problème de foie par exemple, bon si y'a rien, je suis embêté… »*

Docteur n°8 : *« Je leur fais faire des tests urinaires… »*

Docteur n°9 : *« J'attends d'avoir des éléments objectifs quoi … une prise de sang … il me faut quelque chose qui est indiscutable quoi. »*

Docteur n°10 : *« La première chose que je fais, je fais une prise de sang à n'importe quelle heure … sans alcool, sans désinfection alcoolique, je pique et je demande une alcoolémie. »*

(9) Infantiliser les patients :

Certains médecins infantilisent les patients :

Docteur n°10 : *« [A propos d'un rendez-vous chez le cardiologue que le patient n'a pas pris] je le prendrais, je le prendrais le rendez-vous. » « [A propos d'inobservance médicamenteuse] je fais passer l'infirmière. Comme ça l'infirmière, elle leur donne les médicaments. »*

Docteur n°12 : *« Donc, à chaque fois être derrière eux… »*

(10) Poser des questions fermées :

Les questions fermées ne favorisent pas la production de discours par le patient. Beaucoup de médecins posent des questions fermées, notamment dans le cadre des addictions :

Docteur n°1 : *« Est-ce que vous avez déjà eu envie d'arrêter de fumer ? » « Est-ce que vous avez déjà échoué ? »*

Docteur n°4 : *« Est-ce que vous avez moins fumé ? Est-ce que vous avez fait de l'activité physique ? Est-ce que vous avez diminué votre consommation ? Oui ou Non ? »*

Docteur n°7 : *« Toujours pas arrêté de fumer ? »*

Docteur n°10 : *« Vous venez chercher du Subutex ? » « Vous en prenez depuis combien de temps ? » « A quelle dose ? »*

Mais également concernant l'observance thérapeutique :

Docteur n°11 : *« Vous avez bien pris le traitement ? »*

Cependant, il est évident qu'il est impossible de mener un entretien uniquement avec des questions ouvertes. Il est souvent nécessaire de poser des questions fermées pour faire préciser des données. Il faut donc savoir les utiliser à bon escient.

(11) Se positionner en tant qu'expert :

Les médecins interviewés qui se positionnent en tant qu'experts sont des hommes de plus de 60 ans, qui participent à peu de formations médicales continues et qui n'ont pas de formation complémentaire :

Docteur n°4 : *« J'essaye de les remettre sur le droit chemin… » « C'est plutôt à eux de s'adapter aux conseils que je leur donne ! »*

Docteur n°10 : *« Y'avait le curé, l'instituteur et le médecin ; bon, le curé y'en a plus ; les instituteurs ont perdu de leur aura ; pour certaines personnes âgées, on est toujours un conseil et donc y'a pas besoin de les motiver ceux-là. Vous leur dites quelque chose, ce qui m'étonne c'est qu'ils retiennent quelques fois des choses qui ne sont pas essentielles dans notre discours… »*

Les pratiques utilisées à l'encontre des méthodes évoquées sont notamment :

- Faire peur
- Etre autoritaire
- Sermonner, réprimander
- Culpabiliser le patient
- Faire du chantage
- Manipuler affectivement
- Ne pas faire confiance au patient
- Piéger le patient, le mettre en porte-à-faux
- Infantiliser le patient
- Poser des questions fermées
- Se positionner en tant qu'expert

b) Conformément à l'utilisation des méthodes :

(1) Respecter les stades de Prochaska et DiClemente :

Les hommes plus que les femmes respectent les stades de la "roue du changement". Ils attendent que leurs patients "soient prêts" :

Docteur n°2 : *« Il n'est pas accessible » « On verra bien s'il y a une entrée dans le problème. »*

Docteur n°3 : *« Et un jour des fois, y'a le déclic ! »*

Docteur n°6 : *« Ils ne sont pas prêts à arrêter de fumer donc je n'insiste pas plus que ça… »*

Docteur n°11 : *« Il n'est pas prêt… » « On y arrivera probablement un jour. »*

(2) Informer les patients :

Tous les médecins, sans exception, informent leurs patients sur leur maladie ou leur addiction, les complications qu'elles peuvent engendrer, les traitements :

Docteur n°1 : *« On envoie le message » « On explique un peu plus les choses » « C'est un traitement qui est lourd… »*

Docteur n°2 : *« J'explique les dangers… » « … expliquer ce qu'il risque à long terme… »*

Docteur n°5 : *« Je lui explique évidemment les raisons pour lesquelles il faudrait qu'il fasse attention. »*

Docteur n°6 : *« Je lui fais des schémas sur notamment les artères qui sont bouchées… » « Je leur pose des Fagerström. »*

Docteur n°10 : *« J'essaye de leur expliquer qu'est-ce que ça nous apporte pour les soins et pour la prévention… »*

Docteur n°11 : *« On a la possibilité d'expliquer le déroulement de la pathologie. »*

Les médecins utilisent des moyens diversifiés pour informer leurs patients :

Docteur n°10 : *« Je suis assez explicatif dans la mesure où ils peuvent comprendre, bon j'ai des tableaux – diabète, les complications du diabète – je leur montre… »*

Docteur n°12 : *« L'affiche que j'ai dans la salle d'attente… »*

Certains d'entre eux s'appuient sur des examens complémentaires pour faire comprendre et appuyer l'information qu'ils veulent faire passer :

Docteur n°2 : *« [A propos d'une biologie sanguine] vous avez bien vu qu'il y avait un petit astérisque… » « Les chiffres sont quand même très augmentés. »*

Docteur n°11 : *« L'idée de faire des prélèvements quand on a des angines qui permettent de dire aux gens : voyez, c'est encore probablement viral, c'est viral, pas d'antibiotique. Toutes ces astuces – enfin ces astuces, ces moyens là – confortent le discours… »*

D'autres encore, adressent leurs patients à des confrères :

Docteur n°5 : *« J'envoie facilement aux diététiciennes du réseau pour prise en charge alimentaire… »*

Docteur n°6 : *« Je lui montre souvent des courriers des spécialistes… »*

Docteur n°12 : *« Je l'ai déjà fait hospitaliser pour que Dr … essaye de bien lui apprendre les choses en diabéto… » « Les choses sont aussi corroborées à chaque fois par le cardio qui redit la même chose que moi ; je veux dire, ensemble, on a toujours le même discours et à partir de ce moment là, ça se passe bien. »*

(3) Répéter, refaire :

Quand les comportements à risque persistent, tous les médecins répètent les informations données dans l'espoir qu'elles soient entendues :

Docteur n°1 : *« On rappelle… » « On refait… » « On est obligé de recommencer »*

Docteur n°2 : *« Je reviens dessus dans un mois, une espèce d'usure dans la communication, je reviens dessus, je reviens dessus… »*

Docteur n°4 : *« Donc il faut toujours remettre le couvert… »*

Docteur n°11 : *« Souvent, on est obligé de repartir sur cette notion… » « On va réinsister, quelques fois j'essaye d'être plus précis sur l'ordonnance… »*

(4) Interroger, recontextualiser :

Les médecins posent des questions ouvertes essentiellement en addictologie :

Docteur n°1 : *« Avec le tabac, vous en êtes où ? »*

Docteur n°2 : *« Comment vous vous situez par rapport à l'alcool ? »*

Quelques-uns seulement les utilisent dans le cadre de l'observance thérapeutique et de la diététique :

Docteur n°4 : *« Je leur demande quelles sont leurs habitudes alimentaires… »*

Docteur n°6 : *« J'essaye de voir pourquoi ils n'ont pas pris leur traitement… »*

Docteur n°11 : *« [A propos d'intolérance médicamenteuse] Comment vous savez que c'est le rouge et pas le bleu ? Vous les prenez en même temps ? »*

(5) Respecter l'autonomie du patient :

Beaucoup de médecins essayent de respecter les décisions de leurs patients :

Docteur n°1 : *« Oui, c'est leur choix ! Des fois on respecte… »*

Docteur n°2 : *« … arrêter de penser à la place de nos patients… »*

Docteur n°4 : *« … en fonction de ce qu'ils ont envie de manger, il faut tenir compte aussi de ça, du goût des patients… »*

Docteur n°11 : *« Si on voit vraiment que le simple fait d'en parler les fait grimper au plafond, on ne va pas plus loin. »*

Certains s'attellent vraiment à rechercher ce que leurs patients souhaitent faire :

Docteur n°8 : *« … savoir ce que lui compte faire par rapport à ça et comment il compte réagir. Savoir où il en est… » « … lui demander ce qu'il pense pouvoir faire pour sa santé… »*

Docteur n°11 : *« Supprimer l'avis du patient de toute la démarche, supprime un des éléments qui font partie de la base de la prise en charge. »*

(6) Etre à l'écoute des patients :

Les médecins ne sont malheureusement que peu nombreux à avoir mentionné l'écoute attentive de leurs patients :

Docteur n°11 : *« … et d'écouter un peu ce qu'ils disent… »*

Docteur n°12 : *« C'est les écouter quand ils ont des problèmes… »*

(7) Instaurer une relation de confiance :

Beaucoup de médecins évoquent la relation de confiance établie avec leurs patients :

Docteur n° 2 : *« Il y a une confiance absolue, ça y'a pas de souci. »*

Docteur n°11 : *« … associer avec le patient une réelle complicité… »*

Docteur n°12 : *« … il y a une superbe relation entre eux et moi… »*

(8) Faire preuve d'empathie :

Les médecins font largement preuve d'empathie à l'égard de leurs patients :

Docteur n°1 : *« C'est pas si évident que ça d'arrêter, pour moi ça n'est pas forcément quelque chose de négatif… »*

Docteur n°2 : *« Je suis inquiète… »*

Docteur n°9 : *« Il y en a que je comprends quoi, il y en a avec qui je suis plus cool, quelqu'un qui a eu un épisode de vie… »*

Docteur n°12 : *« Ils savent que je me fais toujours beaucoup de tracas pour eux… »*

(9) Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle :

Beaucoup de médecins valorisent leurs patients à l'occasion d'une rechute dans le cadre des addictions :

Docteur n°2 : *« Ca peux arriver à tout instant d'avoir une rechute… »*

Docteur n°7 : *« Je le félicite d'être venu déjà. » « Je serai plutôt positive à les encourager quand même. »*

Docteur n°8 : *« Ben c'est déjà bien d'en parler… »*

Docteur n°12 : *« … besoin de se sentir valorisés… »*

(10) Soutenir, aider :

La plupart des médecins généralistes interviewés prennent à cœur leur rôle d'aide et de soutien :

Docteur n°1 : *« On est là pour s'occuper de leur santé. »*

Docteur n°3 : *« On va l'aider alors ! »*

Docteur n°9 : *« J'essaye de les encourager… »*

Docteur n°10 : *« Je suis là pour les aider… »*

Docteur n°12 : *« Il faut soutenir, il faut booster… »*

(11) Négocier, discuter, trouver un compromis :

Négocier, discuter ou trouver un compromis vont à l'encontre des principes de l'entretien motivationnel mais constituent un pilier fondamental de la décision médicale partagée ; plusieurs médecins l'évoquent :

Docteur n°1 : *« C'est sujet à discussion… »*

Docteur n°7 : *« On arrive à trouver quand même… voilà… un terrain d'entente ! »*

Docteur n°8 : *« Je veux dire, c'est une négociation ! Une négociation ! » « Donc c'est trouver le bon compromis. »*

Docteur n°11 : *« On rediscute ensemble… » « Acceptons qu'on puisse négocier le traitement… »*

(12) Donner le choix :

Plusieurs médecins proposent à leurs patients de faire un choix en suivant les principes de la décision médicale partagée :

Docteur n°2 : *« Est-ce que vous ne voulez pas consulter un spécialiste pour vraiment creuser l'affaire ? Ou est-ce qu'on ne peut pas se voir deux-trois fois de suite pour creuser ensemble pourquoi vous avez fait cette rechute et qu'est-ce qui fait qu'en vous ça coince à ce moment là ? »*

Docteur n°4 : *« Est-ce que je vous donne un traitement tout de suite ? Est-ce que vous êtes capable de faire des efforts importants pour faire baisser votre cholestérol ? Ou est-ce que vous voulez qu'on vous donne un médicament ? »*

Docteur n°10 : *« Je leur propose différentes méthodes de traitement… »*

(13) Impliquer le patient dans le plan de soins :

Certains médecins souhaitent impliquer le patient dans le plan de soins :

Docteur n°8 : *« Il faudrait faire un journal de la cigarette » « En gros, je leur donne une mission à faire… »*

Docteur n°9 : *« Je pense qu'il faut l'impliquer dans le plan de soins, dans la stratégie… »*

Docteur n°11 *: « On remesure, vous prenez votre tension à la maison… » « Vous revenez avec votre petite feuille et on discute. »*

(14) Développer la divergence :

Quelques médecins essayent de développer la divergence pour faire prendre conscience à leurs patients de leur problème de comportement :

Docteur n°5 : *« J'essaye toujours de faire réfléchir sur les bénéfices qu'il en retire, sur ce que ça lui procure… »*

Docteur n°9 : *« Il y a une espèce d'incohérence dans ce que vous me dites… »*

(15) Utiliser l'écoute réflective :

Parmi les interviewés seules quelques femmes se servent de l'écoute réflective. Dans l'exemple ci-dessous, le Docteur n°9 utilise un double reflet. Elle juxtapose les propos contradictoires du patient afin de mettre en évidence deux versants de l'ambivalence :

Docteur n°9 : *« Il y a une espèce d'incohérence dans ce que vous me dites, voilà manifestement, vous avez peur de boucher une artère là, vous voudriez que le cardiologue vous voit toutes les cinq minutes pour s'assurer que tout va bien et à côté de ça, vous continuez à cloper et à rétrécir vos artères à chaque fois. »*

(16) Planifier, respecter un agenda :

Plusieurs médecins planifient leurs interventions avec leurs patients :

Docteur n°5 : *« Faudra qu'on discute… » « J'essaye d'aborder sur plusieurs consults, je leur dis de revenir… »*

Docteur n°7 : *« Il faut mettre des étapes, des petits objectifs… »*

Docteur n°11 : *« On se donne tel programme, on remesure… »*

Conformément aux principes des méthodes, les praticiens utilisent les pratiques suivantes :

- Respecter les stades de la "roue du changement"
- Informer les patients
- Répéter, refaire
- Interroger, recontextualiser
- Respecter l'autonomie du patient
- Etre à l'écoute des patients
- Instaurer une relation de confiance
- Faire preuve d'empathie
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle
- Soutenir, aider
- Négocier, discuter, trouver un compromis (pour la décision médicale partagée)
- Donner le choix (pour la décision médicale partagée)
- Impliquer le patient dans le plan de soins
- Développer la divergence
- Utiliser l'écoute réflective
- Planifier, respecter un agenda

c) La réactance et la résistance des patients :

Tous les médecins interviewés, sans exception, parlent de la réactance ou de la résistance des patients. Ils ne les évoquent pas directement en ces termes mais les illustrent parfaitement autant pour l'observance thérapeutique qu'en ce qui concerne les addictions :

Docteur n°1 : *« Y'a aucun moyen de pression, y'a aucun… si le patient n'est pas motivé… »*

Docteur n°2 : *« Il n'est pas accessible… » « Ils me soutiennent droit dans les yeux qu'ils les prennent, là on reste sur un blocage… »*

Docteur n°3 : *« Je lui demande s'il prend bien son traitement mais il va me dire oui, ça c'est sûr ! » « Ils ne veulent pas faire les examens souvent. »*

Docteur n°4 : *« C'est souvent des gens qui ne veulent pas faire de régime ou changer leurs comportements alimentaires. »*

Docteur n°5 : *« Les gens se braquent… »*

Docteur n°7 : *« [Ils] disent qu'ils ne fument pas du tout alors qu'ils sentent le tabac… »*

Docteur n°8 : *« Est-ce que vous voulez faire quelque chose ? Non, non, je ne veux pas ! »*

Docteur n°12 : *« J'ai des patients par contre qui n'en ont rien à faire… »*

Les réactances et les résistances des patients entraînent la résignation et le découragement d'une grande partie d'entre eux :

Docteur n°1 : *« Des fois, on baisse les bras… » « J'ai pas envie de faire plus… »*

Docteur n°2 : *« Non, je n'ai pas de bonne solution… » « On s'arrête là. Il est maître de sa santé ! Ça n'est pas moi, c'est lui qui est le maître de sa santé… »*

Docteur n°4 : *« Moi, je ne suis pas partisan de me battre avec les gens, je leur conseille, après, s'ils ne veulent pas tant pis pour eux ! » « Mais y'a aussi un moment où vous en avez marre quoi. Le médecin, il en a marre. De raconter toujours les mêmes salades, et puis que ça soit pas suivi de faits. » « Si, je peux vous l'avouer qu'on laisse tomber. »*

Docteur n°5 : *« S'il ne veut pas suivre, il se démerde, après, c'est plus mon problème ! »*

Docteur n°6 : *« Je n'insisterai pas sur la troisième fois, parce que s'il ne l'a pas fait deux fois de suite, je pense qu'il ne le fera pas. »*

Docteur n°7 : *« Je ne vais pas me battre forcément à chaque fois, je revois mes objectifs à la baisse. »*

Docteur n°8 : *« C'est pas facile ! »*

Docteur n°9 : *« On arrive à rien ! » « C'est démotivant pour nous… » « Je lui dis que moi, je ne peux pas travailler dans des conditions pareilles et voilà, et qu'il doit changer de médecin traitant. » « Je dis merde après tout, c'est son problème quoi ! » « Je ne vais pas m'épuiser ! »*

Docteur n°12 : *« Lui, je ne sais pas si j'y arriverai… » « C'est pas possible d'avoir une relation, d'essayer de refaire confiance à quelqu'un quand une fois il y a eu ce dérapage, alors je lui ai demandé qu'elle s'adresse à un autre médecin… »*

Plusieurs médecins évoquent certaines pratiques qui entraînent la résistance. Ils partagent ici leurs expériences :

Docteur n°5 : *« Si vous rentrez dans le vif du sujet assez brutalement, les gens se braquent. »*

Docteur n°8 : *« Si on leur met tout, à ce moment là, ils disent : on ne peut plus rien faire, et ils ne se motivent pas du tout. »*

Docteur n°9 : *« Lui proposer ça, ça, ça, ça, de toutes façons, ça ne marche jamais. »*

Docteur n°11 : *« Contre l'avis du patient, ça ne marche jamais ! » « On n'a jamais convaincu quelqu'un d'arrêter s'il n'y a pas une démarche claire de sa part. »*

La réactance et la résistance des patients provoquent la résignation et le découragement des médecins.

Les médecins interviewés ne semblent pas savoir quoi faire face à la réactance et la résistance de certains patients. Ils se retrouvent comme "bloqués dans une impasse". On constate cependant que les praticiens sont très peu à demander à leurs patients les causes de ces réactances ou résistances. Des questions simples comme : « Pourquoi ne prenez-vous pas vos médicaments ? », « Pourquoi ne voulez-vous pas arrêter de fumer ? », « Quel le est problème concernant … ? » n'ont pratiquement jamais été abordées lors des entretiens.

d) Ce que les médecins pensent des méthodes développées :

(1) L'alliance thérapeutique :

Très peu de médecins connaissent et utilisent l'alliance thérapeutique.
Ce sont des hommes qui ont tous les deux plus de 55 ans et sont installés depuis plus de 25 ans.
L'un d'entre eux est maître de stage, le second l'a été.
Ils participent tous les deux à de nombreuses formes de formation médicale continue.
Pour tous les autres interviewés, l'alliance thérapeutique est une méthode inconnue.

(2) La décision médicale partagée :

Les seuls médecins à l'avoir évoquée et à la pratiquer consciemment sont ceux qui utilisent l'alliance thérapeutique.
Pour tous les autres médecins, le concept est étranger mais beaucoup d'entre eux la pratiquent en l'ignorant, nous y reviendrons dans la discussion.

(3) L'entretien motivationnel :

Ce concept séduit beaucoup plus apparemment ; nos interviewés sont assez nombreux à en avoir entendu parler.
Le panel est beaucoup plus disparate, on trouve des hommes, des femmes, d'âges variés et aux modes d'exercice bien différents.
Ils sont peu cependant à l'utiliser volontairement.

(4) Le repérage précoce et l'intervention brève :

Les médecins sont nombreux à l'avoir mentionné et à l'utiliser partiellement, du moins dans le cadre des addictions.
En effet, si le repérage précoce semble être une pratique courante, l'intervention brève reste une pratique peu employée et même méconnue.

L'alliance thérapeutique et la décision médicale partagée sont peu connues.

L'entretien motivationnel est une méthode connue mais peu employée de manière volontaire.

Le repérage précoce des addictions est pratiqué de manière courante mais l'intervention brève reste méconnue.

e) Les obstacles cités à l'utilisation des méthodes :

Inexorablement les médecins généralistes évoquent le manque de temps indépendamment de la durée de leur consultation :

Docteur n°1 (Durée moyenne d'une consultation : vingt minutes) : *« On a pas le temps… »*

Docteur n°3 (Durée moyenne d'une consultation : quinze minutes) : *« C'est du travail qui est long, j'avoue et je n'ai pas toujours le temps… »*

Docteur n°4 (Durée moyenne d'une consultation : vingt minutes) : *« J'ai déjà pas le temps de le faire… »*

Docteur n°5 (Durée moyenne d'une consultation : six-sept minutes) : *« Chronophage, c'est épouvantable ! »*

Docteur n°6 (Durée moyenne d'une consultation : quinze minutes) : *« On a pas le temps malheureusement. »*

Docteur n°8 (Durée moyenne d'une consultation : quinze minutes) : *« La montre, la montre, la montre » « [A propos de l'éducation thérapeutique] Je ne sais pas à quel moment je peux la faire parce que c'est chronophage, c'est chronophage dans le sens qu'il faut prendre du temps sinon ça ne marche pas ! »*

Docteur n°9 (Durée moyenne d'une consultation : quinze minutes) : *« Ça n'est pas intégrable dans un cabinet avec un fonctionnement comme ici. Je pense qu'il faut un espace temps rien que pour ça… »*

Seul un médecin suggère l'absence de formation comme obstacle :

Docteur n°9 : *« Y'a la formation, si on n'est pas formé, il faut être formé. »*

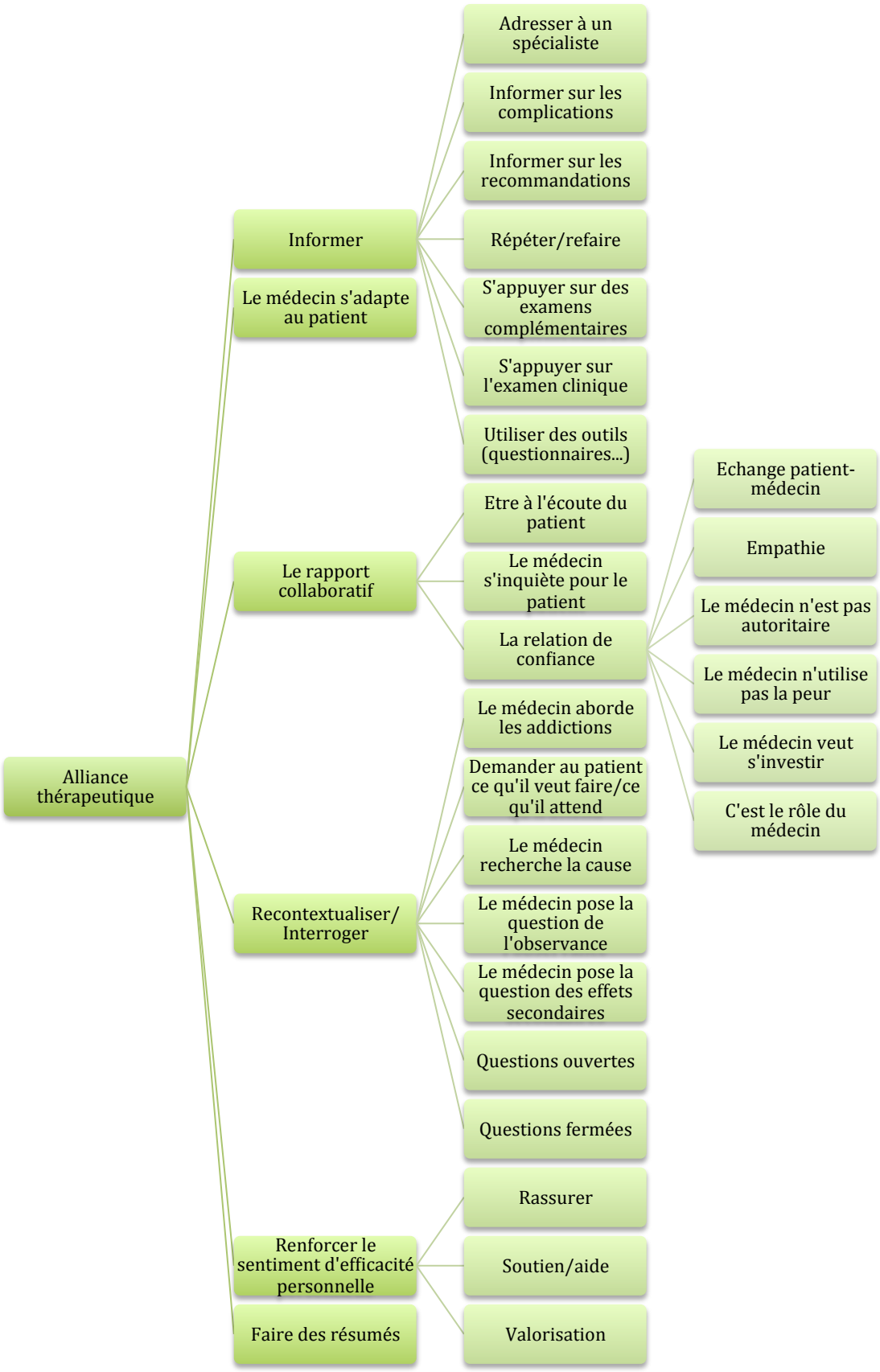
Les médecins évoquent essentiellement le manque de temps comme obstacle à l'utilisation des méthodes développées.

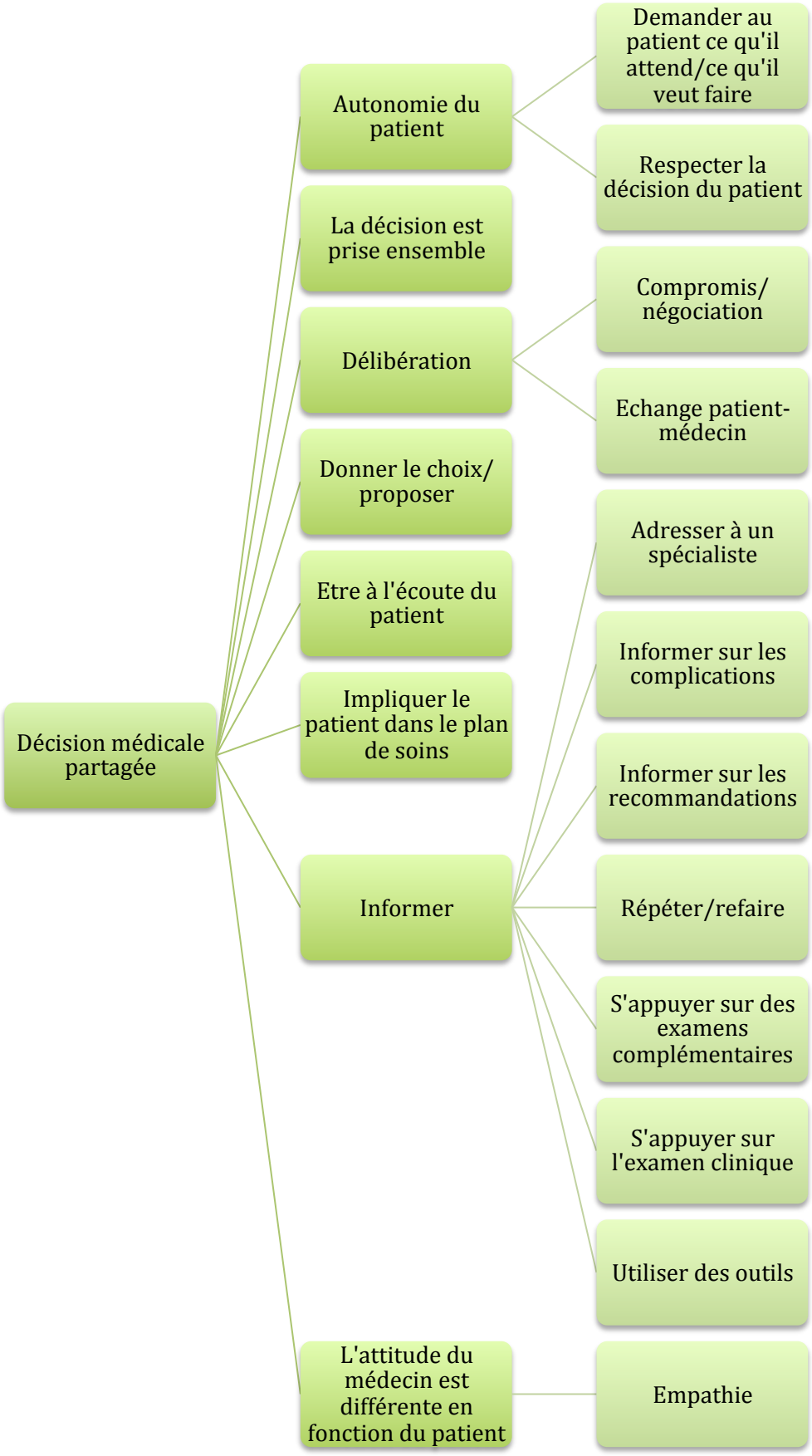
Seul un médecin parle du manque de formation.

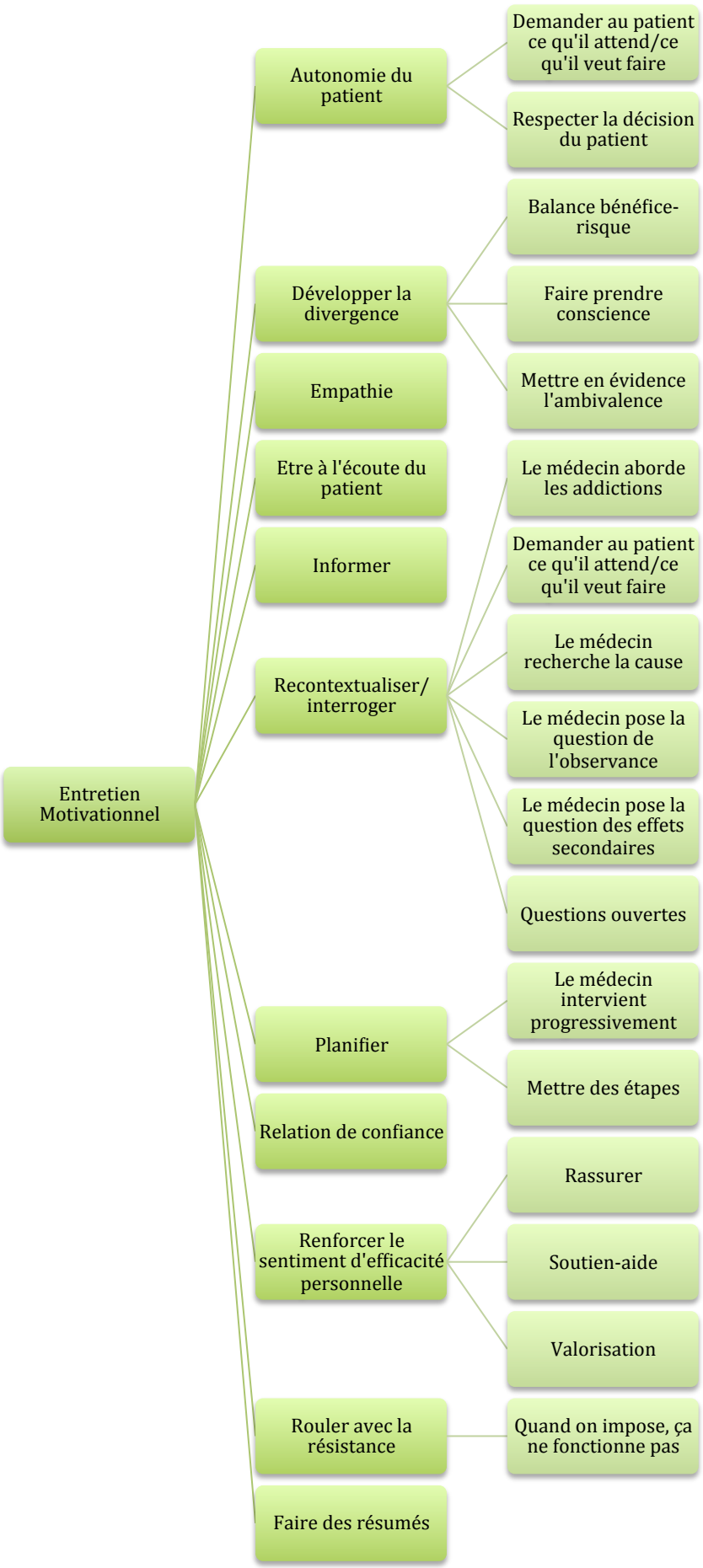
4. L’arbre thématique :

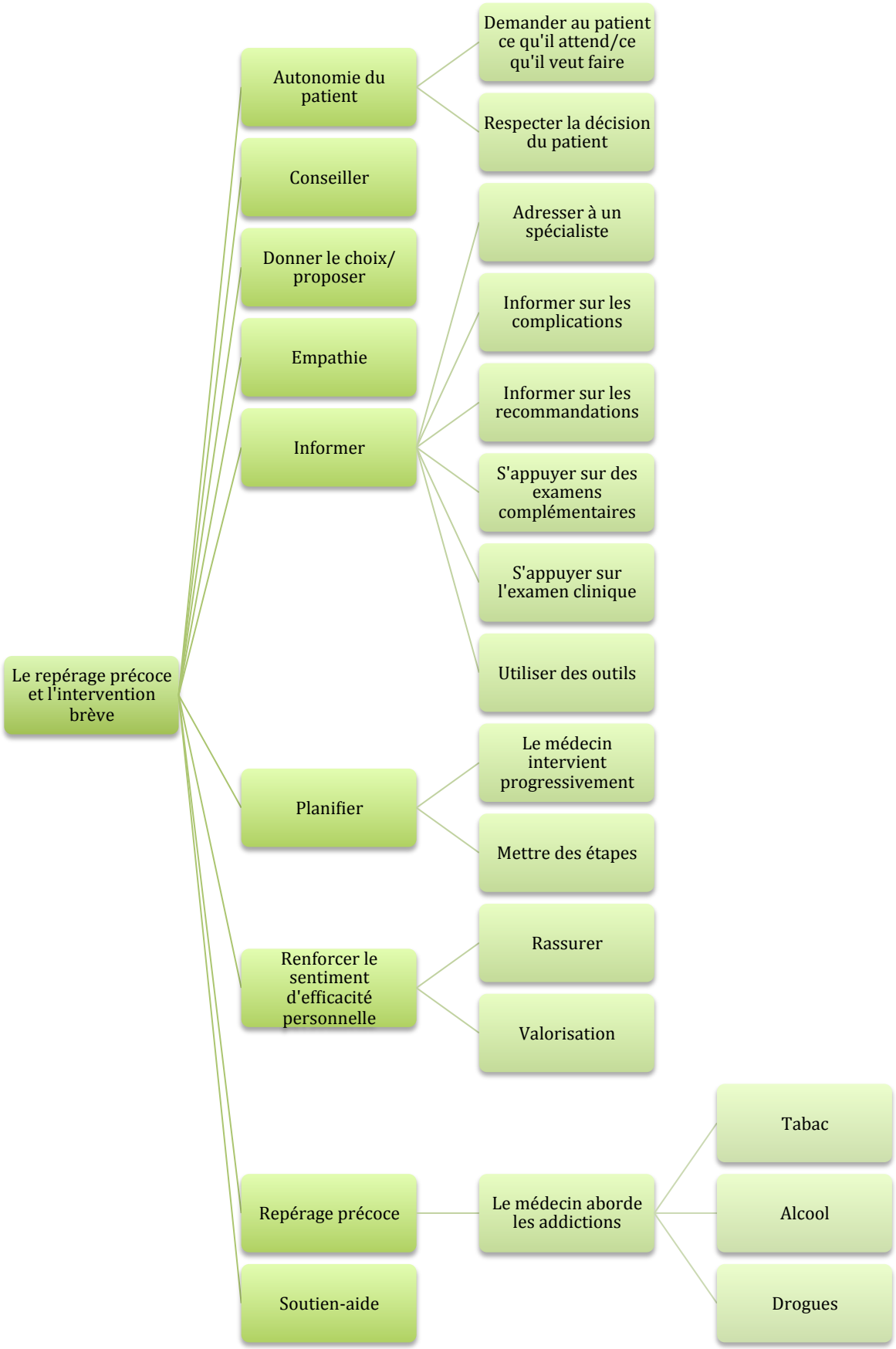
L’arbre thématique se base sur les quatre méthodes décrites dans l’introduction : l’alliance thérapeutique, la décision médicale partagée, l’entretien motivationnel et le repérage précoce et l’intervention brève. Les pratiques des médecins généralistes ont été hiérarchisées, regroupées, classées ; ainsi des centaines de verbatims ont été assignées ou codées aux ensembles thématiques saillants qui ont eux-mêmes été répartis dans des axes thématiques. L’arbre thématique est une synthèse descriptive qui représente les liens entre les thèmes que nous avons abordés au cours de notre travail.

Dans un souci de clarté de présentation, toutes les subdivisions de l’arbre thématique n’ont pas pu être représentées.


Alliance thérapeutique
Informer
Le médecin s'adapte au patient
Le rapport collaboratif
Recontextualiser/ Interroger
Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle
Faire des résumés
Adresser à un spécialiste
Informer sur les complications
Informer sur les recommandations
Répéter/refaire
S'appuyer sur des examens complémentaires
S'appuyer sur l'examen clinique
Utiliser des outils (questionnaires...)
Etre à l'écoute du patient
Le médecin s'inquiète pour le patient
La relation de confiance
Echange patient-médecin
Empathie
Le médecin n'est pas autoritaire
Le médecin n'utilise pas la peur
Le médecin veut s'investir
C'est le rôle du médecin
Le médecin aborde les addictions
Demander au patient ce qu'il veut faire/ce qu'il attend
Le médecin recherche la cause
Le médecin pose la question de l'observance
Le médecin pose la question des effets secondaires
Questions ouvertes
Questions fermées
Rassurer
Soutien/aide
Valorisation


Décision médicale partagée
Autonomie du patient
Demander au patient ce qu'il attend/ce qu'il veut faire
Respecter la décision du patient
La décision est prise ensemble
Délibération
Compromis/ négociation
Echange patient-médecin
Donner le choix/ proposer
Etre à l'écoute du patient
Impliquer le patient dans le plan de soins
Informer
Adresser à un spécialiste
Informer sur les complications
Informer sur les recommandations
Répéter/refaire
S'appuyer sur des examens complémentaires
S'appuyer sur l'examen clinique
Utiliser des outils
L'attitude du médecin est différente en fonction du patient
Empathie


Entretien Motivationnel
Autonomie du patient
Demander au patient ce qu'il attend/ce qu'il veut faire
Respecter la décision du patient
Développer la divergence
Balance bénéfice-risque
Faire prendre conscience
Mettre en évidence l'ambivalence
Empathie
Etre à l'écoute du patient
Informer
Recontextualiser/ interroger
Le médecin aborde les addictions
Demander au patient ce qu'il attend/ce qu'il veut faire
Le médecin recherche la cause
Le médecin pose la question de l'observance
Le médecin pose la question des effets secondaires
Questions ouvertes
Planifier
Le médecin intervient progressivement
Mettre des étapes
Relation de confiance
Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle
Rassurer
Soutien-aide
Valorisation
Rouler avec la résistance
Quand on impose, ça ne fonctionne pas
Faire des résumés


Le repérage précoce et l'intervention brève
Autonomie du patient
Demander au patient ce qu'il attend/ce qu'il veut faire
Respecter la décision du patient
Conseiller
Donner le choix/ proposer
Empathie
Informer
Adresser à un spécialiste
Informer sur les complications
Informer sur les recommandations
S'appuyer sur des examens complémentaires
S'appuyer sur l'examen clinique
Utiliser des outils
Planifier
Le médecin intervient progressivement
Mettre des étapes
Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle
Rassurer
Valorisation
Repérage précoce
Le médecin aborde les addictions
Tabac
Alcool
Drogues
Soutien-aide

IV. Discussion :

A. Impressions générales :

C'est avec beaucoup d'intérêt et de plaisir que nous avons réalisé ce travail.
Avoir la chance de pouvoir porter un regard sur la façon dont exercent ses pairs ou ses aînés est très enrichissant pour sa pratique personnelle. C'est un peu comme s'ils nous avaient livré "leurs secrets" en nous faisant part de leur expérience. Tous les médecins qui ont accepté de nous recevoir se sont également montrés enthousiastes et chaque entretien s'est avéré être un moment d'échange agréable qui s'est souvent poursuivi au delà des vingt minutes d'enregistrement.

Cependant la pratique de l'entretien semi-dirigé n'est pas chose aisée ; c'est au fur et à mesure des entretiens et de leur analyse que l'enquêteur a pu s'améliorer. Il faut être vif pour pouvoir rebondir sur les notions importantes que l'on souhaite approfondir. Ce n'est pas toujours facile de relancer l'interviewé et il faut veiller à avoir abordé tous les thèmes de l'étude dans un laps de temps très court et cela malgré la grille d'entretien.

La dernière partie de l'entretien qui concerne ce que les médecins généralistes pensent des différentes méthodes a été difficile à appréhender. En effet, cette question peut être gênante quand les méthodes citées ne sont pas connues ; elle a souvent mis mal à l'aise l'interviewer qui a eu à plusieurs reprises l'impression de mettre ses aînés en porte-à-faux. C'est pour cette raison que cette question a été abordée à la fin de l'entretien ; les médecins interviewés ne devaient pas ressentir notre entrevue comme une évaluation de leur pratique. C'est une question ouverte pour laquelle nous avons choisi de ne pas revenir sur les méthodes que les médecins avaient volontairement écartées de leur réponse. Les méthodes que les interviewés ont occultées leur sont probablement étrangères et il était inutile de mettre ce point en exergue.

Notre travail s'est révélé être très enrichissant concernant notre pratique personnelle.

L'interviewer a rencontré plusieurs difficultés lors des entretiens semi-dirigés : il n'en avait jamais réalisé auparavant et n'a pu s'améliorer qu'au fur et à mesure des entretiens et de leur analyse.

Nous avons veillé à ce que nos interventions ne soient pas ressenties comme une évaluation des pratiques des médecins interviewés.

B. Les biais de l'étude :

1. Les biais liés aux modes d'accès aux interviewés :

En ce qui concerne le mode d'accès direct, la rentabilité de l'entretien peut être entachée par la distance établie entre l'interviewer et l'interviewé. En effet, tous les deux ne se connaissent pas et il est parfois difficile d'établir un contact sincère [21].
En ce qui concerne la méthode de proche en proche (mode d'accès indirect), un intermédiaire (un interviewé) conseille le prochain interviewé à l'enquêteur. Le nouvel interviewé peut se trouver gêné lors de l'entrevue et ne pas parler librement à cause du lien qui l'unit à l'intermédiaire [21].
Ainsi, on ne peut que supposer la véracité des discours des interviewés. Mais en réalité, reflètent-ils leur véritable pratique ?

2. Les biais liés à l'analyse :

La **validité interne** d'une étude consiste à s'assurer que *« ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer. »* [26].

L'analyste n'était absolument pas familier avec l'analyse qualitative avant de réaliser ce projet. L'analyse qualitative est un exercice complexe, elle *« ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de questions en questions. »* [27]. On peut se douter aisément que lorsqu'il s'agit d'un premier essai celui-ci ne peut être réalisé parfaitement.
Ce biais a cependant été limité par l'intervention du directeur de thèse qui – comme cité précédemment - a codé et analysé un tiers des entretiens en parallèle afin d'affiner le travail de l'analyste.

Il n'a malheureusement pas été réalisé de **triangulation** concernant la méthode de recueil de données, ce qui aurait permis d'augmenter la validité interne de notre étude. La triangulation correspond à la diversification des méthodes utilisées concernant ici le recueil des données [20] ; nous n'avons eu recours uniquement qu'à des entretiens semi-dirigés pour notre travail.

Ce travail comporte plusieurs biais concernant notamment :
- Les modes d'accès aux interviewés (les relations préexistantes entre l'interviewé et l'interviewer).
- L'analyse (les compétences de l'analyste et le défaut de triangulation des méthodes de recueil).

C. La validité externe :

La validité externe ou la transférabilité renvoie à la notion de généralisation des résultats à la population [26]. Rappelons une nouvelle fois que la représentativité de l'échantillon au sens statistique n'existe pas dans une étude qualitative. Une relative saturation a été obtenue à l'issue des douze entretiens que nous avons menés, cependant, il faut rester prudent concernant l'extrapolation de nos résultats à toute la population des médecins généralistes lorrains. En effet, notre échantillon est de petite taille ; une étude plus importante aurait été cependant difficile à réaliser compte-tenu de la complexité que requiert une analyse qualitative.

Bien qu'atteignant une relative saturation, il faut rester prudent concernant l'extrapolation des résultats de notre étude à la population de médecins généralistes lorrains, la taille de notre échantillon étant réduite.

D. Synthèse des résultats :

Tous les médecins interviewés considèrent que motiver un patient à changer de comportement est une tâche difficile. La résistance et la réactance des patients sont des problèmes évoqués par tous et nous ne pouvons que constater la résignation et le découragement de beaucoup de médecins face à cela. Ils sont nombreux à dire qu'il n'existe pas de "recette miracle" pour motiver un patient à changer de comportement.

Chaque médecin a développé, à sa manière, de quoi faire face aux résistances et réactances des patients. Et même lorsque les méthodes que nous avons développées leur sont inconnues, leur pratique personnelle s'en rapproche souvent. Les praticiens interviewés utilisent spontanément de nombreuses pratiques qui suivent les fondamentaux des quatre méthodes que nous avons choisies.

Nous allons revoir chacune des méthodes décrites dans le détail.

1. L'alliance thérapeutique :

L'alliance thérapeutique est une méthode pratiquement inconnue par les médecins généralistes interviewés. On trouve peu de littérature sur le sujet et il n'est manifestement pas souvent abordé lors des réunions de formation médicale continue.

- Le rapport collaboratif :

Les médecins généralistes sont nombreux à évoquer le rapport collaboratif qui s'établit avec le patient malgré certaines de leurs pratiques qui s'y opposent (faire peur, être autoritaire, sermonner, culpabiliser le patient, faire du chantage, manipuler affectivement, ne pas faire confiance au patient, piéger le patient, infantiliser le patient, se positionner en tant qu'expert). Ils mettent un point d'honneur à établir une relation empathique et chaleureuse.
Les pensées automatiques existent, ainsi les médecins femmes semblent moins tolérantes et ne font pas confiance aux patients souffrant d'addictions. Ces pensées automatiques ne sont pas remises en question. L'auto-observation décrite par Charles Cungi (technique du "petit vélo") n'est pas mise en œuvre et demeure inconnue.

- Recontextualiser :

Beaucoup de médecins posent des questions ouvertes essentiellement dans le cadre des addictions. C'est une pratique courante concernant l'alcoolisme et le tabagisme principalement. Les praticiens sont peu nombreux à utiliser les questions ouvertes dans le cadre de l'observance thérapeutique, la diététique ou l'activité physique.

- Reformuler :

Les médecins interviewés ne semblent pas utiliser la reformulation. La répétition ou la formulation d'hypothèse n'ont pas été mentionnées aux cours des douze entretiens. La production de discours par le patient n'apparaît pas comme un objectif pour les praticiens interviewés.

- Résumer :

Les résumés ne semblent pas être utilisés couramment par notre panel d'interviewés.

- Renforcer :

Beaucoup de médecins renforcent le sentiment d'efficacité personnelle ; une relation d'aide est souvent établie. Principalement dans le cadre des addictions et plus particulièrement lorsqu'il a été abordé le sujet des rechutes. Ainsi les praticiens interrogés mettent un point d'honneur à encourager et valoriser leurs patients en ce qui concerne les rechutes tabagiques ou alcooliques.

2. La décision médicale partagée :

La décision médicale partagée est largement utilisée par notre panel d'interviewés.
Ils sont pourtant peu à connaître cette méthode d'un point de vue théorique, malgré la promotion européenne de la "shared decision making" par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2008 [28].
La Haute Autorité de Santé a également publié en 2013 un état des lieux concernant la décision médicale partagée [8], elle y soulève plusieurs enjeux :

- La promotion de la contribution du patient qui souhaite intervenir face aux décisions concernant sa santé.
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (car c'est une méthode basée sur l'Evidence-Based Medicine).
- La diminution des recours inappropriés aux soins puisque le plan de soins est établi d'un commun accord entre le patient et le praticien.

Tous les médecins généralistes informent leurs patients, cependant ils sont peu nombreux à leur exposer le niveau de preuve de l'information qu'ils partagent. Seuls certains praticiens énoncent les recommandations en vigueur à leurs patients.
Dans un souci de respect de l'autonomie du patient, plusieurs médecins leur proposent différentes options. Ils évoquent volontiers les notions de discussion, négociation et compromis, en accord avec les principes de la décision médicale partagée.

Les praticiens interviewés ont donc une pratique personnelle proche de la décision médicale partagée alors que ceux-ci n'y sont pas formés. Leur expérience personnelle leur a permis d'élaborer une méthode similaire qu'ils utilisent dans le cadre de l'observance thérapeutique, de la prévention, des maladies chroniques ou des addictions sans distinction particulière.

3. L'entretien motivationnel :

Ils sont nombreux à en avoir entendu parler mais beaucoup d'entre eux prétendent ne pas s'en servir faute de temps. Cependant, certains fondamentaux de l'entretien motivationnel sont spontanément utilisés par beaucoup de médecins généralistes, principalement dans le cadre des addictions. D'autres le sont beaucoup moins. En résumé :

- Ils expriment pratiquement tous de l'empathie pour leurs patients, ce qui est le premier principe de base de l'entretien motivationnel.

- Ils sont plusieurs à fixer un agenda et convenir du "programme" de la consultation.

- Ils sont peu nombreux à développer la divergence. Ce second principe n'est cependant pas utilisé de manière consciente et se trouve dissimulé dans les entretiens.

- Les praticiens explorent les motivations de leurs patients en posant des questions ouvertes et sont également nombreux à respecter le stade de la "roue du changement" de Prochaska et DiClemente.

- L'écoute réflective est peu utilisée, a priori également de manière inconsciente.

- L'utilisation des résumés n'a pas été mentionnée.

- Le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle est couramment employé, les praticiens instaurent une relation d'aide et de soutien dans la majeure partie des consultations.

Il s'avère donc difficile d'utiliser cette méthode dans sa globalité, dans un article datant de 2009, William Miller et Stephen Rollnick disent de l'entretien motivationnel que c'est une méthode *« simple mais pas facile. […] L'entretien motivationnel n'est pas une astuce ou une technique qui est simple à apprendre et à maîtriser. Cela requiert l'usage conscient et discipliné de principes de communication spécifiques et de stratégies pour évoquer les motivations propres de la personne pour changer »* [29] *(« MI is not a trick or a technique that is easily learned and mastered. It involves the conscious and disciplined use of specific communication principles and strategies to evoke the person's own motivations for change »)*.

Les interviewés, nous l'avons vu, utilisent un grand nombre de pratiques allant à l'encontre de l'entretien motivationnel. Ils ont eux-mêmes décrit la résistance et la réactance que ces pratiques pouvaient entraîner.
On retrouve à plusieurs reprises des confusions concernant l'entretien motivationnel, entre autres avec l'éducation thérapeutique (rappelons ici que l'entretien motivationnel s'utilise dans le cadre de l'éducation thérapeutique mais que c'est loin d'être son seul champ d'application). Ces confusions peuvent s'expliquer par la flexibilité de la méthode qui amène chaque individu à en avoir une interprétation et une application personnelles [29].
L'efficience de l'entretien motivationnel n'est plus à prouver ; il existe de nombreuses méta-analyses, de revues de littérature et des articles originaux qui appuient cette méthode. Une méta-analyse réalisée en 2003 aux Etats-Unis dans le cadre des addictions (alcool et cannabis) montre une efficacité significativement supérieure de l'entretien motivationnel face à l'absence d'intervention et aux méthodes usuelles (respectivement 51 % d'efficacité contre 37 %) [30]. Une seconde méta-analyse réalisée en 2004 publiée dans le British Journal of General Practice prouve une efficacité significative de l'entretien motivationnel concernant le surpoids, l'hypercholestérolémie, l'hypertension

artérielle et la consommation excessive d'alcool ; elle conclut à des résultats équivalents dans le cadre des maladies psychiques et des maladies somatiques [12].

4. Le Repérage Précoce et l'Intervention Brève :

L'intervention brève a été la méthode la plus fréquemment mentionnée lors des entretiens par nos interviewés. Il existe cependant une confusion entre le repérage précoce et l'intervention brève. En effet, les médecins interviewés décrivent l'intervention brève comme le repérage des conduites addictives par une simple question ouverte.
Ils pratiquent l'intervention brève à l'issue de la réponse à la question mais n'en n'ont pas conscience. Conseiller, se mettre d'accord, aider et organiser sont des étapes qu'ils réalisent naturellement sans penser être dans le cadre de cette méthode.
Une revue systématique de littérature datant de 2002 évoquait également que *« les interventions brèves élaborées pour s'inscrire dans la pratique quotidienne se révèlent être facteur de changements cliniques significatifs dans la population pour un nombre croissant de facteurs de risques comportementaux »* [31].
Ainsi, malgré les avantages de la méthode décrits dans la littérature, les recommandations et la promotion de l'intervention brève par la DGS, l'OMS ou encore l'INPES, cette méthode, dans sa globalité, reste partiellement méconnue d'un point de vue théorique pour la plupart des médecins généralistes rencontrés.

E. Le modèle paternaliste :

Donner des conseils, informer les patients sont les premières étapes utilisées par nos interviewés pour motiver leurs patients à changer de comportement. La logique de cette démarche se base sur le fait que les patients ne sont pas suffisamment informés et lorsque ceux–ci le deviennent, cela devrait suffire à leur faire changer de comportement. C'est une approche fondamentalement paternaliste [32].

Le modèle paternaliste date des années 1950, il est décrit ainsi : le médecin détient le savoir médical, le patient quant à lui ne connaît que les symptômes dont il souffre. Le médecin décide donc seul, de manière bienveillante et dans l'intérêt du patient, à la place du patient. Le patient est dépeint comme incapable de prendre des décisions concernant sa santé car il est en souffrance, ce qui altère son jugement [8] [33].
Le professeur Louis PORTES, président de l'Ordre des Médecins a déclaré en janvier 1950, lors d'une communication à l'académie des Sciences Morales et Politiques *: « Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver, ou simplement à guérir. »* [33].

Ce modèle ne sera remis en cause que dans les années 1980 sur deux points déterminants [7] :

- L'avènement de plusieurs traitements pour une même pathologie, avec des avantages et des inconvénients propres sans qu'aucun traitement ne puisse montrer de réelle supériorité d'efficacité. Il revenait donc au patient de faire le choix des avantages et des inconvénients auxquels il allait être soumis.
- La notion de qualité des soins avec la remise en question de la toute puissance des médecins. En effet, dans le cadre d'une même pathologie, il n'était plus tolérable que certains praticiens utilisent des méthodes désuètes alors qu'il existait de nouvelles recommandations ayant fait preuve d'efficacité supérieure.

L'emprise de ce modèle est encore bien présente ; durant plus de trente ans, ces réflexes correcteurs ont été enseignés, ils ont été ancrés dans la mémoire du corps médical.
Ces préceptes ont été inculqués aux médecins généralistes qui exercent depuis une trentaine d'années ; pour les plus jeunes, ces fondamentaux ont été enseignés à leurs professeurs. Il n'est pas facile de faire table rase du passé.
Ainsi, faire peur, être autoritaire, sermonner ou réprimander, faire culpabiliser les patients, faire du chantage, manipuler affectivement, ne pas faire confiance aux patients, piéger les patients, infantiliser les patients, poser des questions fermées, se positionner en tant qu'expert sont probablement les empreintes de ce modèle du passé.
Tous les médecins généralistes rencontrés veulent agir dans l'intérêt de leurs patients, parfois maladroitement, mais ils sont tous convaincus d'une chose : ils essayent de faire ce qu'ils peuvent pour aider leurs patients à être en meilleure santé.

Le modèle paternaliste est encore bien présent dans la pratique quotidienne des médecins généralistes interviewés.

F. Le manque de temps :

La quasi totalité des médecins généralistes interviewés évoquent un manque de temps lors de leurs consultations. Ils sont unanimes : pour motiver un patient à changer de comportement, il faut prendre le temps.
Pour illustrer ces propos, une revue de littérature datant de 2002 décrit les consultations longues comme des consultations significativement associées *« à une meilleure reconnaissance et une meilleure prise en charge des problèmes psychosociaux »*. L'article mentionne également *« que les praticiens avec des temps de consultations plus longs prescrivent moins et offrent plus de conseils sur le style de vie et d'autres activités favorables à une bonne santé »* [34]. Ainsi **la qualité des soins** serait donc dépendante de la durée des consultations.
Par ailleurs, la loi française impose aux médecins généralistes d'offrir à leurs patients des soins de qualité, le titre II de la loi du 21 juillet 2009 s'intitule comme suit : *« Accès de tous à des soins de qualité »*. Cette loi énonce les rôles du médecin généraliste de premier recours dans l'article 36 :

> *« - 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;*
> *- 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
> *- 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ;*
> *- 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;*
> *- 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;*
> *- 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;*
> *- 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;*
> *- 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »* [35].

Mais alors pourquoi les médecins généralistes n'augmentent-ils pas la durée de leurs consultations ? Deux obstacles sont alors à mettre en exergue :

- En octobre 2011 a eu lieu une journée d'échange entre le CES (le Collège des Economistes de la Santé) et l'IReSP (l'Institut de Recherche en Santé Publique). La première intervention de la journée avait pour intitulé : *« La durée de consultation : une variable charnière entre l'économie du cabinet médical et la qualité des soins ? »* ; c'est une question judicieuse. Des contraintes de temps dépendent **les contraintes économiques inhérentes à la gestion d'un cabinet** libéral de médecine générale. Le médecin généraliste n'a d'autre choix que de "gérer son entreprise". Pour exister, un cabinet se doit d'être rentable.

- La deuxième notion à développer est celle de **l'accès aux soins** ; l'équation est simple : si les durées de consultation s'allongent, les médecins ne pourront plus

recevoir tous les patients qui en ont besoin. L'accès de tous à des soins de premiers recours est une priorité définie dans la loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [35]. En 2011, en Lorraine, quarante-cinq pour cent des bassins de vie comptaient une densité de médecins généralistes libéraux et mixtes faible (par rapport à la moyenne nationale) avec un nombre non négligeable d'entre eux susceptibles de prendre leur retraite à court terme [25].

L'exercice de la médecine générale se définit comme un équilibre fragile entre la qualité des soins, les contraintes économiques de gestion du cabinet et l'accès aux soins de premiers recours pour tous.

Il reste un autre point à souligner, l'utilisation des méthodes développées est-elle réellement plus chronophage que les méthodes utilisées par les médecins généralistes interviewés ? Cette question pourrait faire l'objet d'une étude complémentaire.
L'intervention brève est comme son nom l'indique, une intervention brève. Celle-ci ne doit durer que de cinq à quinze minutes ; l'utilisation de méthodes traditionnelles peut-elle permettre d'aborder un problème d'addiction plus rapidement ?

Une étude contrôlée randomisée réalisée au Danemark auprès de médecins généralistes ne montre pas d'augmentation de la durée de consultation lors de l'utilisation de l'entretien motivationnel face aux méthodes traditionnelles [36].
S'il est commun de penser que l'utilisation de l'entretien motivationnel n'est possible que dans le cadre de consultations longues, une méta-analyse s'efforce de prouver au contraire qu'il est possible d'atteindre des résultats significatifs lors de consultation de moins de vingt minutes [12].

Répéter, refaire… sont des pratiques qui ont souvent été évoquées par nos interviewés. Ces pratiques ne représentent-elles pas une perte de temps plus importante que l'utilisation des méthodes évoquées ? En effet, dans une méta-analyse, il a été mis en lumière que les effets de l'entretien motivationnel ne semblent pas décliner au cours du temps quelque soit le type de pathologies étudiées [30].

L'utilisation des méthodes évoquées allonge-t-elle réellement la durée de consultation ?

Dans le cas où l'utilisation des méthodes abordées serait effectivement plus chronophage, une solution consisterait simplement à faire comprendre au patient la possibilité de revenir lors d'une consultation ultérieure. Il est tout à fait possible d'étaler des objectifs sur plusieurs consultations si la durée d'une seule s'avère insuffisante.

Ne peut-on pas envisager de motiver un patient à changer de comportement sur plusieurs consultations ?

G. L'accès à la formation :

Motiver un patient à changer de comportement représente une grande part de l'exercice de la médecine générale. Cependant, lors de notre formation universitaire, l'accent est très peu mis sur cet aspect de la profession.
Pour un grand nombre de médecins généralistes libéraux lorrains, les méthodes que nous avons développées leur sont inconnues ou font part à de nombreuses confusions. La formation médicale initiale et continue se doivent d'intégrer une initiation aux méthodes qui concourent à motiver les patients à changer leurs comportements.

En 2003, un groupe de professionnel de santé francophone (français, suisses, belges et canadiens) a crée l'AFDEM, l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. Cette association organise des formations et propose de former des formateurs à l'utilisation de l'entretien motivationnel en France [37].

La formation médicale initiale et la formation médicale continue doivent intégrer une initiation aux méthodes qui contribuent à motiver les patients à modifier leurs comportements.

V. Conclusion :

Motiver un patient à changer de comportement dépend avant tout de la relation patient-médecin. C'est dans un climat empathique que doit s'établir ce partenariat. C'est une relation d'égal à égal qui se construit au fur et à mesure des consultations ; ainsi chaque acteur apporte un savoir, de nature différente, mais indispensable au bon fonctionnement de ce couple.
Le modèle paternaliste, encore ancré dans les mémoires, fait partie d'un autre temps. Le "médecin tout puissant" n'a plus sa place dans la société actuelle, au risque de voir se développer des résistances et des réactances que les praticiens ne connaissent que trop bien.

C'est dans ce contexte que se sont développées les différentes méthodes que nous avons parcourues. Les médecins généralistes lorrains semblent être encore trop peu à connaître ces "nouvelles méthodes" (dont certaines existent depuis plus de trente ans). Ils sont pourtant un grand nombre à déplorer leur impuissance face au manque de compliance d'une partie de leur patientèle.
Ils utilisent cependant de nombreuses pratiques qui corroborent les fondamentaux des méthodes que nous avons développées. Ces pratiques sont nées de leur expérience personnelle. Inconsciemment ils se servent, tous à leur manière, de fragments de l'alliance thérapeutique, de la décision médicale partagée, de l'entretien motivationnel ou encore du repérage précoce et de l'intervention brève.

Les médecins généralistes que nous avons rencontrés participent à de nombreux types de formation médicale continue, ils sont soucieux d'améliorer leur pratique. Motiver un patient à changer de comportement est un sujet qui pourrait faire l'objet de ces formations médicales au regard des difficultés qu'il pose à la profession. Cependant, les cours magistraux sont bien insuffisants dans le cadre de cette thématique. Il faut avoir vu pratiquer ces méthodes pour pouvoir s'en imprégner, il faut aussi les utiliser soi-même au quotidien et prendre le recul nécessaire pour continuer leur apprentissage, se perfectionner et remettre sa pratique en question. Ce faisant, chacun peut espérer motiver un plus grand nombre de patients à changer de comportement. C'est également en utilisant ces méthodes le plus souvent possible que leur usage deviendra rapide et automatique dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.
Une question se pose sur le sujet suivant et pourrait éventuellement faire l'objet d'une étude : l'emploi de ces méthodes en consultation de routine est-il réellement plus chronophage que l'utilisation des méthodes traditionnelles ? Dans le cas d'une réponse positive, une nouvelle question vient alors à l'esprit : n'est-il pas possible d'envisager plusieurs consultations pour motiver un patient à changer de comportement si la durée d'une seule est insuffisante ?

VI. Bibliographie :

[1] PROCHASKA James O. and DICLEMENTE Carlo C., "Stages and Processes of Self-Change of Smoking : Toward An Integrative Model of Change," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 51, no. 3, pp. 390-395, 1983.

[2] "Alcoolodépendance : Avant le sevrage. Deuxième partie. Amener les patients alcoolodépendants à se soigner," *La Revue Prescrire*, vol. 30, no. 325, pp. 839-842, Novembre 2010.

[3] ROSSIGNOL Vincent, "L'entrevue Motivationnelle : un guide de formation," AFDEM, 2001.

[4] CUNGI Charly, *L'Alliance Thérapeutique* : RETZ, 2006.

[5] BIOY Antoine, BENONY Hervé, CHAHRAOUI Khadidja, and BACHELART Maximilien, "Evolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik," *L'évolution psychiatrique*, vol. 77, pp. 342-351, 2012.

[6] FREIXA I BAQUE Estève, "Une mise au point de quelques concepts et termes employés dans le domaine du conditionnement opérant," *L'année psychologique*, vol. 81, no. 1, pp. 123-129, 1981.

[7] CHARLES Cathy, GAFNI Amiram, and WHELAN Tim, "Decision-making in the physician-patient encounter : revisiting the shared treatment decision-making model," *Social Science & Medicine*, vol. 49, pp. 651-661, 1999.

[8] Haute Autorité de Santé, "Patient et professionnel de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la "décision médicale partagée"," Haute Autorité de Santé, Etat des lieux Octobre 2013.

[9] BROCLAIN Dominique, "Consentement aux soins et décision partagée," *La Revue Prescrire*, vol. 32, no. 346, pp. 568-570, Août 2012.

[10] Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, "Article L.1113-3 du "Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé",".

[11] MILLER William R. and ROLLNICK Stephen, "Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior," *The Guildford Press*, 1991.

[12] RUBAK Sune, SANDBOEK Annelli, LAURITZEN Torsten, and CHRISTENSEN Bo, "Motivational interviewing : a systematic review and meta-analysis," *British Journal of General Practice*, pp. 305-312, Avril 2005.

[13] MILLER William R. and ROLLNICK Stephen, *L'entretien motivationnel, Aider la personne à engager le changement.*: InterEditions-Dunod, 2006.

[14] ROLLNICK Stephen, MILLER Willian R., and BUTLER Christopher C., *Pratique de l'entretien motivationnel, Communiquer avec le patient en consultation* : InterEditions - Dunod, 2009.

[15] Direction Générale de la Santé, "Circulaire DGS/SD6B n°2006-449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie," 2006.

[16] ANDERSON Peter, GUAL Antoni, and COLOM Joan, *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Paris, 2008.

[17] INPES. (2006) Tabac. Guide pratique pour le professionnel. [Online]. www.inpes.sante.fr/50000/OM/pdf/tabac2006/LivretMedecin.pdf

[18] MILLER William R., "Motivational interviewing : research, practice and puzzles," *Addictive Behaviors*, vol. 21, no. 6, pp. 835-842, 1996.

[19] RIEDER NAKHLE Arabelle, GACHE Pascal, HUMAIR Jean-Paul, and BROERS Barbara, "Le généraliste face aux quatre facteurs de risque comportementaux," *Revue Médicale Suisse*, vol. 80, Septembre 2006.

[20] Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, société savante de l'UNAFORMEC, "Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés ?," *Bibliomed, les analyses du centre de documentation de l'UNAFORMEC*, vol. 294, Février 2003.

[21] BLANCHET Alain and GOTMAN Anne, *L'enquête et ses méthodes - L'ENTRETIEN*, 2nd ed., COLLIN Armand, Ed., 2007.

[22] LETRILLART Laurent, BOURGEOIS Isabelle, VEGA Anne, CITTEE Jacques, and LUTSMAN Matthieu, "Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative - Deuxième partie : de "Maladie" à "Verbatim"," *Exercer la revue française de médecine générale*, vol. 20, no. 88, 2009.

[23] AUBIN-AUGER Isabelle et al., "Introduction à la recherche qualitative," *Exercer la revue française de médecine générale*, vol. 19, no. 84, pp. 142-145, 2008.

[24] PAILLE Pierre and MUCCHIELLI Alex, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 3rd ed., COLLIN Armand, Ed., 2012.

[25] ROMESTAING Patrick and LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle. (2011, Juin) Ordre National des Médecins. [Online]. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Lorraine_2011.pdf

[26] DRAPEAU Martin, "Les critères de scientificité en recherche qualitative," *Pratiques psychologiques*, vol. 10, pp. 79-86, 2004.

[27] LETRILLIART Laurent, BOURGEOIS Isabelle, VEGA Anne, CITTEE Jacques, and LUTSMANN Matthieu, "Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'"Acteur" à "Interdépendance"," *Exercer la revue française de médecine générale*, vol. 20, no. 87, 2009.

[28] COULTER Angela, PARSONS Suzanne, and ASKHAM Janet, "Where are the patients in decision-making about their own care ?," World Health Organization EUROPE, Estonia, Conference 2008.

[29] MILLER Wiliam R. and ROLLNICK Stephen, "Ten Things that Motivational Interviewing Is Not," *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 37, pp. 129-140, 2009.

[30] BURKE Brian L., ARKOWITZ Hal, and MENCHOLA Marisa, "The Efficacy of Motivational Interviewing : A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, no. 5, pp. 843-861, 2003.

[31] WHITLOCK Evelyn P., ORLEANS C. Tracy, PENDER Nola, and ALLAN Janet, "Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions: An Evidence-Based Approach," *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 22, no. 4, pp. 267-284, 2002.

[32] DAEPPEN Jean-Bernard and BERDOZ Didier, "Comment motiver un patient pour qu'il arrête de boire ?," *La Revue du Praticien*, vol. 56, pp. 1088-92, 2006.

[33] BREMOND Alain, GOFFETTE Jérome, and MOUMJID-FERDJAOUI Nora, "La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorder," Collège Lyonnais de Généralistes Enseignants, 2007.

[34] FREEMAN George K. et al., "Evolving general practice consultation in Britain : issues of length and context," *British Medical Journal*, vol. 324, pp. 880-882, Avril 2002.

[35] LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[36] RUBAK Sune, SANDBOEK Annelli, LAURITZEN Torsten, BORCH-JOHNSEN Knut, and CHRISTENSEN Bo, "An education and training course in motivational interveiwing influence : GPs' professional behaviour - ADDITION Denmark," *British Journal of General Practice*, pp. 429-436, Janvier 2006.

[37] Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. AFDEM. [Online]. http://www.entretienmotivationnel.org

[38] Haute Autorité de Santé, "Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique," Haute Autorité de Santé, Etat des lieux Avril 2013.

VII. Annexes :

A. Le synopsis de la thèse/mémoire :

Synopsis Thèse/Mémoire

Anaëlle LAURENT, étudiante en 5ème semestre du DES de médecine générale

Directeur de thèse :
Jean-Marie BIEVELEZ, médecin généraliste et maître de stage du 3ème cycle de médecine générale.
Coordonnées : cabinet médical, 1 A place du marché 57220 BOULAY-MOSELLE

Le projet ci-dessous tient lieu de thèse de doctorat et de mémoire du DES de médecine générale.

Résumé du projet :
Titre du projet : exploration des méthodes utilisées par les médecins généralistes lorrains pour motiver leurs patients à modifier leurs comportements.

Justification : l'éducation thérapeutique et l'observance thérapeutique sont au cœur de la prise en charge des patients actuellement, mais comment est-ce appliqué ?
William R.MILLER, Stephen ROLLNICK, L'entretien motivationnel (aider la personne à engager le changement) ; Charly CUNGI, L'alliance thérapeutique ; «Consentement aux soins et décision partagée » Rev Prescrire 2012 ; 32 (346 suppl.) : 568-570

Objectif principal : explorer les modalités et les obstacles qu'ont les médecins généralistes lorrains au sein de leur cabinet pour renforcer la motivation des patients à modifier leurs comportements.

Schéma général : entretiens individuels semi-dirigés enregistrés.

Script des entretiens :
- Avez-vous une manière habituelle de conduire les entretiens lorsque vous explorez avec vos patients :
    1) L'observance thérapeutique dans le cadre des pathologies chroniques.
    2) L'éducation thérapeutique et l'information thérapeutique.
    3) Les addictions et mésusages médicamenteux.
- Que pensez-vous des techniques comme l'entretien motivationnel ? l'alliance thérapeutique ? la décision médicale partagée ?

Caractéristiques principales de la population : les médecins généralistes lorrains, échantillonnage diversifié : selon le lieu, l'ancienneté et la structure d'installation et le genre.

Effectif minimum envisagé : une douzaine de médecins généralistes jusqu'à saturation des données.

Méthode d'analyse du contenu des entretiens : retranscription des entretiens et analyse des verbatims par regroupement thématique par l'étudiant et le directeur.

Résultats et/ou bénéfices attendus : faire émerger les facilités et les difficultés des médecins généralistes lorrains pour motiver des patients à modifier leurs comportements.

B. Le niveau de preuve scientifique :

Le niveau de preuve scientifique d'une étude est défini comme suit par la HAS [38] :

Niveau de preuve :	Description :
Fort	- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée ; - la réalisation est effectuée sans biais majeur ; - l'analyse statistique est adaptée aux objectifs ; - la puissance est suffisante.
Intermédiaire	- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée ; - puissance nettement insuffisante (effectif insuffisant ou puissance *a posteriori* insuffisante) ; - et/ou des anomalies mineures.
Faible	Autres types d'études.

C. La première grille d'entretien :

Première grille d'entretien :

Bonjour Docteur, je vous remercie de m'accorder vingt à trente minutes sur votre journée de consultation pour m'aider à réaliser ma thèse.
Je me présente, Anaëlle Laurent, étudiante en dernier semestre d'internat de médecine générale. Je suis actuellement en stage chez des praticiens sur Epinal et Baccarat.
Si vous le permettez, je vais enregistrer notre entretien afin de pouvoir traiter toutes les informations que vous allez me fournir, tout ceci restera anonyme bien évidemment.

Tout d'abord un petit peu de formalités « administratives » ;
J'aimerais situer un peu mieux votre expérience professionnelle :

- Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Quel âge avez-vous ?
- De quelle fac êtes vous originaire ?
- Etes-vous ou avez-vous été maître de stage à la faculté ?
- A quelle formation médicale continue participez-vous ?
    - Soirées de FMC/groupe d'échange de pratiques
    - Séminaires
    - Lecture de revue(s) médicale(s)
    - DU ou DIU à la fac
- Avez-vous des diplômes ou formations complémentaires ?

Et encore quelques questions sur votre mode d'exercice :

- Faites vous partie d'un cabinet de groupe ?
- Combien d'actes réalisez-vous en moyenne par jour sur une journée de consultation classique?
- Exercez-vous en consultation libre ou sur rendez-vous ?
- Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?

Si vous me le permettez, nous allons maintenant entrer dans le vif du sujet :

- Quels sont les comportements ou habitudes de vos patients qui posent problème pour leur santé ?
    - ***Si réponse insatisfaisante*** **:** Essayons de prendre un exemple :
      Choisir exemple d'observance ou addiction.

Phrases clés pour recadrer l'entretien :

- Ce que vous me dites est très intéressant pour ma pratique future. Si vous me le permettez, je souhaiterais parler plus précisément de XXX.
- Nous nous écartons un peu du sujet et je ne voudrais pas abuser de votre temps. J'aimerais revenir au sujet XXX.
- En effet, c'est intéressant ! Je m'en souviendrai pour ma pratique personnelle ! Et que pensez-vous de XXX (nouveau sujet).
- Votre patient a bien entendu vos conseils mais ne semble pas tout à fait décidé à les suivre… Que lui dites vous ?

1. Observances

Diabète	- suivi des examens complémentaires (hémoglobine glyquée, fond d'oeil,…)
	- régime / activité physique
	- observance médicamenteuse : traitements, effets secondaires, contraintes dues à l'insulinothérapie
Hypertension artérielle	- observance médicamenteuse : traitements, effets secondaires
	- régime hyposodé
	- activités physiques
	- automesures tensionnelles
Hypercholestérolémie	- observance médicamenteuse : traitements, effets secondaires
	- régime
Surcharge pondérale	- régime / activité physique
Syndrome coronarien aigu	- correction des facteurs de risques cardiovasculaires.
	- observance médicamenteuse : traitements, effets secondaires
Troubles psychiatriques	- observance médicamenteuse : traitements, effets secondaires
	- régularité du suivi
	- contrôle des consignes comportementales

2. Addictions

Traitements substitutifs aux opiacés	- régularité du suivi (consultation hebdomadaire ou bimensuelle)
	- sevrage
	- maintien abstinence
Tabac	- sevrage
	- maintien abstinence
Alcool	- sevrage
	- maintien abstinence

Questions :

1. **Diabète :**

- Vous voyez Monsieur X, patient diabétique de type 2 qui a encore « oublié » de faire la prise de sang concernant le dosage de l'hémoglobine glyquée. Que lui dites vous ?
- Vous découvrez un diabète de type 2 chez Monsieur X – un gros mangeur gourmand – que faites-vous pour le faire participer au régime ?
- « Docteur, il faut bien mourir de quelque chose ! ». Que répondez-vous à votre patient ?
- L'hémoglobine glyquée de Monsieur X est toujours à 8 % alors que vous avez introduit un traitement et qu'il dit suivre les consignes du régime. Comment abordez-vous la question de l'observance médicamenteuse ? …. Et des effets secondaires liés au traitement ?

2. **Hypertension artérielle :**

- Vous voyez Monsieur X en consultation, un patient hypertendu qui a encore « oublié » de réaliser son automesure tensionnelle, sachant que vous lui avez déjà expliqué son importance. Quelle est votre réaction ?
- L'automesure tensionnelle de Monsieur X est toujours aussi mauvaise, alors que vous avez introduit un traitement. Comment abordez-vous le sujet de l'observance thérapeutique ?
- Monsieur X vous explique qu'il ne trouve pas le temps d'avoir une activité physique, que lui dites vous ?
- Vous découvrez une hypertension artérielle chez Monsieur X, gros mangeur de sel. Il vous explique que : « Sans sel, c'est pas bon ! ». Que lui dites vous ?

3. **Hypercholestérolémie :**

- Vous venez de recevoir l'EAL (Exploration des Anomalies Lipidiques) de Monsieur X, son LDL (Low Density Lipoprotein) cholestérol est à 2,12 grammes par litre ; que lui proposez vous ?
- Monsieur X aime les plats en sauce, ses tartines de beurre le matin et n'est pas tout à fait prêt à changer son mode d'alimentation… Que faites vous ?
- Vous revoyez Monsieur X après avoir mis en place un traitement par statine mais son LDL n'a pas bougé… Vous vous posez des questions sur son observance médicamenteuse. Comment abordez-vous le sujet ?

4. **Surcharge pondérale :**

- Monsieur X est un bon vivant, pèse 120 kilogrammes, il vient vous voir pour un tout autre problème, comment abordez-vous le sujet ?
- Monsieur X n'est pas vraiment prêt à changer ses habitudes alimentaires, que lui dites vous pour le faire participer au régime alimentaire ?
- Monsieur X est très occupé et n'a pas le temps de pratiquer une activité physique, qu'allez vous lui dire pour le faire participer ?

5. **Syndrome coronarien aigu :**

- Monsieur X sort d'hospitalisation, il vient de subir un triple pontage. Il fume, est en surpoids, et à un peu de cholestérol. Que lui dites vous ?
- Monsieur X vous explique que prendre un traitement toute sa vie alors qu'il n'a que quanrante-neuf ans… ça ne lui plaît pas vraiment. Que faites vous ?

6. **Troubles psychiatriques :**

- Monsieur X est un patient schizophrène, il a arrêté de prendre ses médicaments : « De toute façon, ça ne sert à rien ! ». Que faites vous ?
- Vous avez introduit un traitement antidépresseur chez Monsieur X depuis une quinzaine de jours : « Je vais arrêter de les prendre, je ne vois pas de différence… ». Que lui dites vous ?

7. **Traitements substitutifs aux opiacés :**

- Vous connaissez Monsieur X depuis plusieurs années, il prend un traitement substitutif aux opiacés mais ne vient pas régulièrement à ses rendez-vous. Vous pensez qu'il reprend de la drogue occasionnellement, comment abordez-vous le sujet ?

8. **Tabac :**

- Monsieur X a trente-cinq ans et fume depuis ses vingt ans, comment abordez-vous le sujet ?
- « Il faut bien mourir de quelque chose et je suis encore jeune ! ». Que lui dites-vous ?
- Monsieur X avait arrêté de fumer récemment, mais hier soir avec ses amis il a refumé une cigarette, il vient vous voir, que faites-vous ?

9. **Alcool :**

- Monsieur X, boit « comme tout le monde », un apéritif à midi et un le soir et quelques verres de vin à table. Comment abordez-vous le sujet avec lui ?
- Monsieur X a bien écouté vos conseils mais : « Le samedi soir quand vous êtes invité chez des amis… ». Que lui dites-vous ?
- Monsieur X a arrêté de boire récemment mais hier soir, il est allé voir le match de foot avec ses amis dans un bar et : « Vous savez comment c'est ! ». Que faites-vous ?

Enfin, encore une question :
Que pensez-vous de l'entretien motivationnel, de l'alliance thérapeutique ? Ou d'autres techniques ?

Je vous remercie de m'avoir accordé tout ce temps, les informations que vous m'avez données sont utiles pour mon travail.

D. Les caractéristiques des médecins généralistes :

Médecin	Age	Sexe	Installé(e) depuis ?	Faculté d'origine	Maitre de stage ?
n°1	50-59 ans	M	20-30 ans	Nancy	oui
n°2	50-59 ans	F	10-20 ans	Berlin	oui
n°3	50-59 ans	M	10-20 ans	Nancy	non
n°4	+ de 60 ans	M	+ de 30 ans	Nancy	non
n°5	40-49 ans	M	10-20 ans	Nancy	non
n°6	20-29 ans	M	- de 10 ans	Nancy	non
n°7	30-39 ans	F	- de 10 ans	Nancy	non
n°8	50-59 ans	M	20-30 ans	Nancy	oui
n°9	50-59 ans	F	20-30 ans	Nancy	oui
n°10	+ de 60 ans	M	20-30 ans	Nancy	oui
n°11	+ de 60 ans	M	+ de 30 ans	Nancy	a été
n°12	50-59 ans	F	- de 10 ans	Nancy	non

E. Le mode d'exercice des médecins généralistes :

Médecin	Lieu d'exercice	Cabinet de groupe ?	Combien d'actes à la journée ?	Durée d'une consultation ?	Libres ou sur RDV ?
n°1	semi-rural	non	10-15	20 min	RDV
n°2	urbain	oui	15-20	20 min	RDV
n°3	urbain	oui	25-30	15 min	RDV
n°4	urbain	non	25-30	20 min	libres et RDV

n°5	urbain	oui	45-50	- de 10 min	RDV
n°6	urbain	oui	25-30	15 min	RDV
n°7	urbain	oui	35-40	15 min	RDV
n°8	semi-rural	oui	30-35	15 min	RDV
n°9	semi-rural	non	10-15	15 min	RDV
n°10	rural	non	20-25	+ de 20 min	libres et RDV
n°11	rural	non	20-25	20 min	RDV
n°12	rural	non	25-30	+ de 20 min	RDV

F. La grille d'entretien définitive :

Grille d'entretien définitive :

Bonjour Docteur, je vous remercie de m'accorder vingt à trente minutes sur votre journée de consultation pour m'aider à réaliser ma thèse.
Je me présente, Anaëlle Laurent, étudiante en dernier semestre d'internat de médecine générale. Je suis actuellement en stage chez des praticiens sur Epinal et Baccarat.
Si vous le permettez, je vais enregistrer notre entretien afin de pouvoir traiter toutes les informations que vous allez me fournir, tout ceci restera anonyme bien évidemment.

Tout d'abord un petit peu de formalités « administratives » ;
J'aimerais situer un peu mieux votre expérience professionnelle :

- Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Quel âge avez-vous ?
- De quelle fac êtes vous originaire ?
- Etes-vous ou avez-vous été maître de stage à la faculté ?
- A quelle formation médicale continue participez-vous ?
    - Soirées de FMC/groupe d'échange de pratiques
    - Séminaires
    - Lecture de revue(s) médicale(s)
    - DU ou DIU à la fac
- Avez-vous des diplômes ou formations complémentaires ?

Et encore quelques questions sur votre mode d'exercice :

- Faites vous partie d'un cabinet de groupe ?
- Combien d'actes réalisez-vous en moyenne par jour sur une journée de consultation classique?
- Exercez-vous en consultation libre ou sur rendez-vous ?
- Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?

Si vous me le permettez, nous allons maintenant entrer dans le vif du sujet :

- Quels sont les comportements ou habitudes de vos patients qui posent problème pour leur santé ?
    - ***Si réponse insatisfaisante*** **:** Essayons de prendre un exemple : ***Choisir exemple d'observance ou addiction.***
- Quels types de questions posez-vous aux patients ?
- Que faites-vous pour faire changer de comportement à vos patients ?

<u>Phrases clés pour recadrer l'entretien :</u>

- Ce que vous me dites est très intéressant pour ma pratique future. Si vous me le permettez, je souhaiterais parler plus précisément de XXX.
- Nous nous écartons un peu du sujet et je ne voudrais pas abuser de votre temps. J'aimerais revenir au sujet XXX.
- En effet, c'est intéressant ! Je m'en souviendrai pour ma pratique personnelle ! Et que pensez-vous de XXX (nouveau sujet).
- Votre patient a bien entendu vos conseils mais ne semble pas tout à fait décidé à les suivre… Que lui dites vous ?

1. Observances

Diabète	- suivi des examens complémentaires (hémoglobine glyquée, fond d'oeil,…)
	- régime / activité physique
	- observance médicamenteuse : traitements, effets secondaires, contraintes dues à l'insulinothérapie
Hypertension artérielle	- observance médicamenteuse : traitements, effets secondaires
	- régime hyposodé
	- activités physiques
	- automesures tensionnelles
Hypercholestérolémie	- observance médicamenteuse : traitements, effets secondaires
	- régime
Surcharge pondérale	- régime / activité physique
Syndrome coronarien aigu	- correction des facteurs de risques cardiovasculaires
	- observance médicamenteuse : traitements, effets secondaires
Troubles psychiatriques	- observance médicamenteuse : traitements, effets secondaires
	- régularité du suivi
	- contrôle des consignes comportementales

2. Addictions

Traitements substitutifs aux opiacés	- régularité du suivi (consultation hebdomadaire ou bimensuelle)
	- sevrage
	- maintien abstinence
Tabac	- sevrage
	- maintien abstinence
Alcool	- sevrage
	- maintien abstinence

Questions :

1. **Diabète :**

- Vous voyez Monsieur X, patient diabétique de type 2 qui a encore « oublié » de faire la prise de sang concernant le dosage de l'hémoglobine glyquée. Que lui dites vous ?
- Vous découvrez un diabète de type 2 chez Monsieur X – un gros mangeur gourmand – que faites-vous pour le faire participer au régime ?
- « Docteur, il faut bien mourir de quelque chose ! ». Que répondez-vous à votre patient ?
- L'hémoglobine glyquée de Monsieur X est toujours à 8 % alors que vous avez introduit un traitement et qu'il dit suivre les consignes du régime. Comment abordez-vous la question de l'observance médicamenteuse ? …. Et des effets secondaires liés au traitement ?

2. **Hypertension artérielle :**

- Vous voyez Monsieur X en consultation, un patient hypertendu qui a encore « oublié » de réaliser son automesure tensionnelle, sachant que vous lui avez déjà expliqué son importance. Quelle est votre réaction ?
- L'automesure tensionnelle de Monsieur X est toujours aussi mauvaise, alors que vous avez introduit un traitement. Comment abordez-vous le sujet de l'observance thérapeutique ?
- Monsieur X vous explique qu'il ne trouve pas le temps d'avoir une activité physique, que lui dites vous ?
- Vous découvrez une hypertension artérielle chez Monsieur X, gros mangeur de sel. Il vous explique que : « Sans sel, c'est pas bon ! ». Que lui dites vous ?

3. **Hypercholestérolémie :**

- Vous venez de recevoir l'EAL de Monsieur X, son LDL cholestérol est à 2,12 grammes par litre ; que lui proposez vous ?
- Monsieur X aime les plats en sauce, ses tartines de beurre le matin et n'est pas tout à fait prêt à changer son mode d'alimentation… Que faites vous ?
- Vous revoyez Monsieur X après avoir mis en place un traitement par statine mais son LDL n'a pas bougé… Vous vous posez des questions sur son observance médicamenteuse. Comment abordez-vous le sujet ?

4. **Surcharge pondérale :**

- Monsieur X est un bon vivant, pèse 120 kg, il vient vous voir pour un tout autre problème, comment abordez-vous le sujet ?
- Monsieur X n'est pas vraiment prêt à changer ses habitudes alimentaires, que lui dites vous pour le faire participer au régime alimentaire ?
- Monsieur X est très occupé et n'a pas le temps de pratiquer une activité physique, qu'allez vous lui dire pour le faire participer ?

5. **Syndrome coronarien aigu :**

- Monsieur X sort d'hospitalisation, il vient de subir un triple pontage. Il fume, est en surpoids, et à un peu de cholestérol. Que lui dites vous ?
- Monsieur X vous explique que prendre un traitement toute sa vie alors qu'il n'a que quanrante-neuf ans… ça ne lui plait pas vraiment. Que faites vous ?

6. **Troubles psychiatriques :**

- Monsieur X est un patient schizophrène, il a arrêté de prendre ses médicaments : « De toute façon, ça ne sert à rien ! ». Que faites vous ?
- Vous avez introduit un traitement antidépresseur chez Monsieur X depuis une quinzaine de jours : « Je vais arrêter de les prendre, je ne vois pas de différence… ». Que lui dites vous ?

7. **Traitements substitutifs aux opiacés :**

- Vous connaissez Monsieur X depuis plusieurs années, il prend un traitement substitutif aux opiacés mais ne vient pas régulièrement à ses rendez-vous. Vous pensez qu'il reprend de la drogue occasionnellement, comment abordez-vous le sujet ?

8. **Tabac :**

- Monsieur X a trente-cinq ans et fume depuis ses vingt ans, comment abordez-vous le sujet ?
- « Il faut bien mourir de quelque chose et je suis encore jeune ! ». Que lui dites-vous ?
- Monsieur X avait arrêté de fumer récemment, mais hier soir avec ses amis il a refumé une cigarette, il vient vous voir, que faites-vous ?

9. **Alcool :**

- Monsieur X, boit « comme tout le monde », un apéritif à midi et un le soir et quelques verres de vin à table. Comment abordez-vous le sujet avec lui ?
- Monsieur X a bien écouté vos conseils mais : « Le samedi soir quand vous êtes invité chez des amis…». Que lui dites-vous ?
- Monsieur X a arrêté de boire récemment mais hier soir, il est allé voir le match de foot avec ses amis dans un bar et : « Vous savez comment c'est ! ». Que faites-vous ?

Enfin, encore une question :
Que pensez-vous de l'entretien motivationnel, de l'alliance thérapeutique, l'intervention brève, la décision médicale partagée ? Ou d'autres techniques ?

Je vous remercie de m'avoir accordé tout ce temps, les informations que vous m'avez données sont utiles pour mon travail.

G. Les scripts des entretiens :

L'intégralité des scripts des entretiens figure sur un cédérom en annexe.

Les scripts des entretiens

Liste des abréviations :

AMMPPU : Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire

AMVPPU : Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-Universitaire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CDT : Carbohydrate Deficient Transferrin

CES : Certificat d'Etudes Spéciales

CMU : Couverture Maladie Universelle

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence-Based Medicine

ETC : ET Cetera

FMC : Formation Médicale Continue

GammaGT : Gamma Glutamyl Transférases

GLAM : Groupe Lorrain d'Audit Médical

HbA1C : Hémoglobine Glyquée

HTA : HyperTension Artérielle

JIM : Journal International de Médecine

LDL : Low Density Lipoprotein

MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

MGForm : la Formation du Médecin Généraliste

MSD : Merck Sharp and Dohme

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

UG Zapping : Union Généraliste Zapping

USER : Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

VTT : Vélo Tout Terrain

Table des matières :

I. Premier entretien : 5
II. Deuxième entretien : 11
III. Troisième entretien : 17
IV. Quatrième entretien : 26
V. Cinquième entretien : 36
VI. Sixième entretien : 44
VII. Septième entretien : 51
VIII. Huitième entretien : 56
IX. Neuvième entretien : 64
X. Dixième entretien : 73
XI. Onzième entretien : 80
XII. Douzième entretien : 88

I. Premier entretien :

Le 03/06/2013, un homme en milieu semi-rural :

Moi : *« - Juste d'abord un petit peu de formalités administratives entre guillemets parce que je voudrais situer un petit peu mieux l'expérience professionnelle que vous avez.*
Depuis combien de temps vous exercez ?

Docteur n°1 : *- Depuis 84, installé depuis 84.*

Moi : *- D'accord. Votre âge ?*

Docteur n°1 : *- (Rires) Cinquante-sept.*

Moi : *- Si ça n'est pas top secret ça va ! De quelle fac vous êtes originaire ?*

Docteur n°1 : *- De Nancy.*

Moi : *- De Nancy, Ok.*
Vous êtes maître de stage à la faculté, je n'ai pas besoin de vous poser la question.
Autrement, quelle formation médicale continue vous faites ? Des soirées de formation médicale continue ? Groupe de paires ® ? Séminaires ? Des lectures de revues ?

Docteur n°1 : *- Ben on a le SASPAS donc on fait une USER, c'est un peu l'équivalent du groupe de pairs ®. Ensuite en formation j'aimais bien les séminaires sur deux jours où on pouvait confronter et discuter avec nos patients ça nous donnait du temps et puis sinon l'AMVPPU, voilà.*

Moi : *- D'accord. Autrement, est-ce que vous avez des diplômes ou des formations complémentaires ?*

Docteur n°1 : *- Diplômes et formations complémentaires ?*

Moi : *- Oui. Est-ce que vous avez fait d'autres choses particulières ?*

Docteur n°1 : *- Ben je suis homéopathe donc je fais voilà de la mésothérapie aussi, ça c'est des vieux diplômes maintenant.*

Moi : *- Ben oui, mais ça compte toujours !*

Docteur n°1 : *- Sinon, j'ai un diplôme interuniversitaire sur les… sur les… je ne sais même plus le titre, donc ça veut dire… c'est sur les connaissances en médecine pratique mais ça date déjà aussi un petit peu et puis j'ai un diplôme de pédagogie médicale que j'avais fait avec un mémoire sur le stage chez le praticien justement.*

Moi : *- D'accord.*

Docteur n°1 : *- Voilà. Tant que ça n'était pas encore la mode des mémoires…*

Moi : - *Oui ! (Rires communs)*
Alors quelques questions encore sur votre mode d'exercice. J'en connais la réponse, faites-vous partie d'un cabinet de groupe ? Non.

Docteur n°1 : - *Non.*

Moi : - *En moyenne par jour, combien avez vous de consultations à peu près, sur une journée classique complète ?*

Docteur n°1 : - *Dix à quinze.*

Moi : - *Dix à quinze, d'accord.*

Docteur n°1 : - *Ça dépend des saisons et puis de ce qu'on a à faire. (Rires)*

Moi : - *Donc, vous consultez uniquement sur rendez-vous. Et autrement la durée moyenne d'une consultation à peu près ?*

Docteur n°1 : - *Je mets trois consult par heure, si y'a des urgences ou s'il y a beaucoup de demandes le jour où on est demandé c'est quelques fois une consultation par quart d'heure mais jamais en dessous, en général c'est vingt minutes, je pense que c'est vingt. Si on a du temps ça dure trois-quarts d'heure !*

Moi : - *Très bien.*

Docteur n°1 : - *Si c'est un nouveau patient c'est plus long.*

Moi : - *Oui forcément !*

Docteur n°1 : - *Voilà !*

Moi : - *Donc si vous me le permettez, on va rentrer dans le vif du sujet un petit peu. Alors la question c'est : quels sont les comportements ou habitudes de vos patients qui posent problème pour leur santé ? Si vous avez un exemple qui vous passe par la tête et que vous aimeriez développer ?*

Docteur n°1 : - *Des comportements ?*

Moi : - *Comportements ou habitudes de patients qui posent problème par rapport à leur santé.*

Docteur n°1 : - *Ben y'a ceux qui ne sont pas observants, on sait très bien qu'on prescrit des choses et puis, on refait une lettre de cardiologue qui a passé six mois.*

Moi : - *Voilà, par exemple !*

Docteur n°1 : - *Il faudrait aller voir le cardiologue ! Et puis, maintenant on a le copier-coller alors on refait une lettre.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°1 : - *Y'a ce genre de patients. Euh…*

Moi : - *On peut rester du coup sur ce genre de patients et développer un tout petit peu. Donc le patient, il n'est pas très très motivé, il n'a pas vraiment envie d'aller chez le cardiologue. Qu'est-ce que vous faites ?*

Docteur n°1 : - *Et ben, on réédite la lettre ! On leur dit, bon c'est important quand même, il faut y aller parce qu'il y a ceci, y'a cela. On peut leur expliquer pourquoi on veut qu'ils aillent chez le cardiologue. Alors après le patient vous avance : ben moi j'ai pas de moyen de locomotion, j'ai pas ceci, j'ai pas cela, ou j'ai pas envie ! On le sent bien de toutes façons !*

Moi : - *Oui.*

Docteur n°1 : - *On en a plusieurs en tête comme ça.*

Moi : - *C'est sûr !*

Docteur n°1 : - *Ou alors , c'est du style aussi, on a refait une prescription sur trois mois et puis ils ne viennent que tous les quatre mois, pendant un mois ils n'ont pas de traitement. Donc ceux-là finalement on finit par faire des prescriptions sur six mois, c'est peut-être mieux !*

Moi : - *D'accord donc vous allez espacer les prescriptions du coup.*

Docteur n°1 : - *Oui voilà, ça peut être ça.*

Moi : - *Du coup, vous allez vous adapter… (Coupe la parole)*

Docteur n°1 : - *En disant, on va faire comme ça parce que de toutes façons, on arrive pas autrement.*

Moi : - *Vous allez vous adapter en fait au patient.*

Docteur n°1 : - *Ben oui, là je pense surtout à une patiente quoi ! Et parce qu'on est complètement dans ce truc-là. Mais c'est pas la majorité quand même, y'en a qui sont très scrupuleux du coup, ils viennent même avec leur liste, leur traitement, et puis c'est pris et puis voilà !*

Moi : - *Alors par exemple pour un diabète, on va prendre l'exemple du diabète : vous voyez Monsieur X en consultation qui est diabétique de type 2 et qui a encore oublié effectivement de faire sa prise de sang et qui n'a toujours pas ramené son hémoglobine glyquée. Qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°1 : - *Ben qu'il faut la faire. On rappelle les recommandations, tous les trois ou quatre mois, voilà. On est évalué aussi là-dessus, on peut leur dire ça, mais en général ils s'en foutent (Rires communs). Et puis… , on peut rappeler les complications du diabète, il faut faire aussi un contrôle annuel une fois par an qu'on peut faire en externe ou en interne*

si ça leur prend trop de temps, etc... Voilà, c'est sujet à discussion oui. Mais des fois c'est hop on refait l'ordonnance et puis voilà, on envoie le message sachant qu'on ne sera pas toujours écouté, ça sera la même chose la fois suivante. Alors quand ça fait six mois, bon ben voilà on leur dit (Rires) : non mais là, il faut y aller ! Y'a aucun moyen de pression, y'a aucun… si le patient n'est pas motivé… Des fois, on baisse les bras.

Moi : - *Et justement sinon, pour motiver votre patient, comment vous allez faire ? Qu'est-ce que vous allez lui dire ?*

Docteur n°1 : - *Ben des fois on l'engueule ! (Rires) On dit voilà, je vous ai fait une prescription y'a six mois, vous ne l'avez pas faite !*

Moi : - *Hum.*

Docteur n°1 : - *On est obligé de recommencer, bon par exemple, une façon de faire. Et puis d'autres fois on explique un peu plus les choses en disant c'est un traitement qui est lourd, c'est une maladie qui a des conséquences graves et que il faut quand même qu'on équilibre tout ça, sinon ben (soupir)…*

Moi : - *Mais bon le patient vous répond : « Mais Docteur, il faut bien mourir de quelque chose » !*

Docteur n°1 : - *Tout à fait, on a ce genre de… bon… on a ce genre de réponse.*

Moi : - *Et face à cette réponse, vous dites quoi ?*

Docteur n°1 : - *Ben on est là pour s'occuper de leur santé, pour l'instant ils sont vivants. (Rires) Voilà en gros c'est ça ! Bon…*

Moi : - *C'est leur choix ?*

Docteur n°1 : - *Oui, c'est leur choix ! Des fois on respecte parce que de toutes façons… Je sais pas si on a… On n'a pas forcément une réponse immédiate mais quelques fois c'est ça, j'ai pas envie de faire plus. Donc on est là, on insiste, on fait notre boulot et puis on arrive à un compromis on va dire, c'est comme ça ! Maintenant si moi je vous dis : est-ce que c'est grave si pendant six mois ils n'ont pas eu d'HbA1C ? C'est super grave ?*

Moi : - *Grave ? Ben…*

Docteur n°1 : - *Voyez ? Non mais bon, et puis après vous êtes convaincu de la chose ou pas trop convaincu. Bon, s'ils ne l'ont pas fait pendant six mois et puis qu'ils prennent quand même leur traitement ! (soupir)*

Moi : - *Ah et s'ils ne prennent pas leur traitement ?*

Docteur n°1 : - *S'ils ne le prennent pas ? Ah oui, peut-être que c'est un moyen de surveillance de leur déséquilibre, si habituellement c'est équilibré, on va se dire, on pourra sauter une HbA1C, est-ce que c'est super grave en fait ? Ça dépend aussi qu'elle est notre situation par rapport à ça, est-ce qu'on est convaincu…*

Moi : - *Et justement, si on est convaincu qu'il ne dose pas son HbA1C parce qu'il ne prend pas sa metformine ? Parce qu'il n'a pas envie qu'on puisse constater justement qu'il ne la prend pas ?*

Docteur n°1 : - *Ah ouais… (Rires) alors là ! Ben oui, là on passe…*

(Interrompus par une communication téléphonique)

Moi : - *On va juste un petit peu parler des addictions, par exemple : on a un patient de trente-cinq ans qui fume depuis qu'il a vingt ans, comment vous abordez le sujet avec lui en consultation ?*

Docteur n°1 : - *Ben s'il ne vient pas pour ça, on n'aborde pas le sujet. Déjà premièrement, ou alors, on fait juste un petit pic, en disant tient… Bon ce qui est intéressant, moi je trouvais, c'est l'histoire des interventions brèves, quand on rempli le dossier, qu'il n'est pas remplit alors on pose la question : est-ce que vous avez déjà eu envie d'arrêter de fumer ? Est-ce que vous avez déjà échoué ? Etc… Bon et puis si on les voit parce qu'ils augmentent un peu leur tension, on leur dit : ben voilà, avec le tabac vous en êtes où ? Bon et puis ça dépend s'il y a du monde en consultation, si on est dans une période épidémique etc… Donc des fois, bon… ou le patient n'a pas envie d'en parler ou on n'a pas le temps, on laisse tomber et puis c'est la fois suivante, de la fois suivante, de la fois suivante… Une consultation spécifique y'en a pas en fait, sauf à l'intervention brève et ça je trouve que c'était intéressant ou alors on faisait les trucs du GLAM aussi et les trucs du GLAM c'était intéressant parce que bon, vous avez un dossier avec des trucs à remplir, donc on s'y attelle et puis on discute d'autres choses par rapport à d'habitude qu'un simple renouvellement, donc en fait c'est intéressant parce que ça modifie un peu notre pratique et ça nous oblige à poser les bonnes questions. (soupir) Alors est-ce que ça porte après ? Je ne sais pas.*

Moi : - *Les bonnes questions ? C'est quoi poser les bonnes questions au patient ?*

Docteur n°1 : - *Hum ?*

Moi : - *Poser les bonnes questions au patient, qu'est ce que c'est ?*

Docteur n°1 : - *Ben ça peut… Ben oui, vous fumez depuis combien de temps ? Si c'est pour le tabac, pour l'alcool, enfin bon… c'est du même ordre. Et puis après ben on dit, ben on discute : est-ce qu'il était déjà motivé à arrêter ? Est-ce que ça leur pose des problèmes ? Si ça ne leur pose pas de problème ?*

Moi : - *Vous revoyez le même patient qui a décidé d'arrêter de fumer mais la veille au soir, il est ressorti avec des amis et il a refumé une cigarette, il vient vous voir, qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°1 : - *Ça prouve qu'il est addict (Rires) Voilà et on partage ça avec lui et puis on lui dit que ça ne veut pas dire qu'il n'y arrivera pas une autre fois. Donc c'est pareil, on reprend, on questionne un peu sur si c'était entre amis, il n'a pas pu résister, ça fait combien de temps qu'il avait arrêté ? Est-ce qu'il était sous traitement ? Est-ce qu'il n'était pas sous traitement ? Ça permet au patient de réaliser sa dépendance, que c'est pas si*

évident que ça à arrêter, pour moi ça n'est pas forcément quelque chose de négatif, le tout c'est de dialoguer, et ça ne remet pas en cause la réussite d'un sevrage après.

Moi : - *Juste une petite question pour terminer, qu'est-ce que vous pensez de l'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique ou encore d'autres techniques que vous utilisez et qui sont inconnues ?*

Docteur n°1 : - *C'est de l'inconnu, on en fait sans savoir, c'est exactement ça, moi je n'ai pas de réunion le soir où je réunis plusieurs patients pour qu'ils discutent entre eux et voilà, je ne fais pas ça, j'ai d'autres choses à faire le soir et puis ça reste individuel mais je pense que l'effet de groupe c'est peut-être intéressant. Je sais qu'il y a des cabinets où ils font ça.*

Moi : - *Ils font des réunions…*

Docteur n°1 : - *Ouais je sais pas, ça fait partie de l'entretien motivationnel ou de l'éducation thérapeutique, on réunit tous ses diabètes et puis voilà : qu'est-ce qu'il faut faire ? Qu'est-ce que vous faites ? Pourquoi vous faites pas et qu'est-ce qu'il faudrait faire pour faire ? Enfin bref, je ne sais pas. C'est une notion nouvelle l'éducation thérapeutique, à la mode. (Rires)*

Moi : - *Et maintenant il y a une nouvelle mode, c'est l'éducation à la santé.*

Docteur n°1 : - *Même si on est en bonne santé ? On est en mauvaise santé sans le savoir ?*

Moi : - *Non mais l'éducation thérapeutique ça concerne les pathologies chroniques systématiquement et on parle maintenant d'éducation à la santé quand on est avant la pathologie chronique, dans le cadre de la prévention.*

Docteur n°1 : - *Mais bon voilà, ça ne fait pas trop partie de mes pratiques, mais bon individuellement, on en fait. Voilà !*

Moi : - *Bon très bien. Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé. »*

II. Deuxième entretien :

Le 12/06/2013, une femme en milieu urbain :

Moi : *« - Je vais faire un peu de formalités administratives, j'aimerais bien situer un peu mieux votre expérience professionnelle : depuis combien de temps vous exercez ?*

Docteur n°2 : *- 1995.*

Moi : *- D'accord. Quel âge vous avez ?*

Docteur n°2 : *- Cinquante-six. (Rires)*

Moi : *- Je pose la question mais ça reste confidentiel, c'est anonymisé après !*
De quelle fac vous êtes originaire ?

Docteur n°2 : *- J'ai fait la première partie de mes études à Berlin et la deuxième à Saarbrücken, en Allemagne.*

Moi : *- D'accord. Est-ce vous avez fait des formations complémentaires ou des diplômes complémentaires ?*

Docteur n°2 : *- Un DU de santé publique.*

Moi : *- Ok.*
Donc, vous êtes maître de stage à la faculté, ça je connais la réponse.

Docteur n°2 : *- Oui.*

Moi : *- A quoi vous participez pour la formation médicale continue ?*
Alors, je sais qu'il y a des soirées… (Coupe la parole)

Docteur n°2 : *- Oui, j'organise des soirées FMC depuis un an. Je participe à des séminaires sur deux jours de différents organismes. Mon groupe de pairs ® s'est arrêté mais le groupe USER c'est comme un groupe de pairs ® qui continue. Et je fais les thématiques de Prescrire.*

Moi : *- D'accord, bon c'est déjà complet !*
Quelques questions sur le mode d'exercice : vous faites partie d'un cabinet de groupe où vous êtes deux ?

Docteur n°2 : *- C'est un faux cabinet de groupe parce qu'on est deux mi-temps qui se succèdent, c'est un monoposte en quelque sorte.*

Moi : *- D'accord.*

Docteur n°2 : *- C'est un exercice seul mais on est deux avec des moments de débriefings soit par téléphone soit les moments où l'on se voit au cabinet avec ma collègue.*

Moi : - *Par contre vous voyez quand même les patients de l'une et de l'autre ?*

Docteur n°2 : - *Oui sauf le petit fan club qui ne souhaite voir que l'une ou l'autre.*

Moi : - *Oui, ça c'est normal ! Mais vous avez accès au dossier l'une de l'autre.*

Docteur n°2 : - *Oui, oui.*

Moi : - *Donc c'est quand même un vrai cabinet de groupe !*
Combien d'actes en général vous réalisez par jour en moyenne ?

Docteur n°2 : - *Une moyenne normale, c'est autour de seize actes.*

Moi : - *Que sur rendez-vous, il n'y a pas de consultation libre.*
La durée moyenne d'une consultation à peu près ?

Docteur n°2 : - *Vingt minutes. Avec des dépassements si je vois que c'est un premier patient, c'est un bébé, c'est un patient que je connais en soins palliatifs, voilà…*

Moi : - *En fonction de !*

Docteur n°2 : - *Oui mais en principe c'est vingt minutes.*

Moi : - *Si vous me le permettez, on va rentrer un peu dans le vif du sujet. La question c'est quels sont les comportements ou habitudes de vos patients qui posent problème pour leur santé ? Si vous avez un exemple, quelque chose qui vous vient à l'esprit ?*

Docteur n°2 : - *Et ben là dernièrement, la visite d'hier, l'avant-dernière ; un monsieur diabétique qui vit seul avec un revenu très faible, pas de famille, qui ne fait pas de vrai repas mais qui fait du grignotage à tout heure du jour et de la nuit, qui est sous insuline pour un diabète de type 2 insulino-requérant avec des séquelles donc actuellement amputation des orteils, donc le diabète est ingérable avec quelqu'un qui ne cuisine pas à des heures régulières et je ne vois pas par quel bout le prendre. Là-dessus, il picole un petit peu donc il y a des glycémies à quatre voire cinq quand on arrive en post-prandial même en pensant que c'était à jeun parce qu'il a mangé tard la nuit et enfilé sa petite bouteille. On ne sait jamais où on en est !*

Moi : - *D'accord. Et du coup qu'est-ce que vous lui dites au patient ?*

Docteur n°2 : - *On essaye de… Hier la discussion était que l'insuline ne se substitue pas à la diététique, c'est pas parce qu'il est maintenant sous insuline qu'il peut faire n'importe quoi parce que l'insuline va être le remède miracle et que sa diététique fait partie de son traitement, c'est à dire manger à peu près à heures régulières et cuisiner même avec peu de moyens. Mais, il a beaucoup d'handicaps, un garçon seul, jamais marié et qui finalement est très content de se faire des casse-croûtes avec des copains. Donc on est un peu sur le côté, j'ai pas appris, je ne sais pas faire et de l'autre côté, les copains arrivent et on saucissonne et on ouvre une bouteille !*

Moi : - *Et oui !*

Docteur n°2 : - *Il n'a jamais été dans un contexte familial avec des repas réguliers, c'est un ancien militaire qui a été habitué à des repas de cantine et seul il ne sait pas cuisiner quoi, je veux dire. Quand je le vois cuisiner, il me dit toujours j'ai une boite de haricots, donc il ouvre une boite de haricots qui est le summum de la diététique, ça fait maigrir, ça n'a pas de calories et quand je regarde, quand j'arrive il a des pommes de terre qui ruissèlent dans le gras et des steaks…*

Moi : - *Et au niveau de son observance médicamenteuse ?*

Docteur n°2 : - *Il est observant mais aujourd'hui avec la baisse de sa vision, il a deux passages d'infirmier par jour. Mais c'est récent. Avant c'était un passage, il est observant, là, il a compris qu'il y a l'intérêt des comprimés, il est observant. Ça n'est pas son problème.*

Moi : - *C'est pour le faire participer au régime ?*

Docteur n°2 : - *C'est pour le faire participer ben… au fait qu'il faut un minimum d'hygiène alimentaire pour que le diabète puisse être équilibré, bon après y'a la dépendance alcool et tabac, ça, il n'a jamais pu non plus avancer beaucoup parce que ça fait partie de son mode de vie, ses amis fument et boivent et…*

Moi : - *Ça n'est pas très accessible ?*

Docteur n°2 : - *Oui pour moi, il n'est pas accessible mais bon ça ne veut pas dire qu'il faut baisser les bras, on essaye quand même de rentamer une discussion et parfois il dit fièrement j'ai acheté de la soupe, de la soupe en boite mais bon, il le fait pour me faire plaisir, on n'a pas passé le cap : « Je le fais parce que je sais que c'est bon pour moi. », parfois il fait des efforts, il le fait pour me faire plaisir. Parce qu'il sait qu'il me le dit fièrement !*

Moi : - *Il y a une relation de confiance quand même !*

Docteur n°2 : - *Oui, oui, oui. Il y a une confiance absolue, ça y 'a pas de souci.*

Moi : - *Bon, on va prendre un autre exemple, par exemple sur un patient hypertendu, vous lui avez demandé de faire des auto-mesures de tension pour voir un petit peu comment c'est et puis il a encore oublié de les ramener ça fait déjà trois fois. Qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°2 : - *Qu'est-ce que je lui dis… Parfois je fais du chantage, je ne prescris pas et je demande de revenir le lendemain ou l'après-midi. Parce que s'il l'a fait, il peut le ramener ! Avec un notice sur l'ordi qu'il ne shunte pas avec ma collègue : pas de traitement avant de… pas très adulte mais parfois je ne vois pas d'autre façon et parfois, je me dis peut-être qu'il vaut mieux traiter à l'aveugle sans rien du tout maintenant je n'ai pas de réponse claire. Les auto-mesures… C'est plus l'hémoglobine glyquée des patients diabétiques où je dis voilà, non il n'y a plus de prescription, c'est fini, vous la ramenez ! Mais bon, le petit jeu peut durer un certain temps, ils vont à la pharmacie faire une recharge et après ils viennent quand même. Non, je n'ai pas de bonne solution, souvent c'est des gens qui ne sont pas compliants du tout qui dédoublent leur traitement, d'un mois, ils en font trois et en questionnant, les statines, ils ne les ont jamais pris.*

Moi : - *Et puis, par exemple le patient, il revient, il a fini par faire son auto-mesure tensionnelle mais vous trouvez ça un petit peu étrange parce qu'elle est toujours très très mauvaise alors que vous avez introduit un traitement. Comment vous abordez avec lui l'observance thérapeutique ? Comment vous lui posez la question ?*

Docteur n°2 : - *Ça dépend du degré de la relation, confiance de la relation. Il y a des gens, je peux me permettre de leur dire : « Ecoutez, ça ne colle pas ! Ça ne va pas du tout, j'y crois, j'y crois pas, soit c'est moi qui a faux, soit c'est vous mais dans le doute, je ne sais pas, on va faire une MAPA. », y'a des gens qui d'emblée sont plutôt méfiants et qui sont plutôt sur le versant agressif, je serais plus prudente : « Ecoutez, c'est étrange, je ne comprends pas, normalement vous avez un traitement, ça ne descend pas, soit la molécule ne vous convient pas, soit autre chose… ». En laissant un peu le doute planer et bon, soit ils répondent à ce moment là en disant : soit je ne les prends pas parce que j'ai mal à l'estomac, soit ils me soutiennent droit dans les yeux qu'ils les prennent, là on reste sur un blocage, ça dépend quand même des gens, et parfois j'adopte après la stratégie : « Ok, c'est comme ça, on va changer de molécule parce que visiblement, ça ne va pas du tout » et je reviens dessus dans un mois, une espèce d'usure dans la communication, je reviens dessus, je reviens dessus, qu'ils ne prennent pas leur traitement pour la tension honnêtement, je pense pas qu'ils me le cachent longtemps, j'ai l'impression, peut-être que je peux me faire vraiment des idées. Je pense vraiment qu'ils me le diraient. Là où ça pose problème, c'est la consommation d'alcool par exemple qui est beaucoup plus complexe, parce que là, on est dans les dépendances, là où les gens sont tout à fait capables de dire pendant des années qu'ils ne boivent pas une goutte de vin et en fait, vous les avez vu alcoolisés et la femme vient pleurer ici et voilà…*

Moi : - *Et par exemple par rapport à la tension, si le patient vous dit ben je n'ai pas vraiment envie de prendre un traitement au long cours.*

Docteur n°2 : - *Je lui explique les dangers et on s'arrête là. Il est maître de sa santé ! Ça n'est pas moi, c'est lui qui est le maître de sa santé, je ne peux que lui dire : « Voilà, ça donne ça… », expliquer ce qu'il risque à long terme et mettre ça dans le contexte de sa génétique les parents, les grands-parents, ce qu'on sait aujourd'hui, de ce que la science nous apprend et après… On reste à ça, là…*

Moi : - *Ben on peut revenir un petit peu sur l'alcool, pourquoi pas. Comment vous abordez le sujet en consultation ?*

Docteur n°2 : - *Systématique, je demande à tout le monde à la première consultation et on a une rubrique sur l'ordi qui s'appelle RPIB donc Repérage Précoce Intervention Brève, donc on l'alimente régulièrement. Tous les ans, tous les deux ans, comment vous vous situez par rapport à l'alcool ? Voilà.*

Moi : - *Et donc, vous avez un monsieur qui arrive et qui dit : « ben je bois un peu comme tout le monde, un petit apéritif à midi, et puis peut-être des fois un peu le soir et puis quelques verres de vin en mangeant, mais bon, c'est comme tout le monde, mon voisin fait pareil ! » Qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°2 : - *J'essaye de préciser avec lui la quantité exacte qu'il boit et aller un petit peu plus dans le vif du sujet : « Est-ce que vous n'avez jamais eu de souci avec votre*

consommation ? On ne vous a jamais fait des réflexions là dessus ? Pas de problème de permis ? » Pour faire un peu le tour des soucis qu'il a pu avoir de son alcoolisation ou de son probable problème d'alcool. Après euh… je proposerais quand même un contrôle hépatique en disant : « Ecoutez, je pense que ça serait tout à fait bien à votre âge de faire un contrôle complet et on en parlera après. », on a peut-être des choses plus concrètes à en parler, ils savent très bien qu'on va faire les gammaGT et après à voir ! Soit il dit : « Vous voyez bien, j'ai rien ! » soit il dit : « c'est le paracétamol que je prends parce que j'ai mal à la tête. », ou on peut attaquer un peu le problème, moi, je proposerais ça comme ça.

Moi : - *Et comment vous attaquez le problème justement quand ils ont des gammaGT augmentés ?*

Docteur n°2 : - *Et ben je dis : « Vous avez bien vu qu'il y avait un petit astérisque, je suis inquiète de voir que votre foie ne travaille pas comme il devrait travailler à votre âge, voyez, les chiffres sont quand même très augmentés, je suis très inquiète de voir ça et je pense qu'il peut y avoir un lien avec la consommation d'alcool qui vous avez indiqué la dernière fois, alors qu'est-ce qu'on pourrait faire pour vous aider pour avoir une meilleure santé ? ». Après ça dépend… Ça dépend toujours qui on a en face !*

Moi : - *Finalement, il a décidé d'arrêter de boire, ça marche à peu près mais il revient vous voir en consultation et il vous dit : « Hier soir, il y avait un match à la télé et j'avais invité des amis et puis bon, ils ont ramené de la bière et je n'ai pas pu m'empêcher de boire ! ». Qu'est-ce que vous lui dites à ce monsieur ?*

Docteur n°2 : - *Ben je dis que ça peut arriver à tout instant d'avoir une rechute mais l'essentiel est de se rendre compte que ça ne va pas et de reprendre en main les choses, bon s'il semble sincèrement troublé par ces faits-là c'est peut-être le moment de lui dire : « Est-ce que vous ne voulez pas consulter un spécialiste pour vraiment creuser l'affaire ou est-ce qu'on ne peut pas se voir deux/trois fois de suite pour creuser ensemble pourquoi vous avez fait cette rechute et qu'est-ce qui fait qu'en vous ça coince à ce moment-là ? ».*

Moi : - *Voilà ! Et puis la dernière question simplement, qu'est-ce que vous pensez de l'entretien motivationnel ? L'alliance thérapeutique ? Ou d'autres techniques ? La décision médicale partagée ? Est-ce que vous utilisez ce genre de techniques ?*

Docteur n°2 : - *Euh… je l'utilise en amateur oui, comme toujours le généraliste qui fait tout un petit peu, un peu de tout. Euh oui, je me suis formée un peu à ça quand c'est devenu un petit peu plus… quand on nous a appris que ça existait, après l'utiliser de façon bien consciente, peut-être pas, pas suffisamment construits les entretiens mais… Je pense que c'est un outil intéressant c'est sûr, ce qui m'a peut-être le plus aidée dans cette théorie, c'est d'arrêter de penser à la place de nos patients, en disant : « Y'a qu'à faire, vous deviez faire, j'ai la solution ! » et après s'étonner en voyant qu'ils ne font pas et s'énerver en disant : « Ils sont tous cons, ils ne comprennent rien… Ils sont nunuches ! », enfin bref, peu importe comment on les appelle ! C'est ce qui m'a le plus appris en disant : « Voilà et on revient dessus et on verra bien s'il y a une entrée dans le problème », parfois on rentre dans un processus et on se rend pas compte , les gens, ils viennent après et ils disent : « Ce que vous m'avez dit la dernière fois, ça m'a vraiment touché, voilà j'ai arrêté de fumer. » ou je ne sais pas quoi et en fait je ne me rappelle pas du tout ce que j'ai dit, c'était un peu dans l'entretien à une chose qui paraissait anodine mais qui avait un impact, à un moment*

donné sur l'autre qui était prêt à ! Mais pas non plus tous les jours, y'en a qui résistent bien ! (Rires)

Moi : - *C'était très intéressant, je vous remercie pour l'entretien. »*

III. Troisième entretien :

Le 02/07/2013, un homme en milieu urbain :

Moi : *« - Donc tout d'abord un peu de formalités administratives pour que je puisse un peu situer votre expérience professionnelle. Depuis combien de temps vous exercez ?*

Docteur n°3 : *- En ville ?*

Moi : *- Oui.*

Docteur n°3 : *- Quatorze ans.*

Moi : *- D'accord. Vous êtes installé ici depuis quatorze ans, c'est ça ?*

Docteur n°3 : *- Oui.*

Moi : *- Quel âge avez vous ?*

Docteur n°3 : *- Cinquante-cinq.*

Moi : *- D'accord. De quelle faculté êtes-vous originaire ?*

Docteur n°3 : *- Nancy.*

Moi : *- Est-ce que vous êtes ou avez été maître de stage ?*

Docteur n°3 : *- Non.*

Moi : *- Qu'est-ce que vous faites comme formation médicale continue ?*

Docteur n°3 : *- Pour l'instant rien !*

Moi : *- Des lectures de revues ?*

Docteur n°3 : *- Oui c'est ça !*

Moi : *- Des soirées de formation ?*

Docteur n°3 : *- Oui de temps en temps.*

Moi : *- D'accord. Vous avez des diplômes ou formations complémentaires ?*

Docteur n°3 : *- Je dois avoir un DU d'antibiotiques hospitaliers et puis j'ai été assistant des hôpitaux, ça ne sert pas mais bon !*

Moi : *- Ma foi ! Toutes petites questions encore sur le mode d'exercice : est-ce que vous faites partie d'un cabinet de groupe ?*

Docteur n°3 : - *Oui.*

Moi : - *Vous avez un associé. (Acquiescement du Docteur n°3) Combien d'actes en moyenne vous réalisez sur une journée classique ?*

Docteur n°3 : *Vingt-cinq/trente.*

Moi : *En moyenne, une consultation, combien de temps ça dure ?*

Docteur n°3 : - *Un quart d'heure.*

Moi : *Et vous ne faites que de la consultation sur rendez-vous, pas de consultation libre ?*

Docteur n°3 : - *Non, mais on prend des urgences.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°3 : - *J'ai travaillé des fois sans rendez-vous mais c'est un peu la pagaille. Moi, ça m'arrangeait parce que j'allais plus vite, quand il y a plein de monde, on se dépêche et puis à 18h, on avait fini au lieu de finir à 20h. Tout le mode venait à 14H30 pour passer devant tout le monde, y'en avait vingt à la fois.*

Moi : - *C'est un peu effrayant en début d'après-midi d'ouvrir la porte non ?*

Docteur n°3 : - *Oui, oui mais je finissais plus tôt, c'était pas si mal. Mais bon voilà...*

Moi : *Oui, niveau organisation…*

Docteur n°3 : *Ça n'est pas la solution idéale, en ville ici non, non parce qu'ils montent facilement en ville (la cabinet médical est à l'étage dans une rue commerçante), à la campagne peut être pas.*

Moi : - *Alors maintenant, si vous me le permettez, on va rentrer dans le vif du sujet : donc la question que je voudrais poser, c'est : est-ce que vous avez un exemple de comportement ou habitude de vos patients qui pose problème pour leur santé ?*

Docteur n°3 : - *Oui, ils ne prennent pas leur traitement ou ils ne veulent pas faire les examens souvent.*

Moi : - *Oui, y'en a un qui vous vient à l'esprit ?*

Docteur n°3 : - *C'est un monsieur qui une tumeur médullaire je pense et qui ne veut pas faire d'examen pour confirmer, qui commence à avoir très mal et qui commence à boiter. Mais il refuse tout examen parce qu'il en a eu plein pendant sa jeunesse et il ne veut plus.*

Moi : - *D'accord. Qu'est-ce que vous lui dites du coup pour essayer de faire quelque chose ?*

Docteur n°3 : - *Qu'il va avoir des problèmes et qu'il va être paralysé quoi. Je le connais bien en plus, c'est pas un copain mais je l'ai connu tout jeune et il ne veut rien savoir. Il va y venir je pense, j'espère pour lui. J'essaye de faire peur aux gens en principe un petit peu.*

Moi : - *Oui.*

Docteur n°3 : - *Sans exagérer.*

Moi : - *Oui c'est une technique !*

Docteur n°3 : - *Je leur dis des vérités brutales comme ça : tu vas être paralysé, bon ben c'est ton choix !*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°3 : - *Je ne suis pas très… Je ne porte pas les gens à bout de bras comme certains peuvent le faire, je trouve ça bête. On leur dit… A la limite, je devrais presque leur faire signer un papier comme quoi ils refusent les soins, ça j'y pense de plus en plus.*

Moi : - *Oui ?*

Docteur n°3 : - *Je ne sais pas si ça se fait ailleurs, je ne sais pas… Je ne vois pas beaucoup de confrères, je ne suis pas d'ici, je suis une pièce rapportée donc voilà ! Dans certains cas, je vais le faire, je pense, comme là par exemple parce qu'après il va dire : « T'as rien fait, je suis paralysé à cause de toi ! ». Comment prouver le contraire ? Même si je le mets dans le dossier, ça n'a pas de valeur.*

Moi : - *C'est sûr, c'est compliqué !*

Docteur n°3 : - *Voilà, c'était une parenthèse. Je suis assez direct, voyez, comme ça ! Voilà, enfin ils choisissent !*

Moi : - *Bien.*

Docteur n°3 : - *Et je n'ai pas envie de leur courir après !*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°3 : - *Ils sont assez grands pour décider, non ? Enfin je pense ?*

Moi : - *(Acquiescement) Alors je vais prendre un autre exemple : vous voyez Monsieur X en consultation c'est un patient qui est diabétique de type 2 et qui a encore "oublié" de faire sa prise de sang et qui ne vous ramène pas son HbA1C, qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°3 : - *Qu'il aille la faire, c'est pas bien. Qu'est-ce que je peux lui dire d'autre ? Faut qu'on surveille son diabète quand même, c'est pas bien pour sa santé. Qu'on est obligé de la faire maintenant pour la Sécurité Sociale, on peut en rajouter un petit peu mais je n'aime pas trop la Sécu, sauf pour certaines choses, certains médicaments, je m'en sers pour*

imposer le règlement genre pour le SUBUTEX ®, je ne sais pas si vous en avez la pratique ? Je joue de la Sécu pour imposer une règle même si des fois je suis en dehors…

Moi : - *Donc, vous lui laissez le choix ?*

Docteur n°3 : - *Oui, je refais une ordonnance, je lui donne l'ordonnance et je lui dis d'aller la faire et sinon tant pis, « On ne saura pas où vous en êtes ! C'est tout, c'est pour votre santé, ça n'est pas la mienne ! » et des fois je rappelle les complications du diabète mais comme je le dis souvent au début, après bon… C'est rentré et si c'est pas rentré, je le répète, ça dépend des gens aussi, de toutes façons on sait quand c'est le patient qui ne veut pas faire d'examen, en faire le moins possible, qu'à chaque fois il faut lui redonner l'ordonnance, lui rabâcher la même chose, ou c'est celui qui a complètement oublié et qui était en vacances là, on n'insiste pas, je sais qu'il va aller la faire, après c'est tout une question de…*

Moi : - *Et si vous savez qu'il a un petit peu de mal à la faire vous lui dites quoi pour le pousser à y aller ?*

Docteur n°3 : - *Ben qui va avoir de gros problèmes de santé si on ne surveille pas et qu'on n'adapte pas son traitement par exemple, ce qui est vrai, enfin je pense ?*

Moi : - *Oui. (Rires communs)*

Docteur n°3 : - *Je reviens toujours un petit peu à leur faire prendre conscience qu'ils ont un risque, je pense que c'est la meilleure, enfin pour moi c'est la meilleure technique pour les décider. Mais je ne leur impose pas bêtement en leur disant : « Tu fais pas, je veux plus vous voir ! », voyez non ? Pourquoi faire ? Autant qu'il revienne de temps en temps pour essayer de… Et un jour des fois y'a le déclic ! Pour certains !*

Moi : - *Le déclic ? … Parfois, c'est ce qu'on peut dire qui fait le déclic ?*

Docteur n°3 : - *Exactement, mais ça c'est un peu le feeling, on connaît les gens. Y'en a, je sais que je vais leur dire ça et que ça sert à rien, ils s'en fichent donc ça ne sert à rien de leur faire peur, il faut essayer par un autre biais ou le jour où ils sont un peu malades même si c'est pas vrai : « Voyez, vous êtes malade parce que votre diabète n'est pas équilibré, il faut faire votre prise de sang ! », des trucs comme ça mais il faut connaître la personne, moi je ne dirais pas de règles fixes, rigides.*

Moi : - *Et donc, le patient vous dit : de toutes façons docteur, il faut bien mourir de quelque chose ! Vous lui répondez quoi ?*

Docteur n°3 : - *Que ça peut attendre, et puis c'est un peu bête parce qu'on a les moyens de prolonger la vie quoi. Surtout que de mourir de diabète, ça ne doit pas être très agréable parce qu'ils ne doivent pas mourir d'un seul coup, je leur raconte comment ça peut finir, amputation et tout le reste ! Je dis tout ! Toujours faire peur, quoi ! C'est un peu bête mais bon ! Je ne sais pas ce que vous disent les autres ?*

Moi : - *C'est variable, il y a un peu de tout !*

Docteur n°3 : - *Ils imposent ?*

Moi : - *Il y en a qui sont plus directifs, d'autres qui font du chantage, un peu de tout !*

Docteur n°3 : - *Du chantage ? Ça c'est non, je pense que c'est non ! C'est leur santé quand même, on est là pour se poser les problèmes, leur dire ce qu'ils risquent, insister je suis d'accord, un petit peu, après moi je dis stop ! Autrement vous allez le braquer et après il fait quoi ? Vous verrez dans votre clientèle si vous vous installez, il se sauve et il va ailleurs. Qu'est-ce qu'on y gagne ? Non seulement il ne va pas mieux se soigner ailleurs, vous perdez le client et puis ? Il est dans la nature ! Pour moi, c'est pire, il vaut mieux qu'il ait 8 d'HbA1C que 11 ! Pour avoir un petit peu de traitement, vous voyez ce que je veux dire ?*

Moi : - *Oui c'est sûr.*

Docteur n°3 : - *Je ne suis pas diabétologue parce qu'eux justement ils sont stricts stricts stricts. Sans compter qu'ils n'écoutent pas mieux les diabétologues ! Au contraire, ils ne veulent plus y retourner ! Ils sont trop carrés, enfin c'est bien, il en faut des gens carrés en médecine, il ne faut pas que des gens comme moi ! Faut de tout ! Mais les gens là n'y retournent pas !*

Moi : - *Vous avez toujours le même Monsieur qui revient en consultation et cette fois-ci, il a fait sa prise de sang.*

Docteur n°3 : - *Ah c'est bien ! Il a écouté un peu, il a eu peur ! (Rires) Il a eu peur !*

Moi : - *Son hémoglobine glyquée est à 11…*

Docteur n°3 : - *Vous me faites penser à un patient, j'en ai un exactement comme ça !*

Moi : - *C'est vrai ?*

Docteur n°3 : - *Alors lui il est… enfin bref…*

Moi : - *Alors que vous avez déjà introduit un traitement et puis il vous dit qu'il suit les consignes diététiques, comment vous abordez avec lui la question de l'observance thérapeutique ?*

Docteur n°3 : - *Encore, c'est encore un piège ça ! Qu'est-ce que je lui dis ? … Je ne sais pas, je lui demande s'il prend bien son traitement mais il va me dire oui, ça c'est sûr ! Puisque je pense toujours au même !*

Moi : - *Oui déjà simplement commencer par ça !*

Docteur n°3 : - *Je vais lui demander ce qu'il mange, il va me dire : « Je fais attention, je ne mange pas trop de sucre, pas trop de graisse, pas trop de… » et de temps en temps il lâche qu'il mange une tablette de chocolat par jour, je pense à lui toujours, je dis bon ben : « Arrêtez le chocolat, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise de plus ? ». C'est ça, il a exactement les mêmes chiffres, mais c'est un gars, voilà… Il répond : « Vous rigolez, il faut que je mange mon chocolat moi je suis… ». Alors il vient avec sa femme, alors je joue sur la*

femme, je lui dis : « Madame, faut plus qu'il mange de chocolat parce qu'il commence à avoir mal aux jambes, il commence à avoir des problèmes de vue et un jour, il va finir sous insuline et à l'hôpital ! ». C'était la dernière consult, j'en suis là et après je ne sais pas, mais c'est dommage il est passé de 8 à 11 % en quelques mois, juste avec la nourriture, c'est dommage !

Moi : - *Et par rapport aux effets secondaires qui sont liés aux traitements ? Est-ce que ça pourrait être ça qui fait qu'il ne prend pas son traitement ? Vous les recherchez ?*

Docteur n°3 : - *Je leur demande, au début surtout, j'avoue qu'après… Soit ils le disent tout de suite : « Docteur votre machin, il me fait mal au bide ! », ils parlent comme ça : « Donnez moi autre chose ! ». Mais c'est en principe à la deuxième ou troisième consultation pour le diabète après la mise en route du traitement, après c'est vrai que je n'ai pas trop de plaintes, non ça va, y'en a mais c'est pas souvent, bon ben là je change, j'adapte et puis je dis : « Essayez de continuer un mois, le temps de vous habituer au traitement. », ça dépend des effets secondaires, c'est sûr que s'ils vomissent tous les jours, je vais l'arrêter !*

Moi : - *Bien sûr !*

Docteur n°3 : - *Ou s'ils font des hypos avec les sulfamides à longueur de journée, je dis : « Stop les sulfamides » et on prend autre chose, mais c'est très rare.*

Moi : - *Et quand ils ne prennent pas leur traitement, en général, quelle raison ils évoquent ?*

Docteur n°3 : - *Souvent ils en ont marre de prendre des médicaments parce qu'ils ont beaucoup de choses, y'en a de trop c'est surtout ça. Quand il y a des effets secondaires, ils acceptent de changer, en principe, donc pour moi c'est pas vraiment un critère de ne pas prendre le traitement sans le dire, ils me le disent en principe, après je peux me tromper. Les effets secondaires, ça joue sur le traitement bien sûr mais on change, mais je ne crois pas que ça soit un critère d'arrêter.*

Moi : - *C'est plutôt trop de médicaments, ras-le-bol !*

Docteur n°3 : - *Comme je vous disais tout à l'heure : « Remets-moi quelque chose » c'est ça qu'il va vous sortir !*

Moi : - *D'accord. On va passer sur un autre versant : celui des addictions. Monsieur X revient en consultation et vous dit : « Docteur je bois comme tout le monde, un petit apéritif à midi et un le soir et quelques verres de vin en mangeant, enfin comme le voisin ! Qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°3 : -*Et ben je lui demande depuis quand c'est, s'il en a besoin tous les jours, s'il boit par habitude, enfin je fais une petite enquête quoi !*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°3 : - *Après je vois si physiquement y'a pas de problème. J'essaye de voir la conjointe ou le conjoint pour savoir ce qu'ils consomment exactement, parce qu'ils ne disent jamais les quantités qu'ils boivent.*

Moi : - *Et puis lui, il dit : « Mais bon, c'est normal non ? ».*

Docteur n°3 : - *Euh non pas trop ! (Rires) C'est normal pour lui oui !*

Moi : - *« Mais mon voisin fait pareil ! »*

Docteur n°3 : - *Si c'est pareil pour le voisin c'est qu'il fait la fête avec, donc y'a tout un contexte… C'est les plus durs cas que vous me posez je trouve !*

Moi : - *C'est vrai ?*

Docteur n°3 : - *Faut les faire prendre conscience,, vous verrez avec l'expérience, je trouve que l'alcool c'est le pire. C'est la pire des addictions pour moi, on a plus de mal à décider un alcoolique qu'un toxicomane, je pense.*

Moi : - *Ah oui ?*

Docteur n°3 : - *Je trouve que l'alcoolique perd ses facultés, il est moins conscient de ce qui lui arrive. Le toxicomane, il sait, il sait l'effet de la drogue donc si vous arrivez à lui mettre dans la tête qu'il doit arrêter, il arrête mais l'alcool, le plus dur c'est justement de leur faire prendre conscience qu'ils boivent trop, donc il faut à mon avis, jouer avec l'entourage et sur le physique : « Vous voyez, vous avez perdu du poids, vous êtes maigre, vous avez un gros ventre, vous avez de l'ascite… », enfin bref tout ce qu'il peut arriver avec l'alcool, et puis lui faire comprendre que c'est dangereux pour sa santé et ainsi de suite, mais bon ça c'est du travail qui est long, j'avoue et je n'ai pas toujours le temps, je le fais. Je commence souvent par une prise de sang.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°3 : - *Pour leur montrer qu'il y a un problème de foie par exemple, bon si y'a rien je suis embêté parce… Mais souvent il y a quelque chose. Je commence par ça, si le gars vient et qu'il en parle, il sait qu'il y a un souci, à moins que ça ne soit la conjointe qui en parle, là c'est encore plus dur (Rires). Si c'est la conjointe, alors là il lui dit : « Ferme là, je ne bois pas, c'est pas vrai ! », carrément ! S'il vient de lui même c'est déjà bien.*

Moi : - *En consultation, il y a un moment où vous abordez le sujet ?*

Docteur n°3 : - *Oui, oui, quand même quand je vois qu'ils ne sont pas bien physiquement, ça se voit, je ne sais pas si vous avez l'expérience des alcoolos mais ça se voit.*

Moi : - *Et donc, le patient a quand même décidé d'arrêter de boire.*

Docteur n°3 : - *Ben c'est bien, on va l'aider alors !*

Moi : - *Oui, comment vous l'aider à arrêter de boire justement ?*

Docteur n°3 : - *Je me sers beaucoup des psychologues en ville, du moment qu'il fait la démarche c'est qu'il a vraiment envie d'arrêter, bon je lui donne des petits traitements pour qu'il ne soit pas mal quand il est en manque, c'est tout . Au pire je l'envoie au CHA (?), c'est*

une structure qui est très bien à Epinal, y'en a une autre je ne sais plus le nom, enfin bref, voilà quoi !

Moi : - *Et puis le patient, a arrêté de boire mais il vous dit : « Samedi soir, il y avait un match de foot à la télé et des copains sont venus avec des bières et je n'ai pas pu m'empêcher de boire ! ». Qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°3 : - *Ben, j'ai plutôt tendance à dire : « Un échec ça n'est pas la fin du monde ! ». Ça apporte, la preuve c'est qu'il revient le dire, il s'est culpabilisé, au contraire ça peut le conforter dans sa démarche. Je ne vais pas l'engueuler, je n'engueule jamais les gens.*

Moi : - *Ok.*

Docteur n°3 : - *Au contraire, un échec ça peut justement apporter du plus, ce qui est vrai. Je ne sais pas ce que vous en pensez ?*

Moi : - *Ah oui !*

Docteur n°3 : - *Vous êtes jeune mais bon, vous verrez. Des fois un échec, on est triste, il y a quelque chose qui ne va pas mais ça amène une réflexion, des fois, ils viennent presque pleurer de honte !*

Moi : - *De honte ?*

Docteur n°3 : - *Et là, c'est pareil, s' il revient c'est qu'il est honteux, donc je lui dis que ça n'est pas bien, bien sûr je ne vais pas lui dire que c'est bien et puis : « Ne revoyez plus les copains comme ça, changez de compagnons, ne buvez pas avec eux, dites-leur que vous êtes en traitement, que vous n'avez pas le droit de boire de l'alcool, ne dites pas que c'est pour l'alcool dites que c'est pour autre chose, mais ne buvez plus ! ». Mais bon… Mais ça n'est pas une catastrophe et au contraire ça va renforcer sa motivation, enfin je vois ça comme ça ! Je ne suis pas addictologue…*

Moi : - *Une toute dernière petite question, simplement, ce que vous pensez de l'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique, l'intervention brève, la décision médicale partagée ou encore d'autres techniques que vous utilisez peut-être ?*

Docteur n°3 : - *Pour l'instant, je ne les utilise pas, pas vraiment. Je connais un peu mais je n'ai pas assez de gens qui consomment de l'alcool pour le faire, c'est ça aussi, je pense qu'il faut une certaine routine, du temps, ça n'est pas les mêmes consult. C'est un choix, c'est comme tout, c'est passer à quelque chose de plus original, plus long, c'est plus intéressant c'est sûr, je ne dis pas le contraire mais moi pour l'instant je ne peux pas, je n'ai pas organisé ça en fonction de ça mais ça doit être très intéressant. Moi je vois, y'a le régime, je fais des trucs sur le régime hyperprotéiné et ils travaillent beaucoup sur la motivation, c'est très intéressant.*

Moi : - *Vous faites comment pour travailler sur cette motivation ?*

Docteur n°3 : - *On a déjà des outils, ils ont fait un logiciel intéressant, les patients y répondent chez eux, ils me le ramènent, enfin ils devraient parce que je ne le fais pas je n'ai pas le temps, ils ramènent leurs réponses et on en discute.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°3 : - *Et à chaque fois ils recherchent un élément motivant pour maigrir et ainsi de suite parce que le régime seul ils n'y croient pas, ce qui est logique, donc on fait un accompagnement « motivationnel », ça se dit ?*

Moi : - *Oui, oui !*

Docteur n°3 : - *Voilà, c'est ça, ils jouent sur les deux tableaux : perdre vite du poids pour motiver les gens physiquement et en même temps il faut construire quelque chose au niveau mental.*

Moi : - *Quand vous dites : ils jouent ? Ils, c'est ?*

Docteur n°3 : - *C'est avec le logiciel.*

Moi : - *D'accord, donc c'est un logiciel spécifique que vous avez acheté ?*

Docteur n°3 : - *Je ne l'ai pas acheté, c'est des produits que les gens achètent, c'est très intéressant c'est français, je n'y gagne rien, on pourrait le penser, j'en prends pour moi aussi. J'ai fait pas mal de séminaires avec eux et c'est très intéressant. Ça fait trente ans que ça existe et c'est vraiment un truc super. Ils ont fait des études sur les déficits protéinés, et on en manque tous, c'est impressionnant ! Voilà, je pourrais faire comme ça pour l'alcool, je pourrais faire pareil, motiver les gens…*

Moi : - *J'ai pris l'exemple de l'alcool mais j'aurais pu choisir le régime diététique ! En tout cas, merci… »*

IV. Quatrième entretien :

Le 09/07/2013, un homme en milieu urbain :

Moi : *« - Si vous me le permettez, on va commencer par quelques formalités administratives, ça me permettra de mieux situer votre expérience professionnelle. Depuis combien de temps vous exercez ?*

Docteur n°4 : *- Trente-deux ans.*

Moi : *- D'accord. Quel âge vous avez ?*

Docteur n°4 : *- Soixante-et-un et demi.*

Moi : *- D'accord. Vous êtes originaire de quelle fac ?*

Docteur n°4 : *- Nancy.*

Moi : *- Je ne rencontre presque que des Nancéens ! Est-ce que vous faites une formation médicale continue ?*

Docteur n°4 : *- Oui, par le biais de l'AMVPPU.*

Moi : *- Ce sont des soirées de formation c'est ça ?*

Docteur n°4 : *- Oui.*

Moi : *- Est-ce que vous avez fait des diplômes ou formations complémentaires ?*

Docteur n°4 : *- Non.*

Moi : *- Non, d'accord. Encore quelques petites questions, vous exercez seul ?*

Docteur n°4 : *- Oui.*

Moi : *- Combien d'actes en moyenne vous réalisez sur une journée ?*

Docteur n°4 : *- Vingt-cinq/vingt-six.*

Moi : *- D'accord. Donc j'ai vu que vous exerciez sur rendez-vous et en consultations libres ?*

Docteur n°4 : *- Oui, le matin en consultations libres jusqu'à 10h-10h30 puis après rendez-vous jusqu'à 11h30 et puis l'après-midi sur rendez-vous à partir de 14h jusqu'à plus soif !*

Moi : *- Vous avez gardé un créneau de consultations libres ?*

Docteur n°4 : *- Oui, oui, c'est obligatoire normalement, le créneau de consultations libres en médecine générale, on doit toujours pouvoir recevoir quelqu'un en urgence.*

Moi : - *La durée moyenne d'une consultation à peu près ?*

Docteur n°4 : - *Je mets un rendez-vous toutes les vingt minutes.*

Moi : - *D'accord, très bien, j'ai mes réponses administratives ! Donc maintenant, on va rentrer dans le vif du sujet : quels sont les comportements de vos patients qui posent problème pour leur santé ? Est-ce que vous avez un exemple ?*

Docteur n°4 : - *Le tabagisme, l'alcoolisme, le surpoids, l'obésité, c'est ce qu'on voit de plus en plus. C'est des choses essentielles, des comportements déviants du point de vue alimentaire.*

Moi : - *Oui, on peut partir là-dessus si vous voulez !*

Docteur n°4 : - *Oui !*

Moi : - *Par exemple, Monsieur X arrive en consultation et c'est un bon vivant qui pèse 110-120 kilos, il vient vous voir mais pour tout autre chose, comment vous abordez avec lui le sujet du surpoids ?*

Docteur n°4 : - *Je lui demande déjà pourquoi il vient et puis ensuite comme je les pèse systématiquement pour la posologie des médicaments, on leur fait remarquer leur poids et on part là-dessus quoi. La plupart des gens que je vois, je les connais, je sais pourquoi ils sont obèses, c'est souvent des gens qui ne veulent pas faire de régime ou changer leurs comportements alimentaires.*

Moi : - *Qu'est-ce que vous leur dites alors ?*

Docteur n°4 : - *Ah ben qu'est-ce que je leur dis ? Je leur dis qu'il faut qu'ils fassent du sport déjà, de l'activité physique et puis je leur demande quelles sont leurs habitudes alimentaires et puis j'essaye de les remettre un peu dans le droit chemin, c'est un vaste problème, ça fait l'objet souvent de plusieurs consultations. A chaque consultation, on remet ça sur la table si on peut dire, on s'aperçoit qu'avec certains ça marche et qu'avec d'autres ça ne marche pas. J'ai vu hier un patient qui a deux prothèses de genoux, il fait 108 kilos, il fait toujours 108 kilos, il dit qu'il va marcher mais il ne marche toujours pas, donc je pense que ses 108 kilos il va les faire descendre à 105 et puis après il restera toujours comme ça. C'est un ancien cuisinier donc il aime bien manger !*

Moi : - *Et concrètement, vous lui dites quoi ?*

Docteur n°4 : - *Qu'est-ce que je lui dis ?*

Moi : - *Oui, qu'est- ce que vous lui dites ?*

Docteur n°4 : - *Et ben j'essaye de lui donner des conseils d'alimentation, des conseils d'équilibration, je lui dis qu'il faut qu'il déjeune le matin parce que souvent il ne déjeune pas le matin, souvent, ils ne savent pas la valeur des aliments, ils ne savent pas ce qu'est une protéine, un lipide ou un glucide, il faut leur expliquer en mots simples ce que sont ces choses-là. Et puis j'essaye de leur dire dans un repas, il faut manger ça, ça et ça ! S'ils ont*

mangé des pâtes à midi, je leur dis : « Ne mangez pas une pizza ce soir ! » voilà, des exemples comme ça.

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°4 : - *J'essaye de les remettre sur le droit chemin, j'essaye déjà de savoir ce qu'ils mangent et puis après en fonction de ce qu'ils mangent, savoir comment on peut organiser leur repas, en fonction de ce qu'ils ont envie de manger, il faut tenir compte aussi de ça, du goût des patients et essayer de leur organiser une autre façon de manger en utilisant pratiquement les mêmes choses mais en les répartissant autrement. Souvent les gros, ils ne déjeunent jamais le matin, vous déjeunez vous le matin ?*

Moi : - *Un petit peu !*

Docteur n°4 : - *Pas beaucoup ?*

Moi : - *Un petit peu !*

Docteur n°4 : - *Souvent on voit les gens, ils mangent peu le matin, ils mangent une bêtise, un pâté et le soir ils mangent beaucoup.*

Moi : - *Donc en fait vous vous adaptez par rapport au patient, par rapport à l'alimentation qu'il a déjà ?*

Docteur n°4 : - *Je m'adapte oui, mais c'est plutôt à eux de s'adapter aux conseils que je leur donne !*

Moi : - *Alors si je continue sur mon exemple justement, Monsieur X n'a pas vraiment envie de changer ses habitudes alimentaires, il vous dit qu'il aime bien les plats en sauce et les tartines de beurre et qu'il n'est pas prêt à changer ça parce que... Qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°4 : - *J'essaye de lui dire qu'il n'a pas le choix et qu'il y a toujours des risques à garder son surpoids, il a déjà pris des risques parce qu'il a ses deux prothèses de genoux à cause de son surpoids, c'est bien évident ! Après j'essaye de leur inculquer les bonnes manières, s'ils ne veulent pas changer je ne peux pas me battre avec, j'ai déjà pas le temps de le faire et puis s'ils ne veulent pas le faire... Le type il trimballe ses kilos depuis des années, là, il a eu des prothèses de genoux, c'est peut-être le moment de se mettre au régime, s'il ne veut pas, je ne peux pas le forcer ! Il y a trois catégories de personnes, ceux qui acceptent de vouloir le faire donc on y arrive, on arrive à faire maigrir ces gens, et d'autres qui ne veulent pas... ben (soupir) c'est des indécrottables... et puis d'autres qui le feront plus ou moins; ils vont perdre quatre/cinq kilos, ils vont les reprendre et comme je dis, c'est à chaque consultation qu'on est obligé de remettre ça sur la table, voilà.*

Moi : - *Le patient revient vous voir en consultation et puis vous avez fait une exploration de son cholestérol et vous trouvez qu'il a du cholestérol, qu'est-ce que vous lui dites à ce moment là ?*

Docteur n°4 : - *Ça dépend de son taux de cholestérol déjà ?*

Moi : - *Un LDL à 2,20 grammes par litre.*

Docteur n°4 : - *Ça dépend des autres facteurs de risque, le patient de l'exemple est obèse, il a déjà fait un infarctus, il a un peu d'HTA donc il est bien évident que son LDL il faut qu'il baisse, donc il a déjà un traitement mais l'histoire du régime alimentaire il ne le fait pas très bien donc il est obligé de poursuivre la thérapeutique, d'ailleurs il a un LDL de ce type là, mais qui a baissé. Celui qui a un LDL à 2,20 il faut essayer de le mettre au régime, enfin je n'aime pas trop le mot régime, c'est pas un terme qui convient trop bien à l'alimentation, on sait très bien que les régimes, ça sert à rien. J'essaye de lui dire de modifier son alimentation, je fais la même réponse que tout à l'heure et puis éventuellement on donne des conseils et si ça ne marche pas, il faut traiter, savoir si dans la famille il n'y a pas des antécédents parce qu'une partie du cholestérol est d'origine génétique, par un temps on disait que 75 à 80 % du cholestérol venait de la génétique enfin je ne sais pas. Alors après ben voilà, il faut essayer de les mettre au pas, c'est pas évident, c'est très difficile.*

Moi : - *Vous décidez d'introduire un traitement médicamenteux, vous en parlez au patient et il vous dit : « Je suis un peu jeune pour prendre un traitement jusqu'à la fin de ma vie, ça ne me plait pas trop ! », qu'est-ce que vous lui répondez ?*

Docteur n°4 : - *Je lui dis ce que je vous ai déjà dit tout à l'heure, moi je lui conseille de le faire. Après une période de régime, s'il n'a pas réussi à perdre un peu de poids et faire baisser son taux grâce à l'alimentation et l'activité physique, s'il ne veut pas prendre de médicaments, euh... je ne peux pas le forcer, je vais le prescrire en sachant très bien que le type ne va pas le prendre ou alors je lui prescris pour trois mois et je le revois au bout de six mois, donc il est évident qu'il ne l'a pas pris ou qu'il l'a mal pris, moi je ne suis pas partisan de me battre avec les gens, je leur conseille après s'ils ne veulent pas tant pis pour eux ! Je n'ai pas d'autres moyens !*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°4 : - *Je ne suis pas partisan de crier, ou de me fâcher, je leur dis gentiment et puis voilà.*

Moi : - *Oui. D'accord.*

Docteur n°4 : - *Voilà. Après oui il y a des détails plus techniques, mais c'est ça qui vous intéresse ou c'est la façon de faire ?*

Moi : - *Oui, la façon de faire avec les patients.*

Docteur n°4 : - *Après la façon de faire, de manger ben...*

Moi : - *Non pas spécifiquement sur le régime mais ce que vous allez dire au patient.*

Docteur n°4 : - *Ben moi je leur dis qu'au petit déjeuner il faut prendre éventuellement une boisson chaude, un fruit, du pain blanc avec un petit peu de beurre frais dessus, ce qui n'est pas interdit, puis de manger beaucoup de féculents, des légumes verts par jour, enfin voilà, tout ce qui doit être fait correctement. Manger des crudités, manger des fruits, voilà, équilibrer son alimentation quoi ! C'est relativement simple hein ! D'équilibrer son*

alimentation. Le problème, ce que vous disiez tout à l'heure, c'est que la plupart des gens, enfin beaucoup de gens ne savent pas ce qu'ils mangent.

Moi : - *C'est un problème d'information en fait.*

Docteur n°4 : - *D'information ou de connaissances parce que, je pense que les gens quand ils mangent - je sais pas moi - du pâté en croûte en entrée, ils vont aussi bien se retaper un lapin avec de la sauce derrière.*

Moi : - *Oui oui.*

Docteur n°4 : - *Il faut qu'ils en arrivent jusque là.*

Moi : - *D'accord. Bon. On va juste passer du coup au tabac, puisque vous avez évoqué le tabac. Comment vous abordez ça en consultation du coup ?*

Docteur n°4 : - *Le tabac ?*

Moi : - *Oui.*

Docteur n°4 : - *Ben ça dépend aussi si le type il vient pour... imaginez qu'il vienne pour... Il fumait, il ne fume plus le patient dont je vous ai parlé tout à l'heure.*

Moi : - *Oui.*

Docteur n°4 : - *Le tabac vous l'abordez dans la mesure où le patient est, je dirais, pathologique par rapport à ça. Et même s'il ne l'est pas. Mais d'autant plus s'il est bronchiteux chronique, s'il est emphysémateux, voilà, on l'aborde en lui disant que fumer c'est très bon pour la santé. Voilà !*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°4 : - *C'est de la dérision mais, j'essaye de leur demander pourquoi ils fument, combien ils fument, comment ils fument, quand ils fument.*

Moi : - *Oui.*

Docteur n°4 : - *Et puis d'essayer de leur dire qu'il faut pas fumer, et d'essayer de les aider. Vous avez des gens qui sont demandeurs pour l'arrêt du tabac, d'autres qui ne le sont pas, donc on essaye de leur dire qu'il faut pas fumer. On en revient au... c'est le même principe que l'alimentation. S'ils veulent bien arrêter, ben, soit je suis prêt à les aider; soit en leur donnant des fois des substituts, ou en leur donnant des conseils alimentaires aussi, parce que ça va avec l'alimentation souvent le tabac, avec l'activité physique. Donc voilà, on essaye de faire ça gentiment sans les brusquer, parce que, les brusquer - comme je vous ai dit tout à l'heure - je pense pas que ça soit la meilleure méthode, à moins qu'on les enferme dans une chambre pendant trois mois, sans alcool, sans tabac...*

Moi : - *Je suis pas sûre que quand ils ressortent...*

Docteur n°4 : - *Ben oui, qu'ils aient pas envie de fumer! C'est sûr. Après voilà, je sais pas ce que vous voulez savoir exactement... Comment je fais pour leur dire d'arrêter de fumer ?*

Moi : - *Oui. Oui.*

Docteur n°4 : - *Ben je leur dis tout simplement. Le tabac c'est nocif, ils le savent très bien d'ailleurs. C'est marqué sur les paquets, d'ailleurs je trouve que c'est une belle hypocrisie. Mais, c'est aussi un travail de longue haleine, c'est pas en une fois qu'on aborde le sujet.*

Moi : - *Vous revenez dessus.*

Docteur n°4 : - *Voilà, on revient dessus: « Est-ce que vous avez moins fumé ? Est-ce que vous avez fait de l'activité physique ? Est-ce que vous avez diminué votre consommation ? Oui ou non ? ». Et après on peut introduire, dire... ben on peut leur donner un traitement pour essayer de les aider.*

Moi : - *Hmm.*

Docteur n°4 : - *Et voilà, mais on a quand même de plus en plus maintenant de gens qui viennent d'emblée, on a pas besoin d'aborder le sujet, c'est eux qui l'abordent. Parce qu'ils sont demandeurs. Y'a beaucoup de gens qui sont demandeurs. Surtout des gens de mon âge ou des gens de quarante, cinquante, soixante ans. Les jeunes non, ils sont pas demandeurs, ils clopent, hein ? Vous êtes fumeuse vous ?*

Moi : - *Pas du tout. Par bonheur non !*

Docteur n°4 : - *Oui, ben oui. Donc on peut l'aborder de différentes manières, soit parce que le patient vient parce qu'il est malade de son tabac, ou parce qu'il vient parce qu'il a une gastro-entérite ou mal à l'épaule, et puis on vient à parler de tabac.*

Moi : - *Vous lui posez quoi comme question à ce moment là ? Il est là sur la table, qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°4 : - *Parce que moi je sais qu'il est fumeur. Je lui dis: « Vous fumez encore ou...? »*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°4 : - *« Vous fumez toujours ? » Je l'ausculte et...*

Moi : - *Comment vous savez qu'il est fumeur? Y'a un moment où vous posez les...*

Docteur n°4 : - *Attendez, les patients sont des gens qu'on connaît depuis relativement longtemps.*

Moi : - *D'accord. Oui.*

Docteur n°4 : - *Donc c'est des gens, on sait qu'il sont fumeurs ou pas. Donc on a déjà essayé de les faire arrêter. Y'en a qui ont déjà arrêté, qui ont recommencé, d'autres qui ont arrêté, et puis d'autres qui continuent. Donc il faut toujours remettre le couvert ; mais y'a aussi un*

moment où vous en avez marre quoi. Le médecin il en a marre. De raconter toujours les mêmes salades, et puis que ça soit pas suivi de faits. C'est un peu comme l'alimentation.

Moi : - *Hmm. (Acquiescement)*

Docteur n°4 : - *Le gros, il a toujours ses 95 kilos, on lui a répété et re-répété qu'il fallait faire autrement et puis il veut pas. Ben un moment donné on laisse tomber. (Rires) Ah ben oui oui. Si, je peux vous l'avouer qu'on laisse tomber. Il fume, il fume. Qu'est-ce que vous voulez faire ?*

Moi : - *Vous êtes découragé à un moment.*

Docteur n°4 : - *C'est pas qu'on est découragé mais c'est que le type, il veut pas. Vous savez y'a toujours des fumeurs. S'il y a toujours des fumeurs c'est parce que les médecins, ces gens là ils voient toujours des... Qui c'est qui voit pas un médecin une fois dans l'année, ou une à deux fois, et je pense que y'a des médecins qui font leur boulot correctement, ils ont toujours abordé l'histoire du tabac, et s'il y a des fumeurs c'est qu'il y a toujours des gens qui ne s'arrêteront pas et qui veulent pas arrêter. Alors quand on dit que le prix du tabac est dissuasif... Moi j'aimerais bien savoir quel pourcentage de dissuasion il a le prix du tabac.*

Moi : - *Je sais pas trop.*

Docteur n°4 : - *L'autre fois y avait un grand professeur qui causait à la radio et qui disait que plus ça serait cher, et moins il y aurait de fumeurs.*

Moi : - *J'ai un patient qui m'a dit: « Il fallait que ça augmente vraiment beaucoup, ça aurait pris trois euros du paquet, là je me serais peut-être arrêté. »*

Docteur n°4 : - *Combien ?*

Moi : - *Trois euros de plus il me disait.*

Docteur n°4 : - *Trois euros de plus. Ben le type... c'est le prof... je me souviens plus du nom, je crois qu'il s'appelle Tautenberg je crois, il disait qu'il faudrait que le paquet soit dans les vingt-cinq/trente euros.*

Moi : - *Et il faudrait que l'augmentation soit brutale en fait.*

Docteur n°4 : - *Pour qu'il y ait vraiment un grand coup d'arrêt. Mais ils veulent pas faire ça. Parce que vous savez aussi bien que moi que ça rapporte beaucoup de sous à l'Etat et que c'est une grande hypocrisie.*

Moi : - *Et oui. Voilà. Juste une toute dernière question.*

Docteur n°4 : - *Oui.*

Moi : - *Que pensez-vous de l'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique ou d'autres techniques comme la décision médicale partagée, l'intervention brève... ?*

Docteur n°4 : - *Qu'est-ce que...*

Moi : - *Qu'est-ce que vous en pensez ?*

Docteur n°4 : - *De quoi ?*

Moi : - *Des techniques qui existent ?*

Docteur n°4 : - *Quelles techniques vous dites ?*

Moi : - *Y'a l'entretien motivationnel par exemple.*

Docteur n°4 : - *Par rapport à quoi ?*

Moi : - *C'est pour faire changer les comportements.*

Docteur n°4 : - *L'entretien motivationnel ? Ça existe ça ?*

Moi : - *Si vous connaissez...*

Docteur n°4 : - *Non, je ne connais pas.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°4 : - *Ça consiste en quoi ?*

Moi : - *Alors, c'est une technique qui vient des Etats-Unis, où justement on cherche à faire émerger la motivation du patient lui-même.*

Docteur n°4 : - *Mais je pense que peut-être qu'on le fait inconsciemment ça.*

Moi : - *C'est la réponse que j'attends oui.*

Docteur n°4 : - *On le fait sûrement inconsciemment ces choses-là ; motiver. Ben oui, en disant aux gens « Vous êtes gros, vous êtes essoufflés... », peut-être que de ce fait-là, la motivation va surgir de leur corps et puis ils vont dire « Ah oui, oui, je vais faire en sorte que... ».*

Moi : - *C'est ce que vous me disiez tout à l'heure aussi. Vous vous adaptez aux patients, par rapport à ses goûts ou par rapport...*

(Interrompus par le téléphone)

Docteur n°4 : - *Alors l'autre technique c'était quoi que vous disiez ?*

Moi : - *L'alliance thérapeutique.*

Docteur n°4 : - *Qu'est-ce que c'est que cette histoire-là ?*

Docteur n°4 : - *Qu'est-ce que...*

Moi : - *Qu'est-ce que vous en pensez ?*

Docteur n°4 : - *De quoi ?*

Moi : - *Des techniques qui existent ?*

Docteur n°4 : - *Quelles techniques vous dites ?*

Moi : - *Y'a l'entretien motivationnel par exemple.*

Docteur n°4 : - *Par rapport à quoi ?*

Moi : - *C'est pour faire changer les comportements.*

Docteur n°4 : - *L'entretien motivationnel ? Ça existe ça ?*

Moi : - *Si vous connaissez...*

Docteur n°4 : - *Non, je ne connais pas.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°4 : - *Ça consiste en quoi ?*

Moi : - *Alors, c'est une technique qui vient des Etats-Unis, où justement on cherche à faire émerger la motivation du patient lui-même.*

Docteur n°4 : - *Mais je pense que peut-être qu'on le fait inconsciemment ça.*

Moi : - *C'est la réponse que j'attends oui.*

Docteur n°4 : - *On le fait sûrement inconsciemment ces choses-là ; motiver. Ben oui, en disant aux gens « Vous êtes gros, vous êtes essoufflés... », peut-être que de ce fait-là, la motivation va surgir de leur corps et puis ils vont dire « Ah oui, oui, je vais faire en sorte que... ».*

Moi : - *C'est ce que vous me disiez tout à l'heure aussi. Vous vous adaptez aux patients, par rapport à ses goûts ou par rapport...*

(Interrompus par le téléphone)

Docteur n°4 : - *Alors l'autre technique c'était quoi que vous disiez ?*

Moi : - *L'alliance thérapeutique.*

Docteur n°4 : - *Qu'est-ce que c'est que cette histoire-là ?*

Moi : - *Alors c'est une nouvelle technique aussi, où on fait participer en fait le patient. On le fait un petit peu plus participer à la décision.*

Docteur n°4 : - *Thérapeutique ?*

Moi : - *Oui. C'est le même genre de techniques.*

Docteur n°4 : - *Mais je pense qu'on le fait dans le sens où on dit... prenons l'exemple de l'hypercholestérolémie.*

Moi : - *Oui.*

Docteur n°4 : - *Il est évident qu'on essaye de dire au patient: « Est-ce que je vous donne un traitement tout de suite ? Est-ce que vous êtes capable de faire des efforts importants pour faire baisser votre cholestérol ou est-ce que vous voulez qu'on vous donne un médicament ? ». Ça peut m'arriver de faire ça. Normalement on doit pas faire ça, on doit faire un régime et ensuite donner le traitement. Mais on sait très bien que les gens, quelques personnes ne veulent pas changer. Donc ils changent, si peut-être un petit peu mais on sait très bien que dans trois mois quand on va faire un contrôle, ça aura pas beaucoup changé.*

Moi : - *Hmm hmm. (Acquiescement)*

Docteur n°4 : - *Donc on leur demande s'ils veulent prendre un médicament tout de suite ou attendre s'ils sont capables de... Voilà. Je pense que c'est...*

Moi : - *Oui et puis ça revient à la décision médicale partagée aussi. C'est la discussion avec le patient.*

Docteur n°4 : - *Je pense que oui c'est un petit peu mélangé tout ça, ces techniques là.*

Moi : - *Voilà, bon.*

Docteur n°4 : - *Et puis c'était quoi la troisième?*

Moi : - *L'intervention brève.*

Docteur n°4 : - *Alors qu'est-ce que c'est que ça ?*

Moi : - *Alors l'intervention brève c'est par exemple justement au détour d'une consultation on va poser une question « vous en êtes où avec le tabac ? » par exemple. C'est-ce qu'on appelle une intervention brève. Juste, simplement, au milieu... C'est ce que vous utilisez au final.*

Docteur n°4 : - *C'est quand là, vous êtes dans le couloir : « Au revoir M. Untel ! Alors vous fumez toujours au fait ? »*

Moi : - *Oui, c'est ce qu'on appelle une intervention brève.*

Docteur n°4 : - *C'est ça. Et alors, qu'est-ce qu'on pense de ça ?*

Moi : - *Oui. Et ben en fait...*

Docteur n°4 : - *Et ben, si on avait le temps - s'il disait « Oui je fume toujours.» - faudrait le faire rentrer à nouveau dans le cabinet. Et puis refaire une deuxième consult.*

Moi : - *D'accord. Mais c'est vrai qu'a priori juste le fait de poser la question, ça les fait réfléchir.*

Docteur n°4 : - *Ça leur remet peut-être un petit peu... ça les fait repenser à ça. Oui.*

Moi : - *Oui. Voilà.*

Docteur n°4 : - *D'accord.*

Moi : - *Bon. Ben très bien, je suis satisfaite de mon entretien. Vous avez dit plein de choses intéressantes.*

Docteur n°4 : - *Bon ben c'est bien.*

Moi : - *Oui oui ! »*

V. Cinquième entretien :

Le 16/07/2013, un homme en milieu urbain :

Moi : « - *On va juste commencer par un peu de formalités administratives si vous le voulez bien ?*

Docteur n°5 : - *Oui.*

Moi : - *Depuis combien de temps vous exercez ?*

Docteur n°5 : - *Ça fait quinze ans.*

Moi : - *D'accord. Quel âge avez-vous ?*

Docteur n°5 : - *Quarante-cinq ans.*

Moi : - *De quelle fac vous êtes originaire ?*

Docteur n°5 : - *Nancy.*

Moi : - *D'accord. Est-ce que vous avez déjà été et êtes maître de stage à la faculté.*

Docteur n°5 : - *Non.*

Moi : - *D'accord. Quelle formation médicale continue faites-vous ?*

Docteur n°5 : - *J'en ai pas.*

Moi : - *Pas de lecture de revue, de séminaires...*

Docteur n°5 : - *Revues, articles, internet, oui ça très souvent !*

Moi : - *Vous en faites alors !*

Docteur n°5 : - *Par contre, je ne vais pas dans des groupes, on a eu une période de groupe de pairs ® ici qui a été arrêtée et puis les formations médicales et les sorties "labo" je n'en fais carrément pas, je suis carrément allergique. Surtout les trucs "labo" parce qu'en fait, on ne bosse pas, on fout rien. Boire un coup ça ne m'intéresse pas du tout. J'aimerais bien qu'il y ait des choses de vrai boulot, qu'on bosse, on l'a fait une fois avec Dr X mais sinon non.*

Moi : - *Dr Y essaye un peu aussi mais c'est vrai que...*

Docteur n°5 : - *Les mecs qui viennent là pour picoler, ça ne m'intéresse pas.*

Moi : - *D'accord. Est-ce que vous avez des diplômes ou formations complémentaires ?*

Docteur n°5 : - *Oui, j'ai un diplôme universitaire de traumatologie du sport.*

Moi : - *D'accord. Quelques questions sur votre mode d'exercice maintenant. Vous faites partie d'un cabinet de groupe. Vous êtes combien ici ?*

Docteur n°5 : - *Cinq.*

Moi : - *D'accord. Combien d'actes en moyenne vous réalisez par jour ?*

Docteur n°5 : - *Moi ?*

Moi : - *Oui.*

Docteur n°5 : - *Et ben... en moyenne je fais quarante-cinq/cinquante actes par jours.*

Moi : - *D'accord. La durée moyenne d'une consultation, vous l'estimez à combien ?*

Docteur n°5 : - *Six minutes, Sept minutes maximum.*

Moi : - *Ok, ça tourne !*

Docteur n°5 : - *Ouais ! C'est problématique !*

Moi : - *C'est vrai ?*

Docteur n°5 : - *C'est problématique, bon là ça va un petit peu mieux, aujourd'hui j'ai une journée très calme, je vais faire trente-huit actes, c'est une journée calme. L'hiver je monte à soixante-dix. Donc en fait, il y a une qualité de travail qui n'est plus bonne et il y a aussi un stress et une tension qui sont quand même importants et puis une fatigue le soir, où j'arrive le soir et je suis fatigué quoi.*

Moi : - *L'emploi du temps en début de journée, ça fait un peu peur non ?*

Docteur n°5 : - *Oh pas de trop, je ne regarde pas de trop parce qu'autrement... C'est vrai que c'est un petit peu lourd... c'est un peu lourd.*

Moi : - *Je veux bien l'imaginer.*

Docteur n°5 : - *Ouais.*

Moi : - *On va rentrer un peu dans le vif du sujet. Donc la question que je pose c'est : quels sont les comportements ou habitudes de vos patients qui posent problème pour leur santé ? Si vous avez un exemple !*

Docteur n°5 : - *Le comportement des gens qui pose un problème pour leur propre santé ?*

Moi : - *Oui !*

Docteur n°5 : - *C'est vaste !*

Moi : - *Oui, c'est pour ça que je demande un exemple.*

Docteur n°5 : - *J'en ai plein qui me viennent en tête, y'a l'inactivité, le tabac, l'alcool, la malbouffe, on en rencontre, c'est du quotidien.*

Moi : - *Oui. On en choisit un si vous voulez ?*

Docteur n°5 : - *Y'en a un qui me tient à cœur c'est la malbouffe, oui.*

Moi : - *Oui. Vous avez envie de parler d'un patient qui vous pose soucis sur ce versant-là ?*

Docteur n°5 : - *Non. Mais je suis un peu particulier comme médecin parce qu'en fait, lorsqu'en fait je suis confronté à un patient qui pose des problèmes, je lui explique le but de la prise en charge, je lui explique évidemment les raisons pour lesquelles il faudrait qu'il fasse attention etc... Mais s'il ne veut pas suivre, il se démerde, après c'est plus mon problème, je ne vais pas pleurer après lui, voilà. Je ne suis pas dans cette mentalité là.*

Moi : - *C'est une réponse fréquente.*

Docteur n°5 : - *C'est à dire qu'en fait il y a un moment où moi, je ne vais pas aller voir chez eux comment ils bouffent, s'ils vont bouffer des frites sur la plage pendant l'été. A la limite après, c'est leur problème.*

Moi : - *A la première consultation sinon, vous leur dites quoi ?*

Docteur n°5 : - *En fait j'y vais assez progressivement, parce que si vous rentrez dans le vif du sujet assez brutalement les gens se braquent, donc je vais venir petit à petit mais je vais venir plus parler... je dirais... plus d'une hygiène globale de vie, c'est à dire que dans mon discours, systématiquement à l'alimentation équilibrée, se surajoute toujours une activité, se surajoute toujours un peu prendre soin de soi et éviter tout ce qui est saloperies et autres. Mais j'ai plus un discours global en fait, qu'un discours... Je ne vais pas attaquer tout de suite sur la bouffe, moi en plus je suis responsable d'un réseau de santé qui s'occupe du diabète et de l'obésité de l'enfant et de l'adulte sur Epinal et donc du coup j'envoie facilement aux diététiciennes du réseau pour prise en charge alimentaire, etc... Donc voilà.*

Moi : - *D'accord, donc vous adressez facilement ?*

Docteur n°5 : - *Ah oui, ben déjà avec le boulot qu'on a, on ne peut pas faire autrement !*

Moi : - *Et donc qu'est-ce que vous lui dites concrètement au patient ? Quand il est là ?*

Docteur n°5 : - *Je ne pourrais pas vous répondre comme ça.*

Moi : - *C'est vrai ? Ça dépend trop du patient ?*

Docteur n°5 : - *Ça dépend du patient, en plus jamais... par exemple si je fais une présentation ou quelque chose, je ne prépare jamais rien, moi. Jamais. Quand j'arrive je fais un peu au pif, à l'instinct et surtout en fait, je m'adapte à la personne qui est devant. Vous allez avoir des gens en face de vous avec qui vous allez avoir une discussion simple, posée, vous allez pouvoir rentrer dans des détails de fruits, de légumes, de machins, ils vont comprendre les portions, faire attention et puis y'a d'autres personnes, on va simplement*

déjà dans un premier temps leur dire d'arrêter de bouffer entre les repas et d'arrêter de manger des frites, des boissons sucrées et des plats frits. Donc en fait le discours s'adapte vachement à la personne qui est devant, je ne pourrais pas... je n'ai pas un archétype, je n'ai pas un plan dans mon discours,... la première fois souvent je dis : « Faudra qu'on discute de votre poids, faudra qu'on discute de vos habitudes. » mais je laisse la porte ouverte, je laisse aux gens le temps de réagir parce que si vous en discutez la première fois, les gens se braquent et ils ne reviennent même pas en consultation. Donc le but il n'est pas là, l'objectif pour moi, il est plus d'y aller doucement. Y'a des fois je rentre dans les gens, je leur dis : « Continuez à bouffer comme ça, c'est bien, vous serez diabétique, hypertendu et vous crèverez après ! » y'a des fois je suis brutal mais ça correspond vraiment à un type de personne, je n'ai pas de ligne directive.

Moi : - *Donc vous posez la question sur les habitudes des patients ?*

Docteur n°5 : - *Ah oui, bien sûr ! Ça c'est sûr, je pose des questions sur le grignotage, leur façon de cuisiner, sur la façon s'ils se resservent ou pas, oui des choses comme ça.*

Moi : - *Important effectivement de pouvoir orienter en fonction de ce qu'il y a déjà.*

Docteur n°5 : - *Oui tout à fait !*

Moi : - *Très bien, et par rapport à l'activité physique ? Qu'est-ce que les patients vous répondent ?*

Docteur n°5 : - *Alors moi, c'est un peu particulier toujours. Je suis connu sur Epinal, je suis un ex-coureur à pieds, je suis un ex-triathlète et les gens me connaissent, les patients savent que je fais du sport, savent que j'ai fait de la compétition, savent que j'ai fait du triathlon longue distance.*

Moi : - *Et puis votre diplôme ?*

Docteur n°5 : - *Mon diplôme de trauma du sport. Je consulte en short, j'ai une approche un peu particulière et j'ai une approche du sport qui est très particulière, c'est à dire que j'ai des antécédents de compétitions, j'ai des gamins qui font tous de la compétition dans différents domaines, donc y'a tout un milieu. Par contre, moi dans l'approche du sport avec mes patients, souvent la première chose que j'évoque c'est le sport plaisir. C'est à dire qu'il est hors de question pour un patient qui ne fait pas d'activité de faire quelque chose qui le fait chier, parce qu'il le fera trois jours et puis il arrêtera. J'essaye de pousser les gens à ce qu'ils recherchent d'abord quelque chose qui va leur faire plaisir, quelque chose qui va les détendre ; par exemple je suis un opposé complet aux salles de sport, pour moi c'est du stress, de l'angoisse, c'est des mecs qui viennent se gonfler les muscles et des nanas en string qui posent devant leur glace, c'est du narcissisme et pour moi, ça ne m'intéresse pas, d'autant plus que c'est un air recyclé, on est pas dans des structures qui sont très positives ou valorisantes. Je pousse vachement les gens à aller découvrir le fait d'aller courir dans les bois - courir, c'est difficile de courir hein - mais au moins d'aller marcher, le fait d'aller marcher dans les bois c'est quelque chose qui... vous allez avoir les bruits, les odeurs, les parfums, en fonction de l'heure vous n'avez pas les mêmes parfums, si la météo est pluvieuse vous avez des parfums complètement différents, j'aime beaucoup ces trucs là et j'adore aller courir quand il pleut parce que vous avez des parfums de mousses, de*

moisissures, de champignons que vous n'avez pas par beau temps. Inversement par beau temps, vous allez sentir les pins - là où je cours y'a des pins - vous allez sentir les pins, les fleurs tout ça, putain, c'est extraordinaire, c'est... Ben moi j'adore et au moins ça vous rempli de positif, ça vous rempli de quelque chose qui va vous faire du bien et quelque chose qui va vous détendre. L'objectif d'une sortie quelle qu'elle soit, en marche nordique, en course à pieds, VTT, en vélo, en rollers, en machin, en ski de fond, on s'en fout, l'objectif c'est de rentrer bien, d'avoir bougé et s'être fait plaisir, ils doivent rentrer avec le plaisir et le sourire, il n'y a que ça comme objectif et après on adapte en fonction du niveau qu'on peut. Moi, j'ai des patients, ils vont simplement aller marcher avec deux petits bâtons, ils vont faire 300 mètres, ils vont rester une demi-heure mais ça leur fera du bien, c'est déjà ça ! Et puis j'ai des patients comme moi, que j'entraîne et qui font de l'Ironman, enfin que je n'entraîne pas, mais que je suis quoi, là c'est des mecs qui voilà, moi j'ai fait vingt-cinq heures de sport par semaine, donc après l'approche est complètement différente mais en définitive le fond est le même, c'est une recherche de plaisir et c'est ça qui est important, sinon on n'arrive à rien, le mec qui va faire du sport pour se faire chier... Un exemple qui me vient en tête c'est un mec qui est diabétique, c'est un type, je lui avais dit : « il faut marcher », il me dit : « ça me fait chier de marcher » et puis un jour il vient et je lui avais dit de réfléchir sur ce qu'il aimerait. Il me dit j'aime le tir-à-l'arc, le problème c'est que le tir-à-l'arc je ne marche pas, je lui dit : « oui, sauf si vous faites du tir-à-l'arc en nature », il ne connaissait pas, il y a des clubs et donc maintenant il marche puisqu'en fait il fait du tir-à-l'arc en milieu naturel et puis il marche, il se fait plaisir et il marche.

Moi : - *Comme quoi il faut chercher...*

Docteur n°5 : - *Comme quoi, il faut chercher et on trouve plein de choses !*

Moi : - *Et puis écouter ce que les patients disent !*

Docteur n°5 : - *Ouais, et puis il faut se mettre à la hauteur de ce que font les gens, y'a des gens qui disent : « mais par rapport à vous ... » par rapport à moi c'est sûr... Ce matin j'ai fait une petite sortie, j'ai été courir six/sept bornes parce que c'est une petite sortie de décrassage pour moi. Ouais, hier soir j'ai été nagé, ce soir, je ne fais rien, demain matin je cours dix bornes... Voilà après c'est chacun son truc, voyez !*

Moi : - *Bien. Quelques questions côté addictions, sur le tabac par exemple si vous voulez ? Monsieur X qui a trente-cinq ans, qui fume depuis qu'il a vingt ans, comment vous abordez le sujet avec lui en consultation ?*

Docteur n°5 : - *J'y vais toujours de la même façon, c'est à dire qu'en fait, j'essaye toujours de faire réfléchir sur les bénéfices qu'il en retire, sur ce que ça lui procure, sur le plaisir qu'il a ou pas de fumer, sur sa motivation. Y'a des mecs qui viennent et qui n'en parlent pas et justement si vous abordez le sujet ils disent : « J'ai pas envie d'en parler, je suis désolé, j'aime fumer ! » voilà, c'est difficile ça. Vous laissez tomber et puis sinon j'essaye d'aborder le problème toujours sur plusieurs consultations, en plus je me souviens assez bien en fait des choses et puis je note dans la consult : « Attention, rediscuter de ceci... », des choses comme ça et du coup j'essaye d'aborder sur plusieurs consult. Je leur dis de revenir, on en reparle, qu'ils réfléchissent et je l'englobe toujours - le tabac - je l'englobe toujours dans un - pareil que tout à l'heure pour la malbouffe - je l'englobe toujours dans une hygiène de vie globale, c'est à dire que quand... Je sais pas si c'est les bonnes méthodes mais en tout cas*

c'est ce qui me correspond, c'est à dire que je vais dire aux gens : « vous allez arrêter de fumer oui, mais profitez-en pour sortir, pour changer vos habitudes, pour faire gaffe à votre bouffe, pour aller acheter des bons fruits, des bons légumes, de la bonne viande, du poisson, pour aller marcher un petit peu et puis pourquoi pas aller dans les Hautes-Vosges faire une petite rando sur les crêtes ! » des choses comme ça ! Voilà en fait, ce à quoi je pousse les gens, j'ai un petit peu, voilà, je reviens toujours un peu à ce que moi il me plait, c'est à dire une bonne hygiène de vie. Je suis un peu formaté là-dessus, j'ai cinq enfants et je les formate là-dedans, vendredi je ne travaille pas, on va en randonnée, je suis seul, enfin je vis avec une femme mais on a chacun notre appartement, donc quand je suis avec mes enfants, je suis seul avec mes enfants, on va randonner, on va grimper, on va... ma fille de neuf ans, elle tient ses dix bornes en course à pieds, donc c'est comme ça ! C'est elle qui demande, c'est pas moi qui pousse, en même temps quand elle était petite j'ai fait des centaines de bornes avec elle en poussette et moi je poussais la poussette.

Moi : - *C'est un sport particulier !*

Docteur n°5 : - *Ouais, mais je ne voulais pas la faire garder quand elle était petite, ça me faisait chier, je me disais : « Merde, attends, tu vas courir ! » et puis j'ai cogité vite fait et je me suis dit : « Ben elle va venir courir avec toi, tu vas l'installer correctement. ». Première sortie course à pieds à deux mois et demi, je l'avais super bien protégée, elle dormait, elle ne s'est même pas rendue compte et à la fin quand elle a grandi, je lui disais : « Je vais courir, tu viens ? » elle fonçait, elle allait chercher son casque et elle montait sur la poussette, elle était prête, elle ne voulait jamais monter dans la poussette sauf quand je courais et alors là, on y allait. Ils font tous du sport, et puis il y a une image.*

Moi : - *Et une passion que vous leur avez transmise.*

Docteur n°5 : - *Oui une passion, tous dans des domaines différents mais bon peu importe, le but c'est de se faire plaisir quoi !*

Moi : - *Je reviens juste sur le tabac, donc c'est un monsieur que vous avez vu en consultation, il a arrêté de fumer mais il est sorti la veille avec des amis et du coup, il a refumé une cigarette, qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°5 : - *Qu'il ne faut pas recommencer, je lui dis en fait les dangers de refaire ça, C'est à dire que je lui explique que s'il recommence, il va reprendre. Donc j'essaye de lui expliquer que vraiment, il ne faut pas y toucher et il ne faut pas recommencer, parce qu'en fait, on recommence d'emblée. Vous êtes d'accord ?*

Moi : - *Oui. Je termine par une petite question, qu'est-ce que vous pensez de l'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique, l'intervention brève, la décision médicale partagée ou d'autres techniques qui émergent en ce moment ?*

Docteur n°5 : - *Donc en fait, un peu dans le cadre de l'éducation thérapeutique ?*

Moi : - *Oui.*

Docteur n°5 : - *Je suis président du truc d'éducation thérapeutique des Vosges, donc je ne peux en penser que du bien, et moi je ferais de l'éducation thérapeutique mais dans tous les*

domaines. C'est à dire qu'on n'a pas les moyens (financiers) mais dans l'absolu l'éducation thérapeutique sur le tabac, sur l'alcool, la prise de pilule pour les petites nanas, la sexualité, on peut faire de l'éducation thérapeutique sur la sexualité pour les filles, pour qu'elles apprennent à se respecter et à ce qu'on les respecte. On peut faire de l'éducation thérapeutique dans énormément de domaines et ça je suis tout à fait favorable, d'autant plus que comme on l'a dit au début de notre entrevue, on a une activité qui aujourd'hui est de plus en plus importante, de plus en plus chronophage, c'est épouvantable, moi si j'avais quelqu'un qui pouvait me faire de l'éducation thérapeutique au cabinet j'en serais ravi ! Faut le financer, on a eu une époque dans le système Azalée, on a eu une nana qui était venue mais ça n'a pas accroché du tout, ça n'allait pas mais c'était plus lié à la personne en fait, elle était trop intrusive chez les gens, les gens la fuyaient.

Moi : - *Ça n'était pas le but !*

Docteur n°5 : - *Moi j'ai des patients, ils m'ont dit : « Docteur on ne vient même plus vous voir vous si ça continue comme ça ! ». C'était pas le but, elle n'était pas positive en fait. Sinon l'éducation thérapeutique, moi je suis responsable du réseau d'éducation thérapeutique sur l'obésité de l'enfant depuis 2004.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°5 : - *Je suis branché là-dessus !*

Moi : - *Ça fait effectivement un moment ! Et l'entretien motivationnel, vous connaissez ?*

Docteur n°5 : - *Pas trop bien, c'est quoi ?*

Moi : - *C'est une technique qui vient des Etats-Unis qui fait ressortir les propres motivations du patient.*

Docteur n°5 : - *D'accord.*

Moi : - *C'est un petit peu ce que vous m'avez raconté au final.*

Docteur n°5 : - *Ouais, c'est ça en fait.*

Moi : - *Et oui j'arrive à prouver que les médecins s'en servent alors qu'ils ne connaissent pas la technique !*

Docteur n°5 : - *Je regarderai un petit peu. Moi je suis assez... après on fait toujours un rapport entre ses propres expériences, ses casseroles et puis, et puis son approche, moi je suis assez branché psy aussi. J'ai fait une psychanalyse, j'aime bien tous ces côtés-là et je suis un contemplatif, donc je pense qu'on a aussi une attitude et justement un discours motivationnel en fonction de ce que nous on vit et moi qui aime regarder les fleurs dehors et courir dans les bois, je vais avoir un discours qui est lié à ça.*

Moi : - *Oui, c'est une bonne habitude heureusement !*

Docteur n°5 : - *Je suis très branché là-dessus, je suis très branché bonne bouffe, je suis très branché qualité de vie, je ne suis pas un écolo malade mais j'aurais tendance à avoir un fonctionnement un peu "respect de la nature", "respect de l'individu" sans être un extrémiste de l'écologie, sinon je ne ferais que tout en vélo et pas en voiture ou en moto, mais non, je pense que c'est important, ça me branche bien ça ! »*

VI. Sixième entretien :

Le 23/07/2013, un homme en milieu urbain :

Moi : « - *Je voudrais pour commencer juste faire un peu de formalités administratives.*

Docteur n°6 : - *Ouais.*

Moi : - *Depuis combien de temps vous exercez ?*

Docteur n°6 : - *Alors un an et un mois !*

Moi : - *Wouah ! Bon anniversaire d'installation alors ! Quel âge avez-vous ?*

Docteur n°6 : - *Vingt-neuf ans.*

Moi : - *D'accord. De quelle fac vous êtes originaire ?*

Docteur n°6 : - *Nancy.*

Moi : - *Etes-vous maître de stage à la faculté ?*

Docteur n°6 : - *Pas encore ! C'est prévu !*

Moi : - *C'est vrai ?*

Docteur n°6 : - *Normalement j'ai même une réunion pour donner des cours en septembre, donc voilà, parce qu'ils cherchaient des jeunes pour donner des cours.*

Moi : - *Et bien oui, ils cherchent !*

Docteur n°6 : - *Donc je vais en faire partie normalement !*

Moi : - *C'est bien ! C'est trop tard pour moi mais bon !*

Docteur n°6 : - *On va essayer, je ne sais pas si c'est bien ou pas mais bon !*

Moi : - *A quelles formations médicales continues vous participez ?*

Docteur n°6 : - *Et ben, groupes de pairs ®, Preuves et Pratiques c'est une fois par an même si c'est payé par les labos, et puis Prescrire. Groupe de pairs ® une fois par mois, j'ai deux groupes de pairs ®.*

Moi : - *Ah oui ?*

Docteur n°6 : - *Parce qu'il y en a un c'est tous les deux mois. On alterne avec ma femme, ça fait que tous les quatre mois et il y en a un autre où j'y vais tous les mois.*

Moi : - *D'accord !*

Docteur n°6 : - *Sinon quelques formations MGForm, j'en ai fait une cette année. Voilà.*

Moi : - *C'est déjà pas mal, c'est varié !*

Docteur n°6 : - *Oui.*

Moi : - *Est-ce que vous avez des diplômes ou des formations complémentaires ?*

Docteur n°6 : - *Euh... Non, non, mon diplôme de médecine générale c'est tout.*

Moi : - *Très bien. Juste des questions sur le cabinet maintenant, donc vous faites partie d'un cabinet de groupe où vous êtes cinq ?*

Docteur n°6 : - *Oui.*

Moi : - *Combien d'actes en moyenne vous réalisez par jour ?*

Docteur n°6 : - *Par jour ? Entre vingt-cinq et trente.*

Moi : - *D'accord. Vous ne faites que de la consultation sur rendez-vous, il n'y a pas de créneaux de consultation libre ?*

Docteur n°6 : - *Non, que sur rendez-vous, avec des visites.*

Moi : - *D'accord. La durée moyenne d'une consultation à peu près ?*

Docteur n°6 : - *Un quart d'heure. J'ai des créneaux toutes les quinze minutes après je suis souvent en retard, sauf aujourd'hui.*

Moi : - *Maintenant si, à cause de moi !*

Docteur n°6 : - *Non j'ai pris une demi-heure !*

Moi : - *D'accord, Ok ! On va rentrer dans le vif du sujet, la question c'est : « quels sont les comportements ou habitudes de vos patients qui posent problème pour leur santé ? » Si vous avez un exemple ?*

Docteur n°6 : - *Ben alcool, tabac notamment, après, comportements à risque chez les jeunes...*

Moi : - *Y'a un patient qui vous vient à l'esprit ?*

Docteur n°6 : - *Euh... Oui... Un patient artéritique, stenté et qui continue à fumer.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°6 : - *Et un deuxième qui a arrêté de fumer.*

Moi : - *Oui, on peut partir sur le tabac alors ! Donc votre patient, qu'est-ce que vous lui dites concrètement ?*

Docteur n°6 : - *C'est à dire ? Pour le fait qu'il arrête de fumer ?*

Moi : - *Oui.*

Docteur n°6 : - *Et ben moi souvent, je suis assez directif et je suis assez cartésien. Je lui montre souvent des courriers des spécialistes. Je lui fais des schémas sur notamment ses artères qui sont bouchées. Je lui explique que le tabac est en partie responsable de ça et que s'il arrête, il arrêtera probablement la progression des lésions. J'essaye de faire à chaque fois des schémas, des schémas sur les artères pour montrer les effets du tabac, notamment ça, ça c'est pour les artères spécifiquement. Pour les poumons ben, je leur explique tous les effets secondaires bénéfiques qu'ils auront à l'arrêt du tabac, surtout pour ça, notamment qu'il ne crachera plus au bout d'une quinzaine de jours, y'aura plus d'odeur, l'aspect économique, l'aspect "nettoyage des poumons " qu'on arrive à éliminer au bout de cinq/six ans, voilà ! J'essaye de faire comme ça plutôt et après par contre, je leur explique bien que c'est eux seuls qui arriveront à arrêter de fumer et que s'ils le font pour moi, ils n'y arriveront pas, c'est eux qui ont les clefs en main, après...*

Moi : - *Quand vous dites les clefs c'est ?*

Docteur n°6 : - *C'est eux qui permettent... c'est eux... c'est à partir du moment où ils décideront d'arrêter de fumer qu'ils y arriveront et ils le font pas pour me faire plaisir. C'est eux qui... nous, on peut les aider mais c'est eux seuls qui au moment où ils arrêteront ou décideront d'arrêter qu'ils vont le faire, s'ils n'ont pas décidé...*

Moi : - *Et si votre patient vous dit : « Moi j'aime bien fumer et puis il faut bien mourir de quelque chose ! ». Vous répondez quoi ?*

Docteur n°6 : - *Ben vous mourrez plus tôt que les autres (Rires) et puis ben oui, de toutes façons quand on me répond ça, je pense qu'à partir de ce moment là, il n'est pas prêt pour arrêter, je lui réexplique la même chose, mais je lui explique que s'il a envie de fumer, ça n'est pas moi qui l'en empêcherai et que si à partir du moment où il sait ce qui l'attend, moi j'aurai fait ce que je devais, mais ça n'empêche que j'insiste les fois d'après, je leur dis : « Vous fumez toujours ? », je pose toujours la question, systématiquement, à chaque consultation et je pense que ça énerve les gens, y'a même des gens qui me disent avant de rentrer : « Je fume toujours ! ».*

Moi : - *Ils ont pris l'habitude !*

Docteur n°6 : - *Et sur chaque fumeur, je voilà... j'ai vu que c'était un des moyens de faire arrêter, le Prochaska justement, donc voilà de prendre conscience qu'ils fument et à chaque fois, je demande chez les gens qui fument à peu près. Le jour où ils me disent ça, c'est qu'ils ne sont pas prêts à arrêter de fumer donc je n'insiste pas plus que ça.*

Moi : - *Ok très bien. Et puis par exemple un patient qui a arrêté de fumer, il vient vous voir en consultation et puis il vous dit : « hier soir, il y avait des amis, on a regardé un match de*

foot et puis je n'ai pas pu m'empêcher de refumer une cigarette ». Qu'est ce que vous lui dites ?

Docteur n°6 : - *« Qu'est-ce que ça vous a provoqué ? ». S'il me dit que c'était super, ça va être compliqué, la plupart quand même disent que finalement c'était pas top et j'essaye de lui dire qu'il faut que ça reste de l'exceptionnel et que s'il y retourne une fois, le problème c'est que y'a l'addiction qui fait qu'il peut y retourner facilement une deuxième fois. Après j'essaye de lui dire que plutôt que de fumer : « Essayez de sortir, de faire autre chose. » parce que s'il va à la tentation une fois... Il risque d'y retourner, mais souvent les gens ne nous disent pas quand même.*

Moi : - *C'est vrai ?*

Docteur n°6 : - *C'est quand même rare, je pense qu'ils le disent bien après, sur une fois... mais sur une fois ouais... les gens... mais effectivement j'essaye de leur dire que s'il y retourne une fois, ça veut dire qu'il n'est pas complément sevré et que... J'essaye plutôt de lui dire de substituer par autre chose, pas de l'alcool !*

Moi : - *(Rires)*

Docteur n°6 : - *Chewing-gum ou essayer de faire autre chose quoi.*

Moi : - *D'accord. On peut rester sur un patient avec des facteurs de risque cardio-vasculaire, pourquoi pas. Par exemple, un patient hypertendu que vous voyez en consultation, vous lui avez demandé de réaliser une auto-mesure tensionnelle parce que vous avez trouvé des chiffres élevés en consultation et c'est déjà la deuxième fois qu'il a oublié de le faire, qu'est-ce que...*

Docteur n°6 : - *Qu'est ce que je fais pour le... Ben s'il est vraiment hypertendu chez moi, je débute un traitement, sur plus de deux prises, même si je n'ai pas d'auto-mesure et qu'avant il était... qu'il avait un bonne tension et que deux fois de suite j'ai plus que les normes et qu'il n'a pas fait son auto-mesure, bon ben je pense qu'il ne la fera pas une troisième fois, donc je pense que je débuterais un traitement. Surtout que si ça fait deux fois de suite et qu'avant il n'y avait rien, je n'ai pas trop de souci là-dessus. Mais je pense que je n'insisterais pas sur la troisième fois parce que s'il ne l'a pas fait deux fois de suite, je pense qu'il ne le fera pas. Je commencerais un traitement.*

Moi : - *Ok.*

Docteur n°6 : - *Surtout si on a deux prises, c'est les recos, bon, je commencerais un traitement.*

Moi : - *Ouais, ok.*

Docteur n°6 : - *Je lui prêterais bien un appareil mais on n'en a pas, mes associés sont contre. Enfin ils sont pour, ils l'ont déjà fait et ils se sont fait voler leurs cinq appareils, ils ne les ont jamais retrouvés.*

Moi : - *D'accord. Et donc justement, vous dites au patient : « On va mettre un traitement en place. » et il vous dit « C'est quand même jeune pour prendre un traitement... »*

Docteur n°6 : - *Il a quel âge ?*

Moi : - *Mettons qu'il a quarante-neuf ans. Il trouve ça un petit peu jeune pour prendre un traitement jusqu'à la fin de sa vie.*

Docteur n°6 : - *Ben je lui explique que c'est un peu jeune de mourir à cinquante ans s'il ne prend pas de traitement, voilà, que l'hypertension ça favorise la plaque d'athérome, ça peut faire un accident vasculaire cérébral, ça peut endommager le cœur et que c'est que un traitement une fois par jour et que grâce à ça, il pourra vivre plus longtemps et qu'il protègera ses artères. Que s'il ne le fait pas, ça fait jeune de mourir à cinquante-cinq ans d'un AVC. J'essaye de lui expliquer comme ça et j'essaye de minimiser la prise, de dire que c'est qu'un traitement par jour, que les femmes prennent bien leur pilule une fois tous les jours, bon et que là c'est pour la tension et que... Moi, les gens savent que je ne mets pas... J'essaye de leur expliquer, je pense qu'ils le comprennent à peu près, que je ne mets pas non plus beaucoup de traitements, j'essaye à chaque fois de leur dire quand ils ont des rhumes, ils ressortent avec pas grand chose, j'essaye de leur faire comprendre que quand il faut un traitement, il en faut un. J'insiste sur l'importance de la prise après... Je leur dis toujours que c'est eux qui ont leur santé entre leurs mains, que je leur donne ce qu'il faut, après s'il ne veulent pas, ils veulent pas, mais j'essaye quand même de leur dire que si je le fais c'est que j'estime que c'est important de le faire.*

Moi : - *Est-ce qu'il y a un moment en consultation où vous abordez l'observance thérapeutique ?*

Docteur n°6 : - *Oui, surtout quand les gens viennent au bout de quatre mois alors qu'ils ont pour trois mois de traitement, là c'est très facile.*

Moi : - *Comment vous abordez ça avec eux ?*

Docteur n°6 : - *Ben c'est facile, je leur dis tout de suite, c'est bizarre ça fait quatre mois qu'on ne s'est pas vu, je vous avais mis pour trois mois... c'est souvent ça, les gens oublient. Bon, l'observance aussi, quand les gens ont une tension, par exemple, qui n'est pas très bonne...*

Moi : - *Sous traitement.*

Docteur n°6 : - *Voilà et là effectivement : « Ah ben je ne l'ai pas pris depuis trois jours, j'en ai plus depuis cinq jours... » Voilà, sinon de manière spontanée quand les gens viennent de manière très régulière tous les trois mois, bon je me dis qu'ils prennent leurs médicaments mais... L'observance, c'est compliqué, notamment chez les diabétiques, on sait très bien quand l'hémoglobine glyquée qui remonte comme ça, est-ce que l'observance est réellement là... ? C'est le gros problème, mais moi c'est vrai que je suis assez à cheval là-dessus, sur les trois mois, ça se voit très facilement, enfin je pense, après ils peuvent très bien ne pas les prendre et faire des collections à la maison, ça... Je ne suis pas derrière, mais de manière spontanée, quand ils reviennent tous les trois mois, je me dis qu'ils prennent leur traitement, je ne leur pose pas forcément la question.*

Moi : - *Et quand il y a quatre mois par exemple, qu'est-ce qu'ils vous répondent en général par rapport à ça ?*

Docteur n°6 : - *Que je me suis trompé.*

Moi : - *En général ils ne cherchent pas d'excuses ? Ou de ?*

Docteur n°6 : - *De temps en temps, c'est quand même « Ah vous êtes sûr ? Pourtant on les prend tous les jours ! ».*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°6 : - *Les gens n'admettent pas facilement quand même, y'en a certains qui disent « Oui, je ne les prends pas tous les soirs... » mais la plupart du temps, les gens chez qui on met le doigt dessus disent : « Oh, vous êtes sûr ? ».*

Moi : - *Et à ce moment là ? Vous laissez couler ?*

Docteur n°6 : - *Ben non, je leur dis : « Attendez, vous êtes venu le 13, on est le 25, c'est des boîtes de 30... » bon voilà, et puis maintenant en plus, on a Ameli et on voit exactement ce qui a été délivré et quand.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°6 : - *C'est encore plus facile parce que... Voyez, sur Ameli avec la carte Vitale, on voit exactement - c'est plutôt bien foutu - donc on sait exactement ce que la pharmacie a délivré, nombre de boîtes, quand... s'ils ont vu d'autres médecins, s'ils ont été à l'hôpital, s'ils ont eu des radios, bon on sait tout avec la carte vitale mais ça, ils ne le savent pas les gens. Donc c'est assez facile à leur dire.*

Moi : - *Et à ce moment là, vous leur dites quoi ?*

Docteur n°6 : - *Ben j'essaye de leur dire qu'il faut voilà... après, je ne suis pas là pour les enfoncer, je leur demande pourquoi ils n'ont pas pris leur traitement, « Est-ce que c'est un oubli ? Est-ce que c'est autre chose ? ». Ce qui peut arriver, ou alors : « Est-ce qu'ils n'avaient pas envie de le prendre ? ». J'essaye de voir pourquoi ils n'ont pas pris leur traitement, j'essaye de réinsister sur le fait que c'est important de le prendre tous les jours, surtout pour la tension, ça remonte si on ne le prend pas, pareil pour le cholestérol et pareil pour leur KARDEGIC ®, mais bon ça n'est pas toujours facile.*

Moi : - *C'est sûr ! Je passe à la dernière question : que pensez-vous de l'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique, les interventions brèves, la décision médicale partagée, toutes ces techniques qui émergent ? Qu'est-ce que vous en pensez ?*

Docteur n°6 : - *Oui, alors, ça dépend quoi, ça dépend quoi... L'éducation thérapeutique oui, je suis convaincu, ça n'est pas un problème, j'en fais beaucoup. J'ai fait partie d'Azalée quand j'étais en SASPAS, on a eu une infirmière Azalée ici mais ça s'est mal passé, à cause de bon, c'est parce que l'infirmière était pas... voilà... Après non je suis convaincu, le seul problème c'est que malheureusement les gens... C'est déjà fait pour des gens qui sont*

sensibilisés et qui ont envie d'améliorer leur maladie et leur santé, déjà, rien que là c'est un biais parce que... J'en envoie à la maison du diabète, y'a pas de problème mais... C'est des gens qui font des erreurs alimentaires et qui ont un régime complètement déséquilibré malheureusement ces gens là n'y vont pas, ils ne vont pas à la maison du diabète, c'est pour ça qu'il y a un espèce de biais, moi je trouve, mais bon vous parlez à un convaincu, je pense que l'éducation thérapeutique c'est très bien. On en fait malheureusement pas assez en cabinet, on essaye mais effectivement la consultation diabétique, si on veut vraiment voir tout son régime, on va prendre une demi-heure, trois quarts d'heure... Des fois on a le temps et des fois on n'a pas le temps malheureusement, c'est vrai que c'est dommage !

Moi : - *Et l'entretien motivationnel ou l'alliance thérapeutique, ce sont des techniques que vous connaissez ?*

Docteur n°6 : - *Alors entretien motivationnel, oui, c'est ce qu'ils font au centre d'alcoologie et en tabaco , après connaître précisément, j'en n'ai jamais fait, mais je sais que ça marche et que c'est bien, c'est pour ça que j'envoie souvent aussi au centre anti-tabac.*

Moi : - *Vous envoyez facilement du coup ?*

Docteur n°6 : - *Ah oui. Les gens qui veulent passer par moi, je leur pose des Fagerström, tout ça, voilà après, est-ce que ça suffit ? est-ce que c'est suffisant ? Je ne sais pas si j'ai les compétences. Je fais avec mon expérience de la médecine, après est-ce que c'est dans les techniques et dans les clous... je ne sais pas, je n'en suis pas vraiment sûr. Mais oui, oui, je pense que c'est bien. »*

VII. Septième entretien :

Le 20/08/2013, une femme en milieu urbain :

Moi : *« - Quelques formalités administratives pour le début ! Depuis combien de temps vous exercez ?*

Docteur n°7 : *- Cinq ans.*

Moi : *- Quel âge vous avez ?*

Docteur n°7 : *- Trente-six ans.*

Moi : *- De quelle fac vous êtes originaire ?*

Docteur n°7 : *- Nancy.*

Moi : *- Etes-vous ou avez-vous été maître de stage à la faculté ?*

Docteur n°7 : *- Non.*

Moi : *- D'accord. Qu'est-ce que vous faites comme formation médicale continue ?*

Docteur n°7 : *- Plusieurs choses. On a un groupe de pairs ® qui n'est pas forcément reconnu officiellement, enfin bon voilà, groupe de pairs ® avec des collègues. Et puis MGForm et puis voilà.*

Moi : *- Des lectures de revues ?*

Docteur n°7 : *- Prescrire, je suis abonnée et c'est à peu près tout ! C'est déjà long à lire !*

Moi : *- Oui ! Est-ce que vous avez des diplômes ou formations complémentaires ?*

Docteur n°7 : *- Non.*

Moi : *- Des questions sur votre mode d'exercice maintenant : vous faites partie d'un cabinet de groupe ?*

Docteur n°7 : *- Oui.*

Moi : *- Où il y a cinq médecins généralistes. Combien d'actes vous réalisez en moyenne par jour ?*

Docteur n°7 : *- Trente-cinq.*

Moi : *- Vous n'exercez que sur rendez-vous, il n'y a pas de consultation libre.*

Docteur n°7 : *- Non.*

Moi : - *Ok. Et la durée moyenne d'une consultation à peu près ?*

Docteur n°7 : - *Un quart d'heure.*

Moi : - *Ok. On va continuer avec le vif du sujet, la question que je pose c'est : quels sont les comportements ou habitudes de vos patients qui posent problème pour leur santé ?*

Docteur n°7 : - *Bonne question.*

Moi : - *Si vous avez des exemples ?*

Docteur n°7 : - *Je dirais la compliance au traitement. On doit tous avoir le même problème, après... La différence entre leur demande à eux et notre demande à nous, je pense, le but de leur venue, s'ils viennent parce qu'ils ont mal à l'épaule et on a beau leur dire qu'il faut arrêter de fumer, ils s'en fichent quoi, je pense qu'il faut recommencer peut-être plus tard mais... La divergence entre leur demande à eux et la nôtre, quoi.*

Moi : - *D'accord. Vous avez un exemple ?*

Docteur n°7 : - *Après je dirais ça, j'ai eu un dame qui venait tout à l'heure et qui venait pour un problème parce qu'elle avait mal au pied, d'accord. Et je me rends compte qu'elle n'a pas pris son traitement pour la tension, qu'on n'a pas renouvelé son dernier traitement pour la tension et ça ne l'intéresse absolument pas, ça n'est pas la question du jour.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°7 : - *Parce que d'habitude, ils viennent quand même pour plusieurs problèmes en même temps. Ils prennent une liste de questions, ça n'est pas le fait qu'ils viennent pour un seul problème qui me gêne ou qui les gênent mais c'est qu'on ne soit pas forcément sur la même priorisation des... de l'urgence ou l'importance qu'on va accorder à chaque problème - à son pied, en l'occurrence - ça ne me paraissait pas non plus vital, ça me paraissait moins important mais il fallait une réponse pour ça, ça c'est sûr et au-delà de ça, remettre une couche sur l'importance de...*

Moi : - *Qu'est-ce que vous lui dites là, concrètement par rapport à son traitement pour la tension ?*

Docteur n°7 : - *Alors après, c'est des gens qu'on connaît alors bon, on sait un petit peu comment il faut les prendre en général. S'il faut au contraire être un petit peu plus virulent ou au contraire si on sait que ça ne marchera pas, qu'ils vont se braquer et qu'au contraire, ils ne feront rien. Donc elle je sais que si on se pose, qu'on explique gentiment avec un peu d'humour, tout ça, ça passe mieux et bon, en l'occurrence, elle a reconnu que ça n'était pas une bonne idée, du coup on a constaté que sa tension était à 15/9 là aujourd'hui, que voilà, en lui réexpliquant les risques de complication, des choses comme ça, elle a reconnu qu'il était plus raisonnable de prendre son traitement, après, est-ce qu'elle va le faire ? Je n'en sais rien et puis elle peut bien me dire ce qu'elle veut, je n'en sais rien !*

Moi : - *Vous vous appuyez en fait sur les risques ... ?*

Docteur n°7 : - *Ça dépend des personnes je dirais. Après y'a des gens chez qui ça ne va pas faire du tout bon effet, donc... Je leur fiche rarement la trouille c'est pas trop mon habitude, je joue plus sur la confiance et le fait de... voilà... Si je donne un conseil ou quelque chose, si on en donne des millions je pense que ça n'a pas d'effet donc le peu de conseils que je donne en général, je pense que ça a plus de portée, mais voilà... Je n'utilise pas trop la trouille comme moyen de pression, c'est pas trop mon truc, je pense que ça les bloque plus qu'autre chose, après ça dépend vraiment des personnes, je ne suis peut-être pas efficace, j'en sais rien !*

Moi : - *Chacun a sa recette par rapport à ça !*

Docteur n°7 : - *C'est ce qu'on dit !*

Moi : - *Et quand ils ne veulent pas prendre de traitement, qu'ils ne sont pas observants, vous leur dites quoi ?*

Docteur n°7 : - *Après tout dépend de l'importance aussi du traitement dont on nous parle mais si réellement y'a un risque vital hypertension ou bien voilà s'ils veulent continuer à prendre leur pilule alors qu'ils ont déjà eu un AVC, de l'hypertension - j'ai eu le cas hier - bien là y'a pas moyen de faire autrement que de rester sur ses positions quand même quoi. On ne va pas prendre le risque nous, de prescrire quelque chose dont on ne croit pas à l'association. Donc là non, c'est non, au pire ça ne leur plaît pas, ils iront peut-être voir ailleurs mais ça n'est pas moi qui prendrai cette responsabilité. Mais en général, ils ne vont pas voir ailleurs, ou alors c'est encore pire ailleurs et ils reviennent donc... Mais au-delà de ça, en général en expliquant, on arrive à trouver quand même... voilà... un terrain d'entente.*

Moi : - *Vous leur expliquez quoi en fait ?*

Docteur n°7 : - *Ben après, tout dépend, je pense que l'enchaînement des choses, la multiplication des facteurs de risque, plus ça, plus ça, plus ça, alors après j'essaye aussi, enfin je ne leur demande pas tout d'un coup du premier coup. Enfin voilà s'il faut perdre du poids, arrêter de fumer, prendre des cachets pour la tension, machin, il faut mettre des étapes, des petits objectifs et si on a fait ça déjà pour le premier coup ben on sera déjà content. Et puis peut-être que oui ça n'est pas bien de continuer à fumer encore trois mois mais je pense qu'il ne faut pas tout faire d'un coup donc il vaut mieux peut-être avoir gagné quelque chose que rien du tout, voilà donc après je fixe des objectifs pour lesquels ils sont d'accord, après je ne leur fais rien signer mais euh... ça passe beaucoup sur le relationnel quoi, ça marche quand même !*

Moi : - *Oui. On va prendre un exemple côté addictions, je ne sais pas si vous voulez choisir quelque chose ?*

Docteur n°7 : - *Alors addictions, je ne fais pas de stups, de trucs comme ça donc, à part tabac, alcool...*

Moi : - *Si vous avez un exemple ?*

Docteur n°7 : - *Le tabac c'est l'éternel problème du voilà... On va à chaque fois donner un petit message quand même, voilà, à chaque consultation ou quasiment à chaque, en disant : « Toujours pas arrêté de fumer ? » ou bien voilà...*

Moi : - *Vous posez systématiquement la question à chaque consultation ?*

Docteur n°7 : - *Quasiment, mais voilà des fois en souriant quoi, en disant « De toutes façons je ne vous demande pas si vous avez arrêté de fumer... », ils sentent le tabac de toutes façons alors ils peuvent bien me dire oui, je saurai que c'est pas vrai mais après voilà, jusqu'à ce que « Est-ce que vous avez déjà essayé d'arrêter ? », « Est-ce que voilà ? », bon, sans forcément aller plus loin sur une fois. Mais c'est des gens qu'on connaît donc encore une fois, on les revoit régulièrement, on commence un petit coup et puis au final après, souvent c'est eux qui viennent spontanément parce qu'ils savent que, on leur a dit, ils connaissent l'information, ils savent qu'il faut arrêter de fumer que voilà, donc après, voilà quand ils sont prêts, en général ils demandent ou on leur tend quand même une perche, « Ça y est, vous êtes prêt ? » ou « Quand est-ce qu'on essaye ? » voilà, après, sur le tabac c'est vraiment eux qui...*

Moi : - *Et quand il vous mentent sur leur consommation qu'ils vous disent qu'ils ne fument pas alors que ça sent le tabac justement, vous leur dites quoi ? Vous leur dites ou... ?*

Docteur n°7 : - *Alors ça, ça dépend je dirais des gens, ben après... ça dépend des gens. Y'a des gens où de toutes façons dans la question, de la manière où je la pose ça veut bien dire que je n'y crois pas donc en général je ne crois pas qu'il y en ait beaucoup qui disent le contraire. Après les gens avec qui j'ai l'impression que ça ne sert à rien de discuter, que j'ai essayé, que tout le monde a déjà essayé et qui disent qu'ils ne fument pas du tout alors qu'ils sentent le tabac et que dans chaque consultation c'est marqué "sent le tabac" ou voilà... je ne vais pas me battre forcément à chaque fois, je revois mes objectifs à la baisse !*

Moi : - *Vous leur dites quoi ?*

Docteur n°7 : - *Je pense qu'il y a des fois où je ne leur dirai rien !*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°7 : - *Ça arrive.*

Moi : - *Toujours par rapport au tabac, un monsieur qui a arrêté de fumer depuis pas longtemps, il vient vous voir en consultation et vous dit « J'ai refumé une cigarette hier soir, qu'est-ce que je fais ? ». Qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°7 : - *Je le félicite d'être venu déjà. C'est déjà pas mal, en général ils reprennent et ils n'osent pas revenir, ils viennent pour autre chose mais voilà ils sont tous penauds d'avoir raté ou pour eux c'est un échec alors après... je leur dis que voilà, ça n'est pas très très grave, ça veut bien dire que justement ça n'est pas facile et qu'il ne faut pas se faire avoir mais que ça fait partie de l'arrêt et que tout le monde va arrêter et se planter une fois et puis qu'il faut recommencer et puis voilà ! Après ils auront déjà gagné le fait de la dépendance et ils sauront pourquoi ils ont rechuté et puis ça évitera de rechuter un deuxième coup. Donc, non, je serai plutôt positive à les encourager quand même !*

Moi : - *D'accord. La dernière question que je pose c'est : qu'est-ce que vous pensez de l'entretien motivationnel ? L'alliance thérapeutique ? L'intervention brève ? La décision médicale partagée ? Ou d'autres techniques ?*

Docteur n°7 : - *L'entretien motivationnel, oui, j'en ai entendu parler, dans le tabac ça marche plutôt bien je pense, plus dur pour l'alcool, je trouve ou alors c'est moi qui suis moins à l'aise, je ne sais pas, mais je pense que c'est plus difficile, que les gens sont peut-être moins honnêtes aussi, mais bon après, je pense que voilà, ça marche !*

Moi : - *Vous pratiquez ?*

Docteur n°7 : - *A ma façon, je pense que c'est une adaptation individuelle, j'en sais rien, non je ne sais pas si c'est vraiment dans les règles de l'art mais bon. Je pense qu'il y a de l'idée quoi, on fait son chemin, voilà ! »*

VIII. Huitième entretien :

Le 04/09/2013, un homme en milieu semi-rural :

Moi : *« - Je voudrais juste commencer par des formalités administratives, entre guillemets !*

Docteur n°8 : *- Humhum.*

Moi : *- Depuis combien de temps vous exercez ?*

Docteur n°8 : *- Vingt-huit ans.*

Moi : *- D'accord. Quel âge vous avez ?*

Docteur n°8 : *- Cinquante-sept ans.*

Moi : *- Très bien. Est-ce que vous êtes maître de stage à la faculté ou est-ce que vous l'avez été ?*

Docteur n°8 : *- Je suis maître de stage depuis cette année, depuis novembre 2012. C'est tout récent.*

Moi : *- Et vous avez des internes ? Des externes ?*

Docteur n°8 : *- J'ai un interne, donc en stage prat et là j'ai le deuxième actuellement, qui est en vacances. Sinon il aurait travaillé aujourd'hui à ma place. Je lui aurais laissé la possibilité de faire un peu plus de ... voilà, mais il n'a pas pu ... voilà.*

Moi : *- Ça sera pour une prochaine fois ! De quelle faculté êtes-vous originaire ?*

Docteur n°8 : *- De Nancy.*

Moi : *- D'accord. A quelle formation médicale continue vous participez ?*

Docteur n°8 : *- Ah ! Actuelle... Je fais partie de groupe Balint, y'a le groupe de pairs ® mais il est en sommeil.*

Moi : *- D'accord, mais il existe !*

Docteur n°8 : *- Il existe, oui, mais il est en sommeil. Qu'est-ce qu'il y a d'autre ? Je fais des séminaires pour être maître de stage, des séminaires avec le DPC. Je lis la revue Prescrire, je fais le test de lecture de la revue Prescrire, je fais les thématiques de la revue Prescrire, donc c'est tous les quatre mois, tous les trois mois plus exactement.*

Moi : *- J'avais fait le test de lecture l'année dernière, je ne l'ai pas fait cette année... et je n'ai jamais fait les thématiques.*

Docteur n°8 : - *Les thématiques, on a du temps, je crois même que c'est quatre mois, c'est trois par an, on a quatre mois. Test de lecture, si on veut la lire, en gros il faut payer parce qu'il n'y a que comme ça qu'on y arrive.*

Moi : - *Oui, c'est vrai !*

Docteur n°8 : - *Qu'est-ce qu'il y a d'autre ? Ben y'a du e-learning de temps en temps, avec le site Univadis, c'est MSD qui fait ça. Je ne sais pas si on peut dire que c'est du e-learning mais bon, il y a eu samedi par exemple avec Louis Pasteur un staff virtuel donc j'ai participé, enfin j'ai regardé ce qu'il faisait c'était sur la chirurgie de la presbytie, et puis il y avait aussi quelque chose hier, j'ai regardé simplement le journal, c'était sur les coloscopies-endoscopies-gastroscopies avec mise en place d'une prothèse oesophagienne, vu ce que j'ai vu ça devait être oesophagien mais bon, un stent au niveau..., je pense que c'était ça, après je n'ai pas eu le temps de tout regarder et bon, qu'est-ce qu'il y a d'autre ?...*

Moi : - *Je crois que c'est déjà pas mal, c'est déjà bien complet !*

Docteur n°8 : - *Y'a d'autres revues, et si, sur internet y'a les newsletters du JIM, de Egora, y'a l'UG Zapping du Dr Bronner qui je lis régulièrement parce qu'il y a tous les trucs de la Sécu. Y'a aussi une lettre annuaire Sécu, c'est les gars de la Sécu qui éditent ça, je pioche ce qui m'intéresse, j'essaye de me tenir au courant. Y'a aussi le site de l'Ordre mais là je n'y arrive pas, mais je fais des choses pour l'Ordre, vu que je suis conseiller ordinal ! Voilà !*

Moi : - *Et ben ! Tout ça ! Est-ce que vous avez des diplômes ou formations complémentaires ?*

Docteur n°8 : - *Alors oui, je ne sais pas ce que tu appelles formation complémentaire, disons que je suis... j'ai le CES de biologie et médecine du sport qui est sur le site de l'Ordre, y'a celui-là et le diplôme de gérontologie clinique, bon c'est les deux qui sont validés par l'Ordre. Y'en a d'autres mais qui ne sont pas validés, c'est des diplômes d'université mais, ils ont trente ans : médecine tropicale, santé dans les pays en développement, à mon avis ça a dû changer. Et y'a eu deux choses mais qui ne sont pas validées, alors c'était quoi ?... Attestation à la médecine d'urgence. Enfin voilà.*

Moi : - *D'accord. Quelques questions sur votre mode d'exercice : est-ce que vous faites partie d'un cabinet de groupe ?*

Docteur n°8 : - *Oui.*

Moi : - *Vous êtes combien ?*

Docteur n°8 : -*Nous sommes cinq.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°8 : - *Je suis le nouveau gérant.*

Moi : - *D'accord. Combien d'actes en moyenne vous réalisez par jour ?*

Docteur n°8 : - *En moyenne trente-deux à trente-cinq. Aujourd'hui c'était particulier, vu que je n'ai travaillé que la moitié de la journée, c'est une moyenne.*

Moi : - *D'accord. Des consultations libres ou sur rendez-vous ?*

Docteur n°8 : - *Non c'est des consultations sur rendez-vous, bien sûr avec place à l'urgence, intercalée, par exemple, les enfants de moins de deux ans s'il y a un problème, je les prends en plus. Et de toutes façons, comme cette après-midi, tu vois, il y a des gens qui viennent et « Ben y'a le certificat pour la petite... » et je leur dis : « Vous savez bien que d'habitude... », voilà c'est pour deux, « Mais c'est que pour un certificat, c'est rien et puis de toutes façons mon pédiatre qui la voyait, je lui téléphonais et il me le préparait et je passais comme ça. ». Moi je n'exerce pas comme ça, voilà.*

Moi : - *C'est vrai qu'en ce moment c'est difficile de leur faire comprendre qu'on examine pour les certificats médicaux.*

Docteur n°8 : - *Et je précise qu'en plus maintenant je fais un électrocardiogramme, je possède l'appareil donc je fais systématiquement s'ils n'en ont pas eu un à partir de treize ans, donc là ils me regardent avec des gros yeux !*

Moi : - *Je me doute ! Et la durée moyenne d'une consultation ?*

Docteur n°8 : - *Là je prends tous les quarts d'heure, mais je suis systématiquement en retard. Avant je prenais toutes les dix/douze minutes, mais non c'est un quart d'heure et ça déborde sur vingt minutes, je me mets des périodes de repos, en gros toutes les heures et demies, y'a un quart d'heure et on a le temps si y'a une urgence, je la place là, voilà.*

Moi : - *Bien sûr. Donc on va rentrer dans le vif du sujet si vous le voulez bien ?*

Docteur n°8 : - *Je précise, tu ne m'as pas demandé le nombre de jour dans la semaine que je travaille. Donc cinq jours !*

Moi : - *A oui, c'est vrai.*

Docteur n°8 : - *Du lundi au vendredi, mon jour de repos étant le samedi. On a chacun un jour de repos différent, donc il n'y a que le lundi où nous sommes tous les cinq sinon y'en a quatre et il y a consultations et visites, de moins en moins de visites mais voilà.*

Moi : - *D'accord. Donc le vif du sujet, la question que je pose : quels sont les comportements ou habitudes de vos patients qui posent problème pour leur santé ?*

Docteur n°8 : ...

Moi : - *Est-ce que vous avez un exemple ?*

Docteur n°8 : - *Blanc ! Comportements qui posent problème pour leur santé, mais il y a tellement de choses ! Le fait, c'est que c'est des comportements qui me semblent être aberrants pour leur santé mais qui, à eux, ne leur paraissent pas aberrants : le tabagisme,*

l'alcool. C'est deux choses-là, après y'a ceux qui ont une vie un petit peu... vie sexuelle un petit peu, voilà...

Moi : - *Donc plutôt du côté des addictions ?*

Docteur n°8 : - *Alors oui, y'a aussi addictions, parce que je suis... je prescris de la buprénorphine donc, et je suis médecin relais méthadone donc y'a aussi ces addictions-là. Sinon, au niveau diététique, y'a ceux qui mangent un peu tout et n'importe quoi et qui s'en foutent complétement, mais grosso modo c'est le tabac.*

Moi : - *D'accord, on peut parler du tabac alors si vous le souhaitez. A quel moment vous abordez le sujet ou comment vous abordez le sujet en consultation ?*

Docteur n°8 : - *J'essaye de l'aborder systématiquement en demandant : « Où est-ce que vous en êtes à propos des cigarettes ? », pour essayer de ne pas stigmatiser, ou quand j'ausculte, je les fais tousser et quand ça tousse un petit peu, donc je leur dis : « Ça c'est la cigarette ! » « Ben oui, mais vous me l'avez déjà dit ! » ben voilà.*

Moi : - *D'accord, et vous enchaînez comment du coup ? Vous leur répondez quoi ou vous essayez comment de leur faire changer ce comportement ?*

Docteur n°8 : - *Alors j'ai fait des formations là-dessus, mais c'est très difficile de remettre... Je leur dis : « Est-ce que vous vous sentez prêt à faire quelque chose ? Est-ce que vous voulez faire quelque chose ? » « Non, non, je ne veux pas ! », neuf fois sur dix ils ne veulent pas en parler, de temps en temps, ils reviennent rien que pour ça, ou du moins, à la fin de la consultation : « J'aimerais arrêter de fumer. », alors là j'essaye de ne pas les rejeter tout de suite donc ça double le temps de consultation et en même temps de leur redire : « Il faudrait faire un journal de la cigarette. ». En gros je leur donne une mission à faire mais c'est vrai que je ne m'enquière pas tout de suite, par rapport à ce qu'on a appris de l'écoute dans l'entretien et savoir où ils sont dans le cercle de... je ne sais plus, il y a un nom particulier...*

Moi : - *Prochaska.*

Docteur n°8 : - *Prochaska ! Donc savoir où ils en sont, j'essaye de déterminer mais dans le cadre d'une consultation, il faudrait vraiment qu'il n'y ait que ça, quand on a vu trois choses, c'est la dernière chose qui vient, voilà. Alors c'est sûr qu'actuellement c'est peut-être un peu plus facile parce que systématiquement je leur dis ben... « Je peux pas arrêter ! » je leur dis « Mais y'a la cigarette électronique ! », je ne suis pas un fana de ça mais ça peut aider à rentrer... y'a ceux qui aident, y'a ceux qui l'ont essayée, ceux qui disent « Ouais de toutes façons ça coûte cher ! ». Voilà, comment j'essaye de rentrer... bon, quand je suis avec le stagiaire, il est un peu plus percutant (Rires) ! Donc il se fait un peu plus moucher, donc voilà !*

Moi : - *Par exemple, un monsieur qui fume et qui vous répond quand vous lui dites « Vous arrêtez de fumer ? » « Il faut bien mourir de quelque chose, je n'ai pas trop envie d'arrêter... », vous lui répondez quoi à ce moment là ? Qu'est-ce que vous décidez ?*

Docteur n°8 : - *Je sens qu'il n'est pas prêt, qu'il n'est pas prêt, à la limite, oui... peut-être, c'est un peu difficile à te répondre comme ça, y'a ce qu'il faudrait faire, que je sais, qu'on sait tous, ce qu'il faudrait faire même si ça n'est pas encore très présent. Je ne me souviens plus trop ce que je fais, parce qu'il y a le désir de faire des choses et qu'on ne peut pas réaliser dans le cadre de la consultation.*

Moi : - *Et les obstacles, pour vous, c'est quoi justement ?*

Docteur n°8 : - *La montre, la montre, la montre ! Sentir qu'il y a une réticence donc faut pas aller plus loin parce que ça va déborder sur « La Sécu, de toutes façons, elle nous aide pas, c'est pas remboursé », je leur dis : « Il y a quand même cinquante euros par an, y'a certaines mutuelles... » j'ouvre les possibilités, mais pour quelqu'un qui dit comme ça, ou on lui dit de façon ironique parce qu'on finit par les connaître les patients ou alors on finit par dire... « On y repensera la prochaine fois... », je note un petit truc –y repenser- je ne note pas à chaque fois.*

Moi : - *D'accord. Et un patient qui a arrêté de fumer et qui vient vous voir en vous disant « hier soir, j'étais avec des amis, y'avait un match de foot et j'ai refumé ». Qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°8 : - *Ben c'est déjà bien d'en parler, voilà, c'est déjà bien d'en parler. Et d'explorer après... si c'était que la veille à priori il n'y a pas péril en la demeure – quoique - mais savoir ce que lui compte faire par rapport à ça et comment il compte réagir. Savoir où il en est, s'il culpabilise, s'il a vraiment envie d'arrêter tout de suite ou s'il y avait de nouveau le plaisir qui est revenu, savoir, voir où il en est, voir ce qu'il veut faire pour lui. A partir de là peut-être, voir ce qui avait marché la fois précédente et réutiliser ce qui avait marché. Mais je dois dire que dans la vraie vie, je ne suis pas sûr qu'il revienne le lendemain, franchement, à mon avis, il revient trois mois après en disant j'ai refumé, ça c'est beaucoup plus fréquent. Des gens qui ont arrêté, qui viennent nous dire : « J'ai arrêté depuis trois semaines ! » « Ben c'est bien ! » et puis le mois d'après « Ah non, j'ai rechuté, y'a eu un truc... » ,voilà. Dans la vrai vie c'est pas la veille, mais y'en a certains pour l'alcool si ! Si, y'en a où c'est dans les trois jours qui précèdent, ils en parlent. Bon pour la drogue, je pensais que quand ils avaient un traitement de substitution ils n'y touchaient pas et bien, non, je me suis trompé, donc je pose la question, je leur fais faire des tests urinaires parce que je me dis, y'a peut-être pas besoin et ben si, il y a besoin, parce que même s'ils ont arrêté, ils n'ont pas arrêté la cigarette et trois fois sur quatre, ils continuent à fumer du cannabis, c'est pas facile.*

Moi : - *Vous leur dites quoi, quand vous avez "la preuve" entre guillemets ?*

Docteur n°8 : - *Oh la preuve, le cannabis, ils le disent, ils le disent. S'ils retouchent et que je leur dis : « Il faudra faire une analyse d'urine » « Ben, oui vous savez j'en ai repris... » ils le disent, à la limite ils sont honnêtes. Enfin...*

Moi : - *Ils sont plutôt honnêtes ?*

Docteur n°8 : - *Plutôt honnêtes, on va dire comme ça. Non, ceux qui ne sont pas honnêtes c'est ceux qui essayent, on va dire, de nous enfler avec toutes les excuses possibles et imaginables et voilà. J'ai un exemple bien précis, enfin bon...*

Moi : - *Oui, on va repartir sur un autre sujet si vous le voulez bien. Un monsieur, qui sort d'hospitalisation et qui vient de subir un triple pontage. Il fume, il est en surpoids et il a un petit peu de cholestérol, qu'est ce que vous lui dites ?*

Docteur n°8 : - *A mon avis, on lui a déjà fait la leçon à l'hosto ! Donc il faut couler là-dessus.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°8 : - *Après voir où est-ce qu'il en est. Souvent ils n'ont pas arrêté de fumer, y'en a qui ont arrêté du jour au lendemain parce que les quinze jours d'hôpital, le sevrage avec la sternotomie, ils se sont rendu compte que quand ils toussaient ça faisait mal donc... Bon le cholestérol, c'est à dire que là je pense qu'on peut leur dire... qu'est-ce que je dis...faut que je me rappelle le précédent, le dernier en date c'est pas un bon exemple parce qu'il a été ponté et tout mais pas de cholestérol, pas de surpoids, pas de tabac et il a pas eu mal.*

Moi : - *Et il n'a pas eu de chance aussi !*

Docteur n°8 : - *Et le comble, oui il n'a pas eu de chance. Bon qu'est-ce qu'on fait, je pense qu'il faut voir les choses une par une, ne pas vouloir faire tout en même temps, parce que tout en même temps, ça ne marchera pas. Donc les choses par une, à mon avis, ils ont quand même déjà diminué et ils sont contents de le dire, ils ont franchement diminué le tabac, bon s'ils fumaient un paquet et demi ou deux ou même un, ils sont entre cinq et dix, après c'est de gagner ! Bon le cholestérol, la plupart du temps, ils ne savent pas ce que c'est, donc il faut prendre les choses une par une avec des objectifs, un par un parce que si on leur met tout, à ce moment là, ils disent : « On ne peut plus rien faire » et ils ne se motivent pas du tout, ils sont complétement démotivés. Ça convient ? C'est pas une bonne réponse ?*

Moi : - *Oui, oui.*

Docteur n°8 : - *C'est la réponse dont je me souviens.*

Moi : - *Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.*

Docteur n°8 : - *Je sais bien !*

Moi : - *Et ce monsieur vous dit : « J'aime quand même les plats en sauce et mes tartines de beurre le matin, je n'ai pas trop envie de changer ça... ». Qu'est-ce que vous ...? Vous vous servez de quoi pour ... ?*

Docteur n°8 : - *Ben c'est pas je me sers de quoi, c'est qu'il y a des choses qu'il vaut mieux éviter, et donc lui demander ce que lui pense pouvoir faire pour sa santé, ce qui paraît être à sa hauteur, parce que si on lui met un objectif trop haut... il ne fera rien, voir ce que lui peut faire, après s'il me dit « Les plats en sauce, je peux faire, le beurre, ça va être difficile ! », ce que je peux lui dire c'est : « Le beurre, vous le sortez avant du frigo, au moins, vous en mettrez moins ! », quand il est dur, il ne s'étale pas, et il en met une grosse quantité. Je veux dire, c'est une négociation ! Une négociation ! J'essaye de négocier, c'est une négociation, en fait c'est ça soigner les patients, c'est de s'en faire des alliés, ou qu'on soit leur allié pour cheminer avec eux, sinon, si on les braque, si on est rédhibitoire, ils vont changer de médecin, ça n'est pas le risque pour moi mais ils ne vont pas apprécier, le mieux c'est qu'ils*

changent de comportement au long cours. Encore une fois, dans le cadre d'une consultation, c'est pas évident, enfin c'est des bonnes paroles ce que je dis, c'est ma façon idéale de travailler mais pour la mettre en pratique...

Moi : - *Ok. Alors, je passe à ma toute dernière question : qu'est-ce que vous pensez de l'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique, l'intervention brève, la décision médicale partagée ?*

Docteur n°8 : - *Oui, j'ai fait des séminaires là-dessus.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°8 : - *J'ai fait, un ou deux, trois dont un où j'étais animateur donc... Non, mais ça, bien sûr que l'entretien motivationnel... quand j'ai parlé de Prochaska c'est ce à quoi je faisais allusion, ça me parle sauf que dans le cas d'une consultation il faudrait que ça soit que pour ça et il y a tellement d'autres choses parasites, en gros c'est chronophage voilà. C'est pas qu'il ne faut pas le faire, alors est-ce que tu as été dans des cabinets de groupe où ils ont... comment ça s'appelle... ça a un nom de plante et c'est en fait l'infirmière qui se prête à cette chose-là, notamment pour les diabétiques ou les hypertendus et qui peut et qui a le temps, voilà, il faudrait pouvoir faire ça.*

Moi : - *Azalée.*

Docteur n°8 : - *Oui c'est un nom de fleur, c'est bien ce que j'avais dit. Donc et là, c'est sûr qu'à ce niveau-là, s'il y a cette possibilité-là, ça permet de bonifier le temps médecin. C'est pas que je ne veuille pas faire de l'éducation thérapeutique, bon après c'est vrai que ça débouche sur l'éducation thérapeutique, moi je me suis posé déjà beaucoup de questions, je ne sais pas à quel moment je peux la faire parce que c'est chronophage. C'est chronophage dans le sens qu'il faut prendre du temps sinon ça ne marche pas. Ce que je fais, en particulier cette après-midi, c'est que je fais un remis, voilà, j'ai une liste de régimes, de choses comme ça, là c'est pour la lithiase de la colique néphrétique - c'est la troisième : analyse du calcul : lithiase urique - je lui ai remis un régime en lui disant ce qu'il fallait faire, voilà et en plus il n'a pas tout saisi : « Pourquoi je devrais voir le néphrologue ? », je lui avais expliqué ! ... Enfin bon, bon voilà, je me sers du remis comme intermédiaire pour gagner un petit peu de temps. Mais l'entretien motivationnel... Qu'est-ce que tu avais dit d'autre ?*

Moi : - *Alliance thérapeutique.*

Docteur n°8 : - *Oui ben l'alliance thérapeutique c'est ça, c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est qu'on est son allié pour cheminer ensemble et ensuite aller doucement.*

Moi : - *L'intervention brève.*

Docteur n°8 : - *L'intervention brève c'est ce que j'ai dit au tout début, c'est de poser systématiquement la question, oh je dirais que ça n'est pas systématique quand même, systématique ça devrait être chaque fois... sept/huit fois sur dix.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°8 : - *Mais bon, c'est peut-être pas assez, et y'en a qui me disent : « Vous posez la question à chaque fois ! » oui, mais c'est bien là où ils se rendent compte que... et des fois, mais là c'est quand je veux les embêter un petit peu, c'est pas les embêter mais signifier que c'est important, sur l'ordonnance je mets : « Arrêt du tabac indispensable ! ».*

Moi : - *D'accord, donc du coup, vous le mettez sur l'ordonnance ?*

Docteur n°8 : - *Ils ont horreur de ça !*

Moi : - *Et puis la décision médicale partagée, mais ça c'est...*

Docteur n°8 : - *Oui, ça c'est la négociation, c'est le compromis, c'est...*

Moi : - *Donc finalement, ce sont des choses que vous utilisez !*

Docteur n°8 : - *Que j'utilise mais peut-être pas assez, peut-être pas assez et que peut-être dans un certain cas, alors... Pour en revenir au traitement substitutif, souvent je reste à la même dose, des fois c'est moi qui propose de diminuer et on va me dire « Oh, oh... je peux pas ! » et puis il y en a, ils veulent diminuer tellement rapidement que ben ça y est, ils ont rechuté. Donc c'est de trouver le bon compromis. C'est pas évident, y'en a qui veulent pas de cette merde-là et puis ça, mais en fait, ils sont dépendants quand même, après ils rechutent et ... je les vois deux mois après et je leur demande comment ils ont fait : « Oh, je me suis dépanné... » ça veut tout dire... C'est pas simple !*

Moi : - *Et non ! »*

IX. Neuvième entretien :

Le 19/09/2013, une femme en milieu semi-rural :

Moi : « - *Pour le début, je commence par des formalités administratives, depuis combien de temps vous exercez ?*

Docteur n°9 : - *88.*

Moi : - *D'accord, quel âge vous avez ?*

Docteur n°9 : - *Cinquante-trois.*

Moi : - *Je ne divulgue pas ! De quelle fac vous êtes originaire ?*

Docteur n°9 : - *De Nancy.*

Moi : - *A quelle formation médicale continue vous participez ?*

Docteur n°9 : - *C'est un peu de tout ! Le groupe de pairs ®, là je me suis inscrite à une formation le 11-12 c'est sur la iatrogénie chez la personne âgée, ce soir, je vais à un truc c'est sur les soins palliatifs : "réhydratation - jusqu'où aller ?". Dans ce que je reçois, ce qui m'intéresse, c'est plus tellement les sujets de médecine classique, ça ne m'intéresse plus trop, c'est plutôt l'anxiété sociale, bilan de compétences, des trucs un peu plus généraux, un peu plus sociétales, psychologiques, c'est plus ça qui m'intéresse maintenant.*

Moi : - *D'accord. Des lectures de revues ?*

Docteur n°9 : - *Oui, mais je ne suis abonnée à aucune, c'est ce qui passe au cabinet.*

Moi : - *D'accord, c'est ce qui arrive. Est-ce que vous avez des diplômes ou des formations complémentaires ?*

Docteur n°9 : - *Oui. J'ai un DU de douleur, j'ai une attestation de "santé dans les pays en voie de développement", j'ai un DU de médecine tropicale et j'ai un DU d'informatique médicale qui ne me sert pas des masses parce que je l'ai fait il y a je ne sais pas combien de temps. J'ai une capacité de médecine de catastrophe qui ne me sert pas des masses non plus !*

Moi : - *Tant mieux !*

Docteur n°9 : - *C'est tout !*

Moi : - *C'est pas mal ! Vous exercez seule, ça n'est pas un cabinet de groupe. Vous êtes maître de stage à la faculté, je connais la réponse !*

Docteur n°9 : - *J'ai exercé en groupe, et voilà...*

Moi : - *Combien d'actes vous réalisez en moyenne par jour ?*

Docteur n°9 : - *J'en sais rien, c'est très variable. Des jours comme lundi vous en avez une vingtaine, les autres jours je ne sais pas dix/quinze, le mercredi pas beaucoup parce que je ne consulte que de 16h à 19h, je ne sais pas combien ça fait sur une semaine. Mettez quinze !*

Moi : - *Environ quinze d'accord. Donc, des consultations qui ne sont que sur rendez-vous, ça je connais la réponse. Et la durée moyenne d'une de vos consultations ?*

Docteur n°9 : - *Un quart d'heure.*

Moi : - *OK ! Donc on va pouvoir attaquer le vif du sujet si je peux dire ! Quels comportements ou habitudes de vos patients posent problème pour leur santé ? Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?*

Docteur n°9 : - *Euh... Posent problème pour leur santé ? Actuellement c'est la médiatisation, avec des informations qu'ils interprètent mal.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°9 : - *Ça, ça me pose de gros problèmes. J'en ai qui arrêtent leur statine.*

Moi : - *Ah oui ?*

Docteur n°9 : - *Par exemple, et ça n'est pas qu'une fois dans la semaine.*

Moi : - *Du coup sur l'observance médicamenteuse ? Ça commence à être compliqué par rapport à ça ?*

Docteur n°9 : - *Oui, ça commence à être compliqué ! Le trop d'informations avec des mots qu'ils ne comprennent pas, une formation médicale qu'ils n'ont pas et donc après ils ont des interprétations erronées, des croyances erronées et c'est difficile. Derrière il faut ramer quand même !*

Moi : - *Et alors, qu'est-ce que vous leur dites justement par rapport à ça ?*

Docteur n°9 : - *J'essaye de leur expliquer quoi, pourquoi, pourquoi c'est nécessaire de prendre une statine étant donnés les facteurs de risque qu'ils ont. J'essaye de leur expliquer mais bon, c'est vrai que c'est compliqué de leur expliquer, dans un quart d'heure de temps, tout et de faire l'acte pour lequel ils sont venus. Il y aurait quelqu'un qui s'occupe de l'éducation thérapeutique, ça m'arrangerait bien !*

Moi : - *Hum hum.*

Docteur n°9 : - *Les diabétiques c'est pareil, l'automédication aussi !*

Moi : - *C'est compliqué ?*

Docteur n°9 : - *Oui. Les gens qui font ce qu'ils veulent avec leur traitement, et l'observance et l'automédication.*

Moi : - *D'accord. Et par exemple vous avez un patient qui n'est pas observant au niveau thérapeutique, qu'est-ce que vous allez lui dire ? Il ne prend pas son traitement, concrètement vous lui dites quoi ?*

Docteur n°9 : - *Que je ne suis pas contente ! (Rires)*

Moi : - *Oui !*

Docteur n°9 : - *Que si ça n'est pour pas faire ce que je lui conseille de faire, je me demande pourquoi il vient me consulter. Alors c'est sûr, c'est une méthode où ça culpabilise un peu le patient, que finalement c'est ses artères, ça sera son infarctus ! Ça dépend aussi de qui j'ai en face de moi, je ne vais pas utiliser les mêmes méthodes selon la personne.*

Moi : - *Oui.*

Docteur n°9 : - *Ça dépend, si c'est quelqu'un qui va écouter ce que je lui dis, voilà. Je ne sais pas, je me sers aussi de ce qu'il y a dans l'environnement, s'il y a un terrain cardio-vasculaire avec quelqu'un qui a fait des infarctus, je lui dis : « Voyez, c'est pour vous éviter ça, etc... », quoi. Ça dépend de l'environnement du patient, de son histoire, je me sers de tout quoi. J'essaye d'expliquer, bon s'il le faut je prendrais le temps qu'il me faut même si je dépasse mon quart d'heure, tant pis ! Faut le faire une fois, parce que...*

Moi : - *Et admettons, vous leur avez expliqué mais ça ne change pas grand chose, qu'est-ce qu'il se passe à ce moment là ? Ils reviennent quatre mois après, et comme vous leur aviez prescrit trois mois de traitement...*

Docteur n°9 : - *Ouais, ou qu'il a pas fait sa prise de sang ?*

Moi : - *Oui, par exemple !*

Docteur n°9 : - *Je lui dis qu'il faut absolument qu'il la fasse la fois d'après, que moi, je ne peux pas faire du bon travail si je n'ai pas ses données, voilà. Et puis si la fois d'après il revient et il n'a toujours pas fait, je lui dis que moi je ne peux pas travailler dans des conditions pareilles et voilà et qu'il doit changer de médecin traitant.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°9 : - *Je lui dis que c'est établit sur un contrat entre le médecin et son patient et si le contrat n'est pas respecté, moi je ne peux pas continuer comme ça. De toutes façons, ça n'est pas du bon travail, ça ne me satisfait pas donc... et que lui, il ne sera pas bien soigné, donc voilà. S'il veut continuer à venir chez moi, il faut qu'il fasse sa prise de sang.*

Moi : - *C'est donnant-donnant quoi ?*

Docteur n°9 : - *Hum, donc des fois oui, je dis à des patients de changer de médecin traitant.*

Moi : - *D'accord. On peut prendre un exemple, je ne sais pas, sur ce qui vous intéresse, le diabète, la tension...*

Docteur n°9 : - *Ça ne m'intéresse plus ça.*

Moi : - *Ou, la diététique, les surcharges pondérales ?*

Docteur n°9 : - *(Rires) On arrive à rien.*

Moi : - *Vous trouvez qu'on a du mal à les motiver ?*

Docteur n°9 : - *Ben oui.*

Moi : - *C'est ça qui vous pose le plus de problèmes peut-être ?*

Docteur n°9 : - *Les motiver c'est pas ça, c'est de penser qu'on est parvenu à les motiver, y avoir passé du temps et puis qu'ils reviennent et que finalement c'est pareil, c'est même pire. C'est démotivant pour nous.*

Moi : - *Vous êtes du coup souvent démotivée par les patients alors ?*

Docteur n°9 : - *Ouais, c'est là qu'il faut partir en vacances !*

Moi : - *Oui, je pense, c'est sûr.*

Docteur n°9 : - *Surcharge pondérale, ouais... Bon des fois, il y en a que je comprends quoi, il y en a avec qui je suis plus cool, quelqu'un qui a eu un épisode de vie... une dame en particulier, elle a un équilibre glycémique, ça fait une paire de mois que bon c'est pas terrible mais je sais ce qu'elle a vécu pendant ces moments-là sur le plan personnel. Je ne peux pas m'acharner sur elle, je vais dire : « Ben oui, votre hémoglobine elle n'est pas bien mais bon, il faudrait faire un effort mais je sais bien qu'en ce moment ça n'est pas facile, bon, mais ça va certainement progresser... », donc, là, voilà, j'essaye de l'encourager. Tout ça dépend du contexte, si c'est celui qui s'en fout royalement, je dis merde après tout, c'est son problème quoi.*

Moi : - *D'accord. Et juste maintenant, sur le versant des addictions, je ne sais pas, tabac ou alcool, comment est-ce que vous faites ? Alcool par exemple : un monsieur qui arrive et qui dit : « Je bois comme tout le monde, un petit verre à midi, un petit verre le soir, un apéritif. ».*

Docteur n°9 : - *J'en ai un en ce moment, qui m'avait été envoyé par le travail, il devait certainement être bourré sur son lieu de travail, donc ils me l'ont envoyé. On en a parlé, etc, j'ai mis un traitement et puis là il a repris son travail, il me dit qu'il ne boit plus, je ne sais pas, mais j'ai du mal à le croire. J'ai du mal à lui faire confiance quoi.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°9 : - *Les patients qui ont des addictions, j'ai du mal à leur faire confiance.*

Moi : - *Quels types de questions vous leur posez ?*

Docteur n°9 : - *Et ben s'il a rebu de l'alcool dans la semaine, euh, ce que c'était comme alcool, après s'il avait des symptômes physiques.*

Moi : - *Et admettons qu'il sent l'alcool, il arrive et il vous dit qu'il ne boit plus, est-ce que vous lui faites la remarque ? Qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°9 : - *Ça dépend, ça dépend dans quel état il se trouve quoi. Faut qu'il puisse recevoir l'info que je lui donne, enfin voyez, s'il est dans un état où manifestement quoique je lui dise il aura oublié parce qu'il aura un trou noir le lendemain, ça ne sert à rien, je ne vais pas m'épuiser, faut que je dure encore un peu !*

Moi : - *Oui, c'est sûr.*

Docteur n°9 : - *Mais, quand c'est comme ça j'attends d'avoir des éléments objectifs quoi.*

Moi : - *D'accord, une prise de sang ?*

Docteur n°9 : - *Une prise de sang, oui.*

Moi : - *Donc vous vous appuyez là-dessus.*

Docteur n°9 : - *Je pars, il me faut quelque chose qui est indiscutable quoi. Donc, voilà, comme un coup, il y a des années quelqu'un qui est venu avec un taux de CDT manifestement élevé, « C'est le labo qui s'est trompé ! C'est une erreur de labo ! », c'est ça ! Donc, je m'emporte assez facilement quand c'est comme ça. Quand on me prend pour une demeurée, je n'aime pas du tout ça.*

Moi : - *Et du coup, vous leur dites quoi avec les premiers résultats ?*

Docteur n°9 : - *Et ben, qu'est-ce que je leur dis... Je leur dis que ça n'est pas ce que disent les prises de sang. J'attends qu'ils répondent, je vois bien ce qu'ils me disent et puis j'enchaîne dessus quoi.*

Moi : - *L'enchaînement c'est ?*

Docteur n°9 : - *Ben, que...*

Moi : - *Admettons qu'il reconnaisse effectivement qu'il boit.*

Docteur n°9 : - *Je lui réexplique ce que ça peut entraîner comme complications, etc, j'essaye de voir ce qu'il pourrait faire pour améliorer la situation. J'essaye qu'on y réfléchisse ensemble quoi, c'est pas à moi à faire tout le boulot, ni être directive et lui proposer ça, ça, ça, ça de toutes façons, ça ne marche jamais ça.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°9 : - *Voilà, je pense qu'il faut l'impliquer dans le plan de soin, dans la stratégie, mais ça ne marche pas toujours non plus. J'ai l'impression que dans ces trucs-là, il n'y a rien qui marche.*

Moi : - *C'est vrai ? C'est un peu décourageant non ?*

Docteur n°9 : - *Ah les addictions, non, je trouve que...*

Moi : - *Le tabac, c'est pareil, vous trouvez que c'est compliqué ?*

Docteur n°9 : - *Ah oui, j'en ai un, il a deux stents, il continue à fumer. J'en ai un hier, qui est venu en urgence, je n'avais plus de place, je l'ai pris quand même, bon c'est vrai qu'il a eu un stent l'année dernière au mois de février, c'est sa copine qui l'envoie parce que là, tous les matins il ne se sent pas bien avec une sorte d'oppression thoracique - il n'est pas vieux, je ne sais plus quel âge il a – une oppression thoracique sans irradiation qui vient au repos, ça dure quelques minutes, ça s'en va, ça revient, ça fait quatre jours d'affilé, l'après-midi ça ne se passe pas trop mal, la nuit il dort bien, il a eu un épisode similaire il y a quelques mois, alors à chaque fois ça le fait suer parce qu'il va aux urgences – hier, je l'ai envoyé aux urgences – il va aux urgences, il n'a pas de temps à perdre, fallait qu'il se lève à trois heure du matin, enfin bref mais par contre il me dit – c'est un anxieux – : « Je trouve ça bizarre parce qu'ils ne me demandent pas de venir pour faire des contrôles des vaisseaux... » mais quand je lui demande : « Vous continuez à fumer ? » ben « Une dizaine de cigarettes par jour. », alors je lui dis : « Je ne comprends pas, il y a une espèce d'incohérence dans ce que vous me dites, voilà manifestement, vous avez peur de boucher une artère là, vous voudriez que le cardiologue vous voit toutes les cinq minutes pour s'assurer que tout va bien et à côté de ça vous continuez à cloper et à rétrécir vos artères à chaque fois ! ». Je lui dis : « Y'a une incohérence ! ».*

Moi : - *Qu'est-ce qu'il vous a répondu alors ?*

Docteur n°9 : - *« Ah oui, ah oui, c'est vrai, ah oui ».*

Moi : - *Et ça s'arrête là ?*

Docteur n°9 : - *Je lui dis oui, ça l'a énervé parce que oui, je l'ai envoyé aux urgences, qu'est-ce que vous voulez que je fasse moi ? Depuis cinq jours, vertiges les matins dix secondes, fugaces, plus gène médio-thoracique pendant cinq minutes, ça part, ça vient, voilà il dort à peu près quatre heures par nuit – c'est vrai qu'il ne dort pas beaucoup – bon c'est vrai qu'il a des espèces de chutes tensionnelles parfois au lever, quand il avait été aux urgences la dernière fois, il avait 9/9 de tension, donc je lui ai demandé aussi de me faire un relevé tensionnel, un appareil d'automesure il en a un, j'ai demandé si ses espèces d'oppressions c'était pas un problème de médicament qu'il prend le matin et qui est mal supporté parce qu'il a un béta-bloquant le matin, donc, voilà... après est-ce qu'il est capable de cheminer dans son arrêt du tabac... ça j'en sais rien ! On en est venu à parler des cigarettes électroniques, après ça digresse, ça digresse...*

Moi : - *C'est quelque chose que vous abordez avec eux à chaque fois ?*

Docteur n°9 : - *Pas à chaque fois, non j'admets que ça n'est pas à chaque fois, pas à chaque fois, c'est pendant l'auscultation si j'entends un truc, c'est vrai qu'hier il avait des sibilants à gauche : « Vous continuez à fumer ou pas ? » « Ben oui, je vous l'ai dit la dernière fois, vous ne vous souvenez plus ? », je l'avais noté – fume encore une dizaine de cigarettes par jour – manifestement de temps en temps je pose la question mais pas à chaque consultation.*

Moi : - *Vous vous appuyez sur l'auscultation, ça permet de rebondir sur ce truc-là ?*

Docteur n°9 : - *Ouais, ouais. Ou alors manifestement s'il pue le tabac quand il rentre, de toutes façons, tout de suite ça m'agace donc du coup je poserai la question. C'est comme les nanas qui viennent pour renouveler leur contraceptif et qui sentent le tabac plein pot. La pilule, c'est vrai que systématiquement quand je renouvèle une pilule je pose la question, de savoir si elle fume. Mais quelqu'un au cours d'une consultation, non je ne vais pas la poser systématiquement.*

Moi : - *Un monsieur qui a arrêté de fumer et vient vous voir et il vous dit : « Par contre la semaine dernière, il y avait des copains, on a regardé un match de foot, j'ai refumé. ». Qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°9 : - *Ben j'espère que ça va être isolé quoi, mais après, je ne vais pas le gronder. Comme celui qui a arrêté de boire, il voit des copains et il boit un verre, si ça n'est qu'un verre, si c'est la vérité, bon pourquoi pas mais après, faut pas que ça soit le bouton de démarrage. Je leur dis que j'espère que ça ne sera pas plus que ça, qu'il vaut mieux pour lui que ça soit ponctuel.*

Moi : - *Et enfin la dernière question : qu'est-ce que vous pensez de l'entretien motivationnel ? L'alliance thérapeutique ? L'intervention brève ? Toutes les techniques qui émergent ?*

Docteur n°9 : - *C'est bien, mais ça n'est pas intégrable dans un cabinet avec un fonctionnement comme ici. Je pense qu'il faut un espace temps rien que pour ça, mais du coup, je ne sais pas si les patients viendront. Parce que souvent ce truc-là c'est abordé en fin de consultation et on a la main sur la clenche de porte.*

Moi : - *Oui c'est ça par exemple pour le tabac, on va poser la question...*

Docteur n°9 : - *Je trouve qu'en ce moment les médecins généralistes n'ont pas les moyens de faire du bon travail.*

Moi : - *Donc pour vous, c'est la notion de temps qui est importante par rapport à ça ?*

Docteur n°9 : - *Oui, y'a le temps, y'a la formation si on n'est pas formé, il faut être formé.*

Moi : - *Vous en aviez entendu parler vous de l'entretien motivationnel ?*

Docteur n°9 : - *Ouais, un petit peu mais pas beaucoup.*

Moi : - *Intervention brève c'est pareil ?*

Docteur n°9 : - *Non, je n'en ai jamais entendu parler.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°9 : - *Intervention brève, c'est quoi l'intervention brève ?*

Moi : - *C'est une technique...*

Docteur n°9 : - *C'est de demander...*

Moi : - *Pour le tabac par exemple c'est de demander à chaque fois...*

Docteur n°9 : - *A chaque consultation s'il fume ? C'est marrant comme je l'intègre pour les contraceptions orales mais pas... C'est comme ça...*

Moi : - *Une question qui permet de les faire cheminer... Chacun à sa pratique, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse à mes questions.*

Docteur n°9 : - *J'ai un a priori défavorable contre les fumeurs, je me dis : « C'est pas possible, on n'y arrivera jamais ! », les buveurs : « On n'y arrivera jamais ! », les toxicos : « On n'arrivera jamais à les sevrer ! ». Y'en a un qui me demande en ce moment à baisser progressivement son SUBUTEX ®, ça a l'air d'aller, je suis estomaquée, je me dis c'est pas possible : « Il m'arnaque, il doit en acheter ailleurs ou j'en sais rien... ». C'est quelqu'un que je connais depuis tout petit, peut-être qu'il veut me montrer qu'il est un bon élève, je ne sais pas.*

Moi : - *Vous avez du mal à faire confiance à toutes les personnes qui ont des addictions ?*

Docteur n°9 : - *Ouais j'ai du mal à faire confiance ! Le nombre de fois où j'ai vu les gens replonger, ça m'a complètement perturbé le jugement je pense. Mais celui-là, chaque fois, peut-être pas tous les mois parce que ça dépend aussi de ce qu'il croise comme difficultés dans le mois, on n'a jamais réaugmenté et régulièrement on descend d'un milligramme, c'est le seul, j'en n'ai pas beaucoup. Y'en a pas mal mais ils ne vont pas chez moi et c'est vrai que dans mon fort intérieur, je n'ai pas trop envie de les prendre ! Je ne sais pas bien faire, je leur dis toujours que je ne sais pas bien faire et que je préfère qu'ils aillent chez des médecins qui savent mieux faire que moi. Je les cadre tellement les pauvres vieux, je les cadre tellement qu'à mon avis, ils vont ailleurs. Parce que voilà, je leur dis, chez moi c'est comme ça, c'est sur rendez-vous, si vous ne venez pas à un rendez-vous, on ne prend plus de rendez-vous pour vous et vous ne venez plus, vous ne faites plus partie du cabinet. Et puis je fais un protocole de soins, dessus je marque c'est comme-ci c'est comme ça, c'est telle pharmacie, c'est délivrance tous les tant de temps, donc c'est tellement cadré que je pense que ça doit se savoir et du coup, enfin je l'explique comme ça ! J'en ai deux réguliers.*

Moi : - *D'accord !*

Docteur n°9 : - *Ça fait vingt-cinq ans que je suis installée, c'est pas énorme !*

Moi : - *Non c'est pas énorme.*

Docteur n°9 : - *Le médecin en face, je ne sais pas, il doit en avoir une vingtaine.*

Moi : - *Et pour diminuer, qu'est-ce que vous leur dites ?*

Docteur n°9 : - *Pour diminuer le SUBUTEX ® ? Si au bout d'un moment ça va bien, je vais le proposer mais là sur les deux, elle, ça n'est pas question qu'elle diminue – ça m'étonnerait – et lui, c'est lui qui me l'a proposé. Je n'ai pas un gros panel ! »*

X. Dixième entretien :

Le 24/09/2013, un homme en milieu rural :

Moi : « - *Tout d'abord quelques formalités administratives pour m'aider à situer votre activité.*

Docteur n°10 : - *Oui.*

Moi : - *Depuis combien de temps vous exercez ?*

Docteur n°10 : - *Ça fait trente ans que je suis installé, j'ai fait des remplacements pendant... ça fait trente-cinq ans en tout.*

Moi : - *Quel âge vous avez ?*

Docteur n°10 : - *Soixante-et-un ans pas encore soixante-deux.*

Moi : - *D'accord. De quelle fac vous êtes originaire ?*

Docteur n°10 : - *Nancy.*

Moi : - *Est-ce que vous avez été ou est-ce que vous êtes maître de stage à la faculté ?*

Docteur n°10 : - *Oui, je suis maître de stage, j'ai actuellement un stagiaire.*

Moi : - *D'accord, des internes, des externes ?*

Docteur n°10 : - *Alors j'ai des internes et des externes, je n'ai pas de SASPAS mais j'en ai eu pendant trois ans et là je n'en ai pas repris, je ne me suis pas remis dans un groupe.*

Moi : - *D'accord, très bien. Qu'est-ce que vous faites comme formation médicale continue ?*

Docteur n°10 : - *Alors déjà la fac pour les maîtres de stage, autrement c'est l'AMVPPU et bien souvent des séminaires, par contre je n'ai jamais été à la semaine médicale de Nancy, peut-être que cette année-ci j'irai, on va voir.*

Moi : - *Des lectures de revues ?*

Docteur n°10 : - *Des lectures de revues oui, Prescrire je lis beaucoup, pour avoir une formation thérapeutique pour me donner les éléments que je n'ai pas le temps de prendre en pharmacovigilance.*

Moi : - *D'accord. Est-ce que vous avez des diplômes ou formations complémentaires ?*

Docteur n°10 : - *Non, Docteur en médecine c'est tout.*

Moi : - *C'est déjà bien ! Donc vous exercez seul, vous ne faites pas partie d'un cabinet de groupe ?*

Docteur n°10 : - *Non, j'exerce seul comme ça, oui.*

Moi : - *En moyenne combien d'actes vous réalisez par jour ?*

Docteur n°10 : - *Par jour ? Vingt-cinq, à peu près oui.*

Moi : - *D'accord. Vous exercez sur consultations libres ? Rendez-vous ?*

Docteur n°10 : - *Consultations libres le matin et ensuite sur rendez-vous le soir.*

Moi : - *D'accord. La durée moyenne d'une consultation ?*

Docteur n°10 : - *Ça c'est élastique - chewing-gum - environ vingt/vingt-cinq minutes.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°10 : - *Oui, la plupart du temps c'est vingt/vingt-cinq minutes.*

Moi : - *On va rentrer dans le vif du sujet si vous le voulez bien. La question que je pose pour débuter c'est : quels sont les comportements ou habitudes de vos patients qui posent problème pour leur santé ?*

Docteur n°10 : - *Ah, des patients... C'est essentiellement l'alcoolisme, le tabagisme et je n'ai pas trop de problèmes d'addictions des drogues et je refuse de m'en occuper. Je m'en suis occupé d'un ou deux mais parce que c'était des patients que je connaissais depuis petit.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°10 : - *Autrement, c'est pas que je refuse, mais je vois leur motivation : « Ah vous êtes drogué, vous venez chercher du SUBUTEX® ? Vous en prenez depuis combien de temps ? A quelle dose ? 8 miligrammes depuis deux ans ? On va commencer par diminuer de moitié et puis on verra après ! ». Ils ne reviennent plus !*

Moi : - *Forcément ! D'accord. Je ne sais pas, par rapport à l'alcool ou au tabac, si vous avez un exemple de patient qui vous vient à l'esprit ?*

Docteur n°10 : - *Alcool, on a plusieurs exemples, oui.*

Moi : - *Celui qui vous plaît alors ! Un patient qui vous pose soucis par rapport à ça.*

Docteur n°10 : - *Actuellement oui, j'en ai une qui me pose des gros soucis, elle a plusieurs pathologies et puis elle boit de façon invétérée et consciemment. Elle le dit qu'elle a des problèmes d'alcool mais elle ne peut pas s'en sortir. Toutes les méthodes comme ça, vous savez les centres d'hygiène alimentaire, les trucs comme ça, ne font pas plus que moi ; on les a pas toujours mais on les prend en charge de façon médicamenteuse, mais je ne vois pas comme ça, s'ils n'ont pas la motivation, je crois qu'on y arrive pas.*

Moi : - *Autrement qu'est-ce que vous leur dites ? Concrètement, pour essayer de les faire changer ?*

Docteur n°10 : - *Qu'est-ce que je leur dis ? Pour les faire changer ? La première chose pour l'alcoolisme, je leur montre qu'ils sont alcooliques, qu'ils boivent de trop, qu'ils boivent vraiment trop. Alors pour faire ça, j'ai une méthode, parce que c'est comme ça, ils arrivent, ils arrivent, ils ont bu, ils ne l'avouent pas - ils ont avalé un chat, la queue dépasse, et ils disent que ça n'est pas vrai ! – la première chose que je fais, je fais une prise de sang à n'importe quelle heure.*

Moi : - *D'accord, donc vous la faites au cabinet ?*

Docteur n°10 : - *Là, vous êtes bourré, je vous fais une prise de sang tout de suite !*

Moi : - *D'accord !*

Docteur n°10 : - *Sans alcool, sans désinfection alcoolique, je pique et je demande une alcoolémie.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°10 : - *Et ensuite la consultation suivante, je leur dis : « Voyez, vous aviez bu, vous aviez dit que vous n'aviez presque rien bu, il y a tant de grammes donc c'est que vous aviez vraiment bu ! » donc je leur fais dire : « Vous m'avouez déjà à moi que vous aviez bu et on a déjà fait un pas ! », parce que s'ils avouent qu'ils ont bu, ils peuvent être déjà consentants à engager un traitement. Moi, ce que je fais, ça ne marche pas toujours, mais en face de moi-même – bien sûr, je ne divulgue pas comme quoi ils ont bu, je garde ça pour la consultation, le singulier qui se passe entre la personne qui a bu et moi-même – et je leur propose différentes méthodes de traitement. Mais déjà qu'ils ne me fassent pas du cinéma à moi, ça n'est pas le but, je suis là pour les aider, alors qu'ils m'avouent ! Y'en a qui avouent : « J'ai un problème d'alcoolisme. », ils se disent : « De toutes façons, le médecin, je le vois cinq minutes et la bouteille je la viderai en permanence... » alors donc ils retournent chez eux et ils boivent. J'ai le cas-là d'une personne qui pose des problèmes sociétaux et de relation intrafamiliale, donc elle l'avoue vraiment, elle avoue son problème d'alcool, alors on propose un traitement mais les traitements n'empêchent pas leur volonté... mais ceux qui ne l'avouent pas, on n'y arrive pas du tout.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°10 : - *On n'y arrive pas, bon je pense qu'on a un résultat sur l'alcoolisme... je suis assez pessimiste, 10 % à long terme, d'après l'expérience que j'ai.*

Moi : - *Donc en fait, vous voyez la prise de sang, vous vous appuyez là-dessus.*

Docteur n°10 : - *Je m'appuie là-dessus pour leur faire avouer vraiment leur penchant. Alors, s'ils l'avouent, là on sait – ils l'avouent aux soignants, au médecin – là on a commencé à passer une étape, ils ne nous diront plus..., c'est pas pour autant que..., c'est que s'ils avouent c'est qu'ils peuvent être en demande d'un traitement, ils adhéreront je pense plus facilement au traitement.*

Moi : - *Et vous, pour leur faire changer de comportement qu'est-ce que vous leur dites ? Au moment où vous avez la prise de sang ?*

Docteur n°10 : - *Vous avez bu, on va vous proposer certains traitements, c'est une aide, je leur dis : « C'est votre volonté, c'est votre libre arbitre qui fera le plus mais déjà en commençant simplement à nous avouer votre addiction et ben on n'est pas dans le déni et on peut avancer et vous pouvez comme ça adhérer au traitement qu'on va proposer. ». Y'a d'autres méthodes, y'a différentes méthodes, y'a des méthodes avec des associations, etc..., etc... Mais bon pour moi l'essentiel c'est qu'ils ne nous mentent pas à nous parce que autrement, on n'y arrive pas, ça je peux vous le dire !*

Moi : - *Bien sûr, si déjà ils nient leur consommation c'est sûr qu'on ne peut pas leur faire arrêter. Je vais prendre un autre sujet, par exemple monsieur X que vous voyez en consultation qui est un patient qui est diabétique de type 2 et qui a oublié de faire son hémoglobine glyquée. Qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°10 : - *Qu'il a oublié de la faire quand il vient me voir ?*

Moi : - *Oui, il a oublié de faire la prise de sang.*

Docteur n°10 : - *Ben je lui fais !*

Moi : - *Oui, c'est vrai que vous avez la solution tout de suite ! Alors admettons qu'il a oublié d'aller voir l'ophtalmologue par exemple ?*

Docteur n°10 : - *Ah, l'ophtalmologue ? Je lui fais une lettre et je lui demande comme ça... Je suis assez directif.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°10 : - *Comme ça j'ai fait une lettre : « Vous prendrez un rendez-vous auprès de l'ophtalmo et comme ça ... », vous savez avec l'ophtalmo c'est pas un bon résultat parce qu'on aura peut-être le rendez-vous que un an après, mais quand même je suis directif, je n'incite pas, je fais une lettre : « Mon cher confrère, donnez-moi votre avis sur les fonds d'yeux de monsieur untel qui est diabétique, etc... ».*

Moi : - *Et si le patient, la fois d'après où vous le revoyez, il n'a toujours pas pris son rendez-vous ?*

Docteur n°10 : - *Alors s'il a... Je réitère le rendez-vous, je ne peux pas comme ça le demander à sa place parce que j'attendrais autant au téléphone donc alors... Autrement, je vous dis, je le prendrais, je prendrais le rendez-vous, je prendrais le bigophone ou pour d'autres raisons : « Vous n'avez pas pris le rendez-vous, alors qu'est-ce que c'est que ça ? ». Je suis assez "Général", Général de l'armée : « Bon voilà vous prenez le rendez-vous, je veux absolument prendre le rendez-vous ! », les gens comme ça... Oui autrement, j'essaye de leur expliquer qu'est-ce que ça nous apporte pour les soins et pour la prévention, oui, je suis assez explicatif dans la mesure où ils peuvent comprendre, bon j'ai des tableaux – diabète, les complications du diabète – je leur montre : « C'est pour ça que je vais vous demander cela, c'est parce que vous avez les rétines qui vont être complètement fichues et si vous avez un film comme ça derrière l'appareil photo qui est déjà tout brouillé et ben l'image ne sera pas très belle ! ». J'explique un peu les complications, pour les motiver à suivre un*

traitement, que ça soit dans tous machins, cholestérol, toutes les complications pour le suivi et l'observance d'un traitement, l'observance d'un suivi d'une maladie.

Moi : - *D'accord, donc sur les observances de traitement, vous vous basez sur les complications, pour leur expliquer ce qui va se passer ?*

Docteur n°10 : - *Oui, oui pour l'observance de suivi. Parce que l'observance de traitement, là je suis, pour les observances de traitement, quelques fois, je fais passer l'infirmière. Comme ça l'infirmière, elle leur donne les médicaments.*

Moi : - *D'accord, oui.*

Docteur n°10 : - *Et puis, il y a une certaine surveillance comme ça. Ça nous arrive fréquemment parce que maintenant, on a beaucoup de personnes qui ont des syndromes démentiels alors...*

Moi : - *Oui, oui bien sûr.*

Docteur n°10 : - *Là, je n'explique pas de trop, je suis directif, je dirige, je donne même le traitement voilà...*

Moi : - *Et le petit monsieur, avec son diabète qui revient et son hémoglobine glyquée est à 8 % ?*

Docteur n°10 : - *Elle est à 8 % ?*

Moi : - *Qu'est-ce que vous lui dites ?*

Docteur n°10 : - *Je lui dis que ça n'est pas très bon, qu'il faudra comme ça que son régime... il faudrait qu'il surveille un peu plus mais... euh... que... je peux l'améliorer avec mon traitement mais que lui, il doit faire attention au régime, je le culpabilise un peu : « Ben voilà, qu'est-ce que vous avez fait ? ». Vous voyez , j'ai un patient, hop j'arrive en visite donc, je le surveille, un diabétique : « Qu'est-ce que vous faites là, face à la treille ? Vous mangez encore du raisin ? ». Donc, oui, je le culpabilise sans être trop incisif, ça dépend l'âge qu'ils ont. Y'en a d'autres qui ont... oui 8 %, ça c'est de la bricole c'est normal, y'a des personnes qui sont à 11-12 %, ben je lui dis quand même que quand elle est à 10-11 %, elle mange n'importe quoi, elle le fait exprès rien que pour me faire chier ! C'est pour emmerder le médecin, je l'accuse même d'avoir un, comment ça... un syndrome qui ressemble à Lasthénie de Ferjol, je ne sais pas si vous connaissez ?*

Moi : - *Non ?*

Docteur n°10 : *C'est un peu des syndromes... les gens qui se sentent bien quand ils font travailler les méninges des médecins ou de l'équipe soignante, ça, ça s'appelle le syndrome de Lasthénie de Ferjol et donc, mais, je suis persuadé que la patiente-là – parce que j'ai une patiente en tête – elle le fait exprès, parce que quand elle a des bons résultats, elle ne maintient plus la pression, elle relâche simplement pour se dire : « Ben le médecin, il va encore penser à moi, il va revenir ! ». Elle veut me voir, tout ça, vous comprenez ?*

Moi : - *Elle vous tient au niveau de la relation...*

Docteur n°10 : - *Elle tient à avoir une relation plus que suivie, donc elle le fait exprès. Alors ce que je fais, je vais vous dire, dans ce cas là, comme je vais en visite par exemple, j'arrive à 8h du soir, au moment où ils mangent.*

Moi : - *Au moment des repas ?*

Docteur n°10 : - *Ça, ça, ça et ça : interdits ! Je lui montre qu'on ne me prend pas pour un... mais bon... Ça porte plus ou moins ses fruits mais au moins, je lui ai montré que je ne suis pas dupe, il ne faut pas faire ce double jeu de dupe !*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°10 : - *Pour l'hémoglobine glyquée, ça nous arrive fréquemment. Alors j'essaye de les motiver pour qu'ils fassent régime, que eux ils ont une part, une part à apporter dans le traitement.*

Moi : - *D'accord.*

Docteur n°10 : *Ben ça c'est toujours des conseils, soit de la dérision, soit du directif, soit comme ça, vous voyez, de l'espionnage... intempestif parce qu'ils ne pensaient pas que j'arriverais à 8h du soir, 8h du soir elle mange, on va voir ça ! On va chez les gens, alors donc, quelques fois on les connaît tellement mieux, c'est pour ça qu'à l'hôpital, ils peuvent nous dire tout ce qu'ils veulent, l'hypertension c'est exactement pareil, à l'hôpital ils n'ont jamais de tension et dès qu'ils rentrent chez eux, on voit tout ce qu'ils font et ça, ils ne le savent pas, on les voit à n'importe quelle heure, là je vais aller voir ce soir de façon impromptue un patient qui picole un petit peu surtout quand je ne suis pas là et donc qui a quelques troubles et comme je vais modifier le traitement - il ne le sait pas - j'arrive de façon impromptue, si je le vois avec le verre de Chablis : « Et ça ? Ça ne fait pas partie du traitement ! ». Bon après, ils savent que je ne suis pas un flic !*

Moi : - *Voilà, une petite dernière question, je voulais vous demander si vous aviez entendu parler, si vous connaissiez l'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique, l'intervention brève, la décision médicale partagée ou d'autres techniques ?*

Docteur n°10 : - *Alors dites-moi voir ?*

Moi : - *L'entretien motivationnel ?*

Docteur n°10 : - *Oui, c'est en diabétologie qu'on l'a vu, comment ça... l'entretien motivationnel. Euh, je suis sceptique, ça dépend quand même du développement intellectuel du patient, ah je crois que motiver une observance thérapeutique, je pense que le gars, il faut qu'il soit un peu cortiqué. Moi, j'ai des patients que... encore des patients – je ne parle pas des jeunes générations, où là ils savent encore moins que les anciennes générations – les personnes âgées, on était leur conseil, y'avait le curé, l'instituteur et le médecin ; bon le curé y'en a plus, les instituteurs ont perdu de leur aura, pour certaines personnes âgées, on est toujours d'un conseil et donc y'a pas besoin de les motiver ceux-là, vous leur dites quelque chose, ce qui m'étonne c'est qu'ils retiennent quelques fois des*

choses qui ne sont pas essentielles dans notre discours, ça, ça m'a étonné plusieurs fois « Tiens, ils ont retenu ça. » et c'était pas le pilier du discours que je voulais leur faire passer. Autrement les autres ?

Moi : - *L'alliance thérapeutique ?*

Docteur n°10 : - *Alliance thérapeutique ? L'alliance avec le patient ? Je ne connais pas du tout.*

Moi : - *L'intervention brève ?*

Docteur n°10 : - *Non, je ne vois pas du tout ce que c'est.*

Moi : - *Merci pour l'entretien, j'ai ce qu'il me faut ! »*

XI. Onzième entretien :

La 27/09/2013, un homme en milieu rural :

Moi : *« - Je vais d'abord faire quelques formalités administratives, si vous le voulez bien ?*

Docteur n°11 : *- Oui, oui allez-y.*

Moi : *- Depuis combien de temps vous exercez ?*

Docteur n°11 : *- Trente-et-un ans.*

Moi : *- Quel âge vous avez ?*

Docteur n°11 : *- Soixante-deux, je suis né en 1951.*

Moi : *- D'accord. Je ne divulgue pas, tout est anonyme ! De quelle fac vous êtes originaire ?*

Docteur n°11 : *- Nancy.*

Moi : *- Est-ce que vous êtes ou avait été maître de stage à la faculté ?*

Docteur n°11 : *- J'ai été maître de stage, j'avais des cinquièmes années. J'ai arrêté parce que je ne suis pas très loin de la retraite mais j'ai fait ça pendant deux ou trois ans.*

Moi : *- D'accord. Quelle formation médicale continue vous faites ?*

Docteur n°11 : *- Alors à la FMC sur Metz, l'AMMPPU, donc on a une section à Boulay.*

Moi : *- Oui, oui, je connais ! Des lectures de revues ?*

Docteur n°11 : *- Prescrire !*

Moi : *- J'ai beaucoup de lecteurs de Prescrire ! Autrement est-ce que vous avez des diplômes ou des formations complémentaires ?*

Docteur n°11 : *- Non.*

Moi : *- D'accord. Alors, vous exercez seul, vous ne faites pas partie d'un cabinet de groupe ?*

Docteur n°11 : *- Tout seul ! Voilà.*

Moi : *- Visiblement non ! Combien d'actes en moyenne vous réalisez par jour ?*

Docteur n°11 : *- Je dirais une vingtaine, je ne travaille que sur rendez-vous déjà depuis six/sept ans, donc il doit y en avoir dix le matin, dix... entre vingt et vingt-cinq quoi.*

Moi : *- En moyenne la durée d'une consultation ?*

Docteur n°11 : - *Moi, j'en prends trois par heure, donc la moyenne c'est vingt minutes a priori.*

Moi : - *Et puis ben du coup, vous avez déjà répondu à une de mes questions, ça ne sont donc que des consultations sur rendez-vous ?*

Docteur n°11 : - *Oui.*

Moi : - *On va rentrer dans le vif du sujet alors ! La question que je pose c'est : quels sont les comportements ou habitudes de vos patients qui posent problème pour leur santé ?*

Docteur n°11 : - *Alors, qui posent problème pour leur santé, habitudes vous dites ?*

Moi : - *Habitudes ou comportements.*

Docteur n°11 : - *Ou comportements, alors moi je dirais la consommation, en règle générale, des médicaments, en dehors des choses habituelles, on va dire la fumée, le tabac, l'alcool. J'ai pas trop, j'ai une clientèle qui m'a suivi un peu à l'âge, c'est vrai que j'ai une clientèle un tout petit peu plus âgée, mais je dirais les soucis que j'ai moi probablement, mais c'est un peu nos déformations par rapport à Prescrire, à ce qu'on a fait toujours, c'est cette énorme difficulté qu'on a de ne pas faire prendre de médicament, de ne pas prescrire, je pense que la grosse prescription, c'est vraiment un souci pour les patients, la grosse que ça soit la mienne ou celle des autres et la demande, la demande de quelque chose, le quelque chose étant quatre-vingt-dix fois sur cent le médicament bien sûr. La demande de quelque chose, à quelque chose qui est symptomatique, avant tout diagnostic on va dire, on vient pour quelque chose, on voudrait quelque chose et il y a vraiment, par simplicité, je dirais... qu'il faut quelques secondes pour prescrire à quelqu'un, de lui faire plaisir, il faut un quart d'heure pour lui expliquer qu'on ne va rien lui donner et il n'est pas content. Je sais que c'est un peu caricatural mais c'est souvent ça. Je pense que dans un travail de trente ans, c'est probablement aujourd'hui encore la difficulté qu'on fasse accepter assez facilement que y'a rien besoin mais s'il y a effectivement une pathologie mais que cette pathologie par définition, par expérience et surtout par connaissance va guérir, on pense, on rentre dans cette période où il y a beaucoup d'ORL, des gastro-entérites, enfin des choses on va dire qui ne sont pas à négliger mais qui sont dans la grande majorité, peut-être un problème de diagnostic, un problème de conseil mais où la place thérapeutique est insignifiante, si ce n'est inutile en tous cas. Et ça c'est vraiment difficile, d'abord parce que je ne suis pas le seul à travailler avec les gens, les connaissances qu'ils avaient avant, etc... et qu'est-ce que c'est, quand même, encore difficile !*

Moi : - *Et concrètement alors, qu'est-ce que vous dites aux patients justement quand ils réclament des médicaments ?*

Docteur n°11 : - *C'est un peu le genre de discussion qu'on vient de dire, si on a la possibilité d'expliquer le déroulement de la pathologie, pour faire comprendre, pas que c'est pas bien le médicament mais que probablement il est inutile et la notion de "je voudrais quand même quelque chose pour faire passer le symptômes " c'est que le symptôme fait partie de la pathologie et qu'il est neuf fois sur dix un peu inaccessible, si ça n'est pas du tout au traitement. L'exemple c'est : « J'ai une gastro-entérite, je voudrais quelque chose pour ne pas avoir de nausées, je voudrais quelque chose qui arrête les selles et je voudrais quelque*

chose parce que j'ai mal au ventre. », voilà, donc vous expliquez que les médicaments pour les nausées sont très peu actifs et souvent embêtants, de type PRIMPERAN ®, VOGALENE ®, MOTILIUM ®, que tout le monde avale comme si c'était de la flotte, c'est des para-neuroleptiques on va dire quand même, peu d'efficacité et probablement inutiles. Les médicaments dits " bloqueurs des intestins " c'est marqué partout que ça ne sert à rien dans la diarrhée, bon et éventuellement les antispasmodiques qui ne sont pas loin d'être inutiles, le SPASFON ® sur des gastros...
Donc quand vous avez expliqué un peu tout ça, c'est par l'explication qu'on essaye, première chose, la deuxième chose c'est qu'avec l'expérience et l'ancienneté c'est plus facile de ne pas donner malgré que les gens réclament et c'est vrai que j'imagine bien que c'est plus compliqué quand on débute une profession, quand les gens sont fortement demandeurs et que vous dépendez en partie du fait qu'ils reviennent les fois d'après, et puis qu'ils en ont déjà eu et qu'ils en auront à droite...

Moi : - *La difficulté, je trouve, c'est quand on remplace et que le médecin qu'on remplace a des habitudes de prescription, c'est compliqué !*

Docteur n°11 : - *Ça, c'est très très clair, je pense que c'est intéressant aussi pour nous d'avoir des remplaçants, parce qu'ils ont une vue différente et puis un abord différent mais c'est clair que le remplaçant est mal venu de dire du médecin : « Ce qu'il vous donne c'est de la merde, moi j'arrête ça ! », bon, on sait que ça ne se passe pas comme ça parce que les gens ont du bon sens mais c'est vrai que ça n'est pas toujours très facile. Je crois en tous cas, qu'il est clair, que je pense que c'est en France probablement et puis la façon dont nous tous on travaille, quand je dis nous tous, je me mets bien dedans, c'est que la réponse et l'idée qu'il y a bien quelque chose à chaque maux et le quelque chose étant le médicament et que la demande est suffisamment importante pour que : « Si ça, ça ne marche pas, trouvez-moi quelque chose de plus fort. Oui j'ai pris ce que vous m'avez donné etc... », on a ça pour les toux en ce moment et les fameux sirops et je pense que l'aide qu'on a pu avoir quand ils ne sont plus remboursés - moi je ne vais sûrement pas cracher sur ses choses-là - facilite quelques fois de dire : « Ben vous voyez... C'est pas remboursé, pas parce que la Sécu est dégoutante et qu'il n'y a pas de sous, c'est parce que manifestement s'ils ne le remboursent pas, c'est parce qu'il n'est pas efficace ».*

Moi : - *Bien sûr !*

Docteur n°11 : - *L'affiche que j'ai dans la salle d'attente " votre gamin tousse " et on dit faites ça et la place du médicament est très minime, malgré tout ça, ben c'est pas facile. Malgré tout ça, je prends l'exemple des mamans, puisqu'on voit plus souvent les mamans avec leur petit ; pour le premier on explique tout ça, on y arrive et puis je me rends compte que quand le deuxième arrive ou le troisième, souvent on est obligé de repartir sur cette notion pour ce qu'elles m'apportent là : « Ben je ne vous donnais rien pour le premier, c'est parce qu'il n'y a rien besoin ! ». La majorité des consultations, ils reviennent avec du sérum physiologique et du paracétamol. Alors quand on fait l'effort, à un certain nombre de personnes, ça fonctionne bien avec ça, ils reviennent en consultation, on fait le même discours, on arrive à la même conclusion et ça passe. Et puis, on en a un certain nombre, je dirais que c'est ceux-là qui nous fatiguent le plus, j'ai le même discours, on ne change pas le discours sur la cohérence qu'on y tient et on se rend compte qu'on le recommence parce qu'on nous ramène le même symptôme, et on pourrait imaginer : « J'ai bien décrit, ils vont se débrouiller tout seuls puisque c'est bien la même chose et qu'avec l'expérience, etc... »,*

ben on revient quand même. Ça, j'accepte bien qu'on ait le besoin de rassurer, de faire l'examen. Je fais un examen autant que je peux surtout avec les petits - je disais ça aux étudiants que j'avais, c'est ce qu'on m'avait dit quand j'étais remplaçant, il y a longtemps – quand on a un gamin, quelque soit la patho, il faut le toucher, il faut l'examiner presque à fond, ça, ça rassure surtout pour les mamans, qu'on a bien regardé partout. Donc moi, ils viennent pour le nez qui coule, on regarde le nez, on regarde les oreilles, on pelote le ventre, etc... On a fait l'examen complet, cet examen qui débouche sur : « Ça va, y'a pas ça, y'a pas ça, y'a pas ça ! », est la bonne démarche pour dire : « Comme il n'y a pas tout ça, il n'y a pas besoin d'autre chose. ». Donc c'est vrai que s'appuyer sur la clinique pour éliminer : « Bien entendu qu'il tousse, mais il n'y a rien de pulmonaire. » « Bien sûr qu'il a mal à la gorge, elle est un peu rouge, ça n'est pas une angine, je n'ai pas besoin de faire de prélèvement. ». L'idée de faire des prélèvements quand on a des angines qui permettent de dire aux gens : « Voyez, c'est encore probablement viral, c'est viral pas d'antibiotique. », toutes ces astuces - enfin ces astuces, ces moyens-là - confortent le discours mais au milieu de ça, c'est vrai que la demande symptomatique est énorme. Elle est, je dis bien, derrière tout ce qui vient, c'est plus de la moitié parce qu'on a mal quelque part, parce qu'on a une gène quelque part.

Moi : - *Et à l'inverse au niveau de l'observance thérapeutique, vous avez des soucis particuliers ?*

Docteur n°11 : - *Je dirais pas trop, pas trop, alors je pense avec du recul et du bon sens, c'est d'abord qu'on nous dit pas tout voilà, donc ça veut dire qu'on découvre, on découvre plus ou moins, c'est à dire, à reparler avec quelqu'un, à la suite de, en particulier dans les renouvellements des traitements : « Non, non, je n'ai pas besoin de celui-là, il m'en reste encore plein ! », on dit mais : « Comment ça se fait ? » « Ben non, celui-là y'en manque toujours et celui-là y'en a toujours plus ! », on dit : « Mais c'est quand même les mêmes boîtes, c'est toutes les deux 28 ! ». Donc c'est manifestement, c'est clair, on le voit depuis qu'on utilise un peu plus souvent les infirmières pour faire la distribution, la préparation des médicaments pour des gens qui oublient un peu et que manifestement y'a beaucoup moins ces soucis de... etc... Donc bien sûr qu'il doit y en avoir. Sur des traitements courts, etc... c'est rare, je dirais que y'en a pour six jours d'antibiotiques, on a mis ce qu'il fallait, c'est rare je trouve, mais ça, c'est une remarque je pense qui est importante peut-être : c'est que le médecin – je le vois en particulier parce que je suis seul – a peu de retour par rapport à ça, c'est à dire, je vous vois pour une angine, je vous donne le traitement, je ne vous revois pas avant six mois, je n'en sais rien comment ça s'est passé. On a le sentiment que nous, on a fait ce qu'on pense et que si les gens ne sont pas revenus c'est que tout s'est bien passé, qu'ils ont pris le traitement comme on a dit, en tous cas, c'est la supposition la plus probable sauf qu'on n'en sait rien. Pour les choses plus compliquées, pas plus compliquées mais plus tirées par les cheveux, les douleurs, les essais – on pense que c'est rhumatismal, on pense que c'est inflammatoire – on a mis un traitement, les gens qui ont encore mal, on va les revoir, on va pouvoir se dire : « Vous avez bien pris le traitement ? etc... ». Ceux qu'on ne revoit pas et ben on n'a pas de retour objectif, comme on ne fait pas revenir - moi je ne fais pas revenir les gens pour voir si ça a marché - donc on laisse dire : « Je vous revois s'il y a un souci. ». Donc c'est vrai que sur l'efficacité, comment ils prennent leur médicament, on suppose qu'ils le prennent comme on a dit, mais je pense que y'a plusieurs exemples où on se rend compte mais : « C'était pas comme ça qu'il fallait le prendre ! » ou « J'aurais préféré que vous alliez jusqu'au bout ! ».*

Moi : - *Quand vous voyez une incohérence justement quand on vous dit : « Ben non, celui-là j'en ai encore... ». Qu'est-ce que vous dites ?*

Docteur n°11 : - *Et ben, justement, on essaye de comprendre ce qui a pu se passer. C'est depuis plusieurs années, l'incohérence des boîtes de médicaments, des quantités, des boîtes de 90, des boîtes de 28, posent réellement souci. Simplement, quand on a le même traitement à 28 jours et qu'il y en a une qui reste c'est que manifestement, on essaye de savoir et je me rends compte très souvent que c'est l'explication et la recherche, mais que manifestement y'a des choses qui nous passent sous le nez. C'est probablement sûr, qu'il y a un certain nombre de gens, des exemples : «Je ne prends plus le rouge parce que vraiment, je ne le supporte pas ! », on ne sait pas, la boutade c'est de dire : « Comment vous savez que c'est le rouge et pas le bleu, vous les prenez en même temps ? » « Non, non, je sais bien que c'est celui là ! », donc bon, quelque chose qui... je ne dis pas que c'est pas vrai parce qu'on n'en sait rien, très vite on va se retrouver avec des gens : « Probablement que celui-là je ne le supporte pas, pis je ne sais pas bien pourquoi il me l'a donné et pis je ne me rappelle plus, etc, etc... Je ne le prends pas » et on va se trouver justement avec beaucoup plus d'une boîte, manifestement quand il y a ça, c'est qu'ils ne prennent pas comme il faudrait, mais je crois aussi que c'est plus souvent des réels choix de la part des gens, on décide que : « Celui-là, il ne me convient pas. » ou « J'en n'ai pas besoin d'autant, etc... ».*

Moi : - *Et là, vous leur dites quoi quand... ?*

Docteur n°11 : - *J'essaye de faire passer l'intérêt de la prescription, mais je dirais et ça, c'est ma démarche aussi, c'est que ça nous impose probablement de rediscuter dans notre tête du bienfondé de tel médicament, de telle prescription, on le voit beaucoup en maison de retraite, où moi j'ai fait un gros travail sur mes patients en tous cas, pour éliminer tous ces médicaments qu'on pouvait avoir pour lesquels on pouvait dire : « Est-ce que c'est toujours justifié ? Est-ce qu'il y a un intérêt ? Est-ce que ma balance bénéfice-risque est claire ? etc... ». Et donc, quand quelqu'un oublie un médicament, quand quelqu'un ne prend pas, ben je dirais, j'essaye de le convaincre de savoir pourquoi mais de l'autre côté je vais me poser la question : « Est-ce que sa prescription elle est vraiment nécessaire ? Elle se justifie encore ? Est-ce que effectivement... ». Et je pense qu'effectivement les oublis de traitement ou les refus de certains traitements sont souvent liés au nombre de médicaments. C'est clair que quand on en a trois verts, deux mauves et un violet à prendre dans la journée, manifestement y'a des gens qui sortent de l'hôpital, ils sont très motivés et très vite ça va se diluer, ce qui est logique et ce qui nous impose aussi peut-être de reconsidérer, donc je dirais, que si je tiens beaucoup à ce médicament je vais me bagarrer avec eux, dans le sens, on va expliquer, on va réinsister, quelques fois j'essaye d'être plus précis sur l'ordonnance pour que manifestement le renouv... je travaille beaucoup pour ces gens sur des renouvellements – c'est surtout sur des renouvellements qu'on sera – donc ça veut dire, je les vois tous les trois mois, ça veut dire je vais peut-être me donner les moyens de me rappeler que trois mois avant, on avait le problème comme ça, c'est pas toujours aussi simple. Trois mois après, il faut marquer dans l'ordinateur, c'est vrai qu'en visite à domicile on l'a pas, ça peut poser un peu de soucis d'organisation à ce moment-là. Mais je pense que, en tous cas, le point c'est qu'il faut comprendre un peu pourquoi, c'est rarement du hasard, quand on oublie toujours le vert par rapport aux autres ça veut dire : « Il est mal positionné. » et là on rediscute de l'heure, du moment, « J'oublie jamais le matin, mais celui de midi j'oublie souvent, etc... », donc ça va me permettre de dire : « Ben y'a pas de raison, vous le mettez à midi mais on peut le remettre le soir, etc... ». C'est, on a des*

habitudes, en matin, midi et soir, on ne sait pas toujours pourquoi on le donne plus le matin, plus là, ça ne correspond à rien, ni de leur vie, ni de réelles indications, on voit que tout ce qui est fibrate ou surtout statine, ils le donnent le soir mais je suis persuadé qu'il n'y a pas d'indication particulière de le donner le soir. Et donc la personne qui me dit : « Mais moi, je mange presque rien le soir alors j'oublie tout le temps ! » et ben il faut se dire on va le mettre à un autre moment. Les problèmes de tension : « Je trouve que je suis pas bien à 10h, je préfère le prendre à midi. ». C'est à dire les gens changent un petit peu, je crois que si on arrive un petit peu à faire du bricolage, tout à fait respectif à ce niveau-là, on y arrive. C'est interpelant des deux côtés : « Pourquoi ils ne le prennent pas, est-ce qu'on a mal organisé ? » et la deuxième chose qui a mon avis est vraiment utile c'est : « Est-ce qu'il est réellement utile ? Nécessaire à ce moment-là ? », ça, c'est clair.

Moi : - *Et un traitement par exemple pour la tension, il y a des fois des patients qui le pensent inutile parce qu'ils ne ressentent pas l'effet, donc à ce moment là, qu'est-ce que vous leur dites ?*

Docteur n°11 : - *Y'a plusieurs choses, parce que le problème de la tension est un bon problème, c'est qu'on ne traite pas une maladie, on traite préventif un risque qu'ils ont toutes les chances de ne jamais avoir, problèmes cardiaques, problèmes vasculaires, cérébraux, donc ils sont très attachés aux chiffres et en fait en définitive ça n'est pas le plus important pour nous, c'est un intermédiaire auquel ils sont très accrochés donc chaque fois qu'on leur dit, pendant des mois, qu'ils ont 13 ou 14 ou moins de 15, ils peuvent légitimement se dire : « Est-ce que c'est encore utile que je prenne les trois que vous m'aviez donnés ? ». Donc quand ils me disent : « Pourquoi je ne l'arrêterais pas ? » et ben il faut, moi en tous cas, je suis entre deux choses, c'est que je suis prêt à accepter un certain nombre de choses parce que j'ai par expérience vu des gens avec quatre antihypertenseurs et puis tout d'un coup on n'en prend plus que trois et puis ça bouge pas beaucoup, la tension ne remonte pas au plafond parce que c'était il y a plusieurs années et qu'on ne l'avait pas remis en cause. Donc ça c'est sûr, moi j'ai vu des gens qui en avaient beaucoup et on se retrouvait avec une tension qui marchait plutôt pas mal avec beaucoup moins, donc pourquoi pas essayer. C'est un gage peut-être d'associer avec le patient une réelle complicité et d'écouter un peu ce qu'ils disent, je suis de cette génération qui a été beaucoup managée pour dire : « Attention, ne soyons plus, peut-être, comme les générations d'avant, comme certains hospitaliers, c'est comme ça et vous n'avez rien à dire.» , « On n'a pas osé Docteur de lui dire quelque chose au chirurgien, on va vous demander à vous ». Donc cette participation est à mon avis un gage aussi qu'ils vont le prendre : « Oui, je suis d'accord avec vous, on se donne tel programme, on remesure, vous prenez votre tension à la maison. » et on donne un programme à la maison pour ne pas qu'ils fassent n'importe quoi et on rediscute ensemble. Je leur fais prendre des notes, je leur dis : « Vous voulez marquer ? etc... », « Vous revenez avec votre petite feuille et on discute ! », probablement ça c'est un bon moyen, parce que de toutes façons, ce qui est clair c'est qu'en terme de réalité de prise en charge, que ça soit avec les consensus qu'on a sur la prise, les objectifs tensionnels, y'a un grand vide pour savoir comment on manage tout ça, je veux dire, ça, c'est clair et que on souhaite..., mais quand on regarde les études sur... liées à la tension – avoir en dessous de 14, de 9 – et quelle est la proportion des gens qui ne le seraient pas et qui ont un accident, on se rend compte quand même que c'est effectivement, y'a un intérêt à la soigner mais que c'est pas du simple au double. Et donc, on peut se dire quand même, non pas, soyons modéré mais, acceptons qu'on puisse négocier le traitement, ce qu'on n'avait pas l'habitude de faire, la négociation du traitement. Y'a des choses qu'on*

ne doit pas négocier parce qu'on a assez d'arguments pour être – relativement - je pense, en ce qui concerne les anticoagulants, on ne peut pas beaucoup négocier sur : « Je le prends, je ne le prends pas. », mais on peut bien négocier pour la prise en charge et puis il y en a d'autres effectivement, l'angine qui est vraiment microbienne, on sait qu'aujourd'hui il y en a quand même trois sur quatre qui guérissent toutes seules, bon... Donc, l'antibiotique sur cinq jours, on a bien insisté : « Prenez le jusqu'au bout ! » mais bon, c'est quand même pas trop grave... une négociation... et je pense que j'en reviens à ce que je disais tout à l'heure, ça permet quand même à chaque fois de dire : « Mais quelles sont nos connaissances suffisantes pour que ce qu'il me dit ne soit pas aussi pertinent que ce que moi je dis ? ».

Moi : - *En tous cas, c'est à prendre en compte.*

Docteur n°11 : - *Tout à fait ! Et je pense que de toutes façons, maintenant si on regarde la démarche de type EBM, les preuves et tout ce qu'on veut, la partie qui intéresse c'est l'avis et l'intérêt du patient, mais l'avis du patient. Supprimer l'avis du patient de toute la démarche, supprime un des éléments qui font partie de la base de prise en charge. Il est clair que contre l'avis du patient, ça ne marche jamais et on va avoir des résultats qui ne nous plaisent pas et le patient n'aura pas ce qu'il veut non plus. Donc c'est sûr que la démarche sur la cohérence de notre traitement, mais l'avis du patient, voilà, faut qu'on l'ait ! Faut qu'on l'ait !*

Moi : - *Côté addictions, juste, tabac quand même, un patient qui fume depuis trente-cinq ans et qui vient dans le cadre d'une consultation normale, vous abordez ça comment ?*

Docteur n°11 : - *Alors, je sais qu'on l'aborde souvent, c'est à dire : « Au fait, où vous en êtes ? » la démarche de l'intervention courte, de relancer, souvent les gens, on en a déjà parlé, s'ils n'ont pas arrêté, c'est qu'on n'a pas décroché chez eux l'envie etc... mais l'intervention courte – puisque c'est marqué dans le dossier, fumeur ou autre – relance, moi je relance : « Au fait, pour le tabac, où vous en êtes ? » ou à l'occasion – dans l'occasion, la toux, etc – on dit : « Où vous en êtes ? ». Bon, je ne peux pas dire, on en reparle assez souvent et pareil l'avis du patient est important, si on voit vraiment que le simple fait d'en parler les fait grimper au plafond, on ne va pas plus loin, on n'est jamais arrivé contre quelqu'un. Par contre, il est vrai que ça a été démontré que la relance simple, le petit "tup, un petit truc" a probablement un intérêt. Donc je relance, je relance, mais j'ai abandonné le prosélytisme etc... Parce que convaincre quelqu'un – on sent bien tout de suite – alors qu'il nous écoute et qu'il est là, qu'il sait qu'on a raison mais qu'il n'est pas prêt, je pense que c'est plus, c'est plus négatif que positif. On n'a jamais convaincu quelqu'un d'arrêter s'il n'y a pas une démarche claire de sa part, d'écoute. En relançant de temps en temps, on va dire, on y arrivera probablement un jour mais voilà quoi.*

Moi : - *Bon, ma dernière question, qu'est-ce que vous pensez de l'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique, la décision médicale partagée ou justement l'intervention brève ? Ce sont des choses que vous utilisez ?*

Docteur n°11 : - *Moi, j'utilise ça, je dirais, je n'ai pas de recul sur l'efficacité, j'ai lu, j'ai appris, dans nos réunions etc... que c'était efficace, d'accord. Je dirais, je ne palpe pas ce résultat, ce que je sais, c'est ce que je faisais autre, quand ça forçait, ça c'était presque toujours négatif, donc je dirais, on l'utilisait probablement moins consciemment d'accord,*

le fait d'avoir eu un jour une réunion de formation quelconque ça permet de dire : « Tiens, je vais pousser un peu plus, ok ». Tout concourt à nous dire que c'est efficace, au moins aussi efficace que certaines autres méthodes donc pourquoi pas ? Ce que j'en retire, je dirais, je n'en sais rien, j'en sais rien dans le sens, est-ce que tu as convaincu plus d'alcooliques et de fumeurs, puisque c'est les deux grosses addictions, ici on a peu de... les gens qui viennent parce qu'ils ont des problèmes de cannabis ou autre sont des gens très, très précis ; ils viennent déjà parce qu'il y a un souci ; les autres, ils n'ont pas de souci. Je sais, lancer des petits mots sur l'alcool permet de déboucher sur des prises de conscience et on peut en parler. Le tabac c'est plus facile parce que c'est rentré, on en parle plutôt assez souvent. Quel est mon résultat par rapport à ça ? Et ben, je dirais, j'en sais rien, voilà, je le fais, voilà, en tous cas je le fais ! »

XII. Douzième entretien :

Le 06/11/2013, une femme en milieu rural :

Moi : *« - Je vais juste commencer par quelques formalités administratives pour le début si vous le voulez bien. Depuis combien de temps vous exercez ?*

Docteur n°12 : *- Ça dépend, vous parlez d'installation ?*

Moi : *- Oui.*

Docteur n°12 : *- Installée ici, je suis depuis huit ans.*

Moi : *- Et vous exercez depuis ?*

Docteur n°12 : *- Ça fait vingt ans maintenant, vingt ans que j'exerce.*

Moi : *- Quel âge vous avez ?*

Docteur n°12 : *- J'ai cinquante-et-un ans.*

Moi : *- Tout est confidentiel, je ne divulgue pas !*

Docteur n°12 : *- Ça ne me dérange pas !*

Moi : *- De quelle fac vous êtes originaire ?*

Docteur n°12 : *- Nancy.*

Moi : *- Nancy, d'accord. Est-ce que vous avez été ou êtes maître de stage à la faculté ?*

Docteur n°12 : *- Non. Non, parce qu'il faut déjà autant d'années d'installation avant de le devenir.*

Moi : *- D'accord. Qu'est-ce que vous faites comme formation médicale continue ?*

Docteur n°12 : *- Alors, moi j'ai fait le DU de la petite enfance.*

Moi : *- D'accord.*

Docteur n°12 : *- Et puis, là je fais, mais en parallèle, c'est de la médecine parallèle que je fais, là je suis en médecine chinoise pour tout ce qui est acupuncture, massage et phytothérapie.*

Moi : *- D'accord. Vous faites ça où ?*

Docteur n°12 : *- Ming Men à Nancy.*

Moi : *- D'accord, je n'en avais jamais entendu parler.*

Docteur n°12 : - *Vous saurez qu'il y a un institut Ming Men et vous vous inscrivez et les cours se font à Villers-les-Nancy.*

Moi : - *D'accord, très bien. Autrement des lectures de revues ? Des séminaires ? Ou autre ?*

Docteur n°12 : - *Séminaires oui, y'a toujours, y'a tous les congrès de médecine générale où je vais. Des formations oui, formations pas tellement, comme ici à Boulay au sein du groupe là. C'est plutôt des formations au niveau hospitalier, comme les formations qui se font, enfin avant c'était Sainte Blandine maintenant c'est Schumann et puis pareil, il y a des formations, beaucoup de cardio mais qui se fait au niveau de l'hôpital de Mercy, voilà, donc ces formations-là, oui ! Revues médicales oui, revues de médecine générale.*

Moi : - *Très bien et puis la question sur les diplômes complémentaires, mais vous m'avez répondu avec le DU de petite enfance. Vous exercez seule ? Vous ne faites pas partie d'un cabinet de groupe ?*

Docteur n°12 : - *Ben non, pas pour le moment non.*

Moi : - *Combien d'actes en moyenne vous réalisez dans une journée classique ?*

Docteur n°12 : - *Dans une journée classique, sans épidémie, une journée tranquille, trente.*

Moi : - *D'accord. Vous ne faites que de la consultation sur rendez-vous, pas de consultation libre ?*

Docteur n°12 : - *Non, consultations sur rendez-vous, les urgences, on les glisse entre.*

Moi : - *Et la durée moyenne d'une consultation ?*

Docteur n°12 : - *En moyenne vingt minutes, je dirais même vingt-cinq minutes.*

Moi : - *Ce sont des consultations longues.*

Docteur n°12 : - *C'est long, elles sont longues parce que les gens ont beaucoup à dire, je ne suis jamais interrompue par le téléphone puisque je me débrouille pour que ça soit les secrétaires qui prennent l'ensemble des messages. Bon si elles ont un truc urgent, elles frappent, elles demandent et puis elles s'en vont. Puisque ça déstabilise pas mal les patients.*

Moi : - *Oui. Ça n'est pas évident de suivre sa consultation quand on est dérangé par le téléphone.*

Docteur n°12 : - *Oui, moi j'ai horreur de ça donc voilà.*

Moi : - *Donc, on va pouvoir rentrer dans le vif du sujet, la question que je pose c'est quels sont les comportements ou habitudes de vos patients qui posent problème pour leur santé ?*

Docteur n°12 : - *Alors, ça dépend. Tout dépend du domaine de santé dont vous parlez. Si ce sont des pathologies, je vais dire, telles que diabète, cardiaques, etc... ils essayent quand même de respecter au maximum les conseils que je donne, je suis quelqu'un qui peste*

facilement, donc c'est vrai qu'ils essayent de respecter au maximum les conseils que je donne, bon ils savent que je me fais toujours beaucoup de tracas pour eux. Je veux dire, il y a une superbe relation entre eux et moi, donc c'est surtout là-dessus que je m'appuie pour faire qu'ils fassent ce que je leur demande et c'est sûr que j'ai des patients par contre qui n'en n'ont rien à faire. J'ai quelques patients comme ça, comme un diabétique que je suis, bon il n'en n'a rien à faire, il a une insuffisance rénale qui est déjà due à son diabète et qui, quand on lui en parle : « De toutes façons c'est pas vrai, j'ai pas mal à mon rein, le rein je ne le sens pas ! ». Il a du mal à comprendre en fait les choses, on a beau expliquer et ça pose problème.

Moi : - *Vous faites quoi justement pour essayer de...*

Docteur n°12 : - *Il y a beaucoup de discussion, beaucoup de discussion, lui je ne sais pas si j'y arriverai, je l'ai déjà fait hospitaliser pour que Dr X essaye de bien lui apprendre les choses en diabéto – Sainte Blandine toujours – et je veux dire, on a beau essayer tous les deux d'y mettre du nôtre, je veux dire, je ne pense pas qu'il réalise les choses, je pense que c'est quelqu'un qui est bon vivant, qui a déjà fait une attaque cérébrale, qui s'en est très bien sorti avec très peu de séquelles, juste avec un petit déficit au niveau de son pied. Mais autrement je veux dire, il n'a strictement rien et de ce fait comme il n'y a pas de douleur, comme le diabète est quelque chose d'insidieux, il a du mal à comprendre, à réaliser. Pour les autres par contre, moi, je leur explique bien les choses, je leur fais bien comprendre ce que peut donner telle ou telle pathologie, je veux dire, les choses sont aussi corroborées à chaque fois par le cardio qui leur redit la même chose que moi, je veux dire, ensemble on a toujours le même discours et à partir de ce moment-là, ça se passe bien. Je veux dire, il y a une façon de présenter les choses, de sensibiliser les choses et puis de, je veux dire, dans l'entourage, ils ont souvent des personnes qui ont eu des pathologies similaires ou à peu près similaires aux leurs et à qui il est arrivé quelque chose. Donc souvent, c'est assez fréquent, quand quelqu'un décède à cause de tel ou tel motif, on voit souvent l'entourage, les amis, etc... venir que ça soit nos patients ou pas, ils vont voir leur médecin et ils demandent un bilan parce que tout d'un coup, ils ont peur. Ou alors ils ont des symptômes similaires et ils se demandent si ça n'est pas ça et tout ça, ça les encourage en fait à suivre. Et puis après, il y a aussi le pourquoi de toutes ces choses, essayer de comprendre pourquoi on ne fait pas attention à soi, pourquoi on se laisse aller, on rentre plus dans le domaine des addictions où en fait des patients qui se retrouvent par exemple à boire, à fumer ou à utiliser des drogues, essayer de comprendre, essayer de les remettre en selle. Il y a énormément de discussion. Ensuite en fonction de ce qui est légal ou pas légal, c'est vrai que bon, autant le tabac, on essaye mais tout en douceur, autant avec des addictions à l'héroïne ou autre, quand on met des traitements en place je suis assez stricte, c'est à dire qu'à partir du moment où ils ne m'écoutent pas, ils sortent du cabinet, je ne les veux plus. C'est très dur, je l'ai fait avec une personne, je veux dire, ce qui est assez amusant c'est que dans ce domaine-là, ils se connaissent tous plus ou moins sur le secteur, donc à partir du moment où ils savent que moi je n'hésite pas à leur dire : « Ecoutez, il y a plein d'autres médecins, allez voir quelqu'un d'autre ! », donc à ce moment-là, ils y vont. Il y a aussi à respecter, ce sont souvent des gens au niveau social qui n'ont pas les moyens, donc leur faire le tiers payant ou les pousser à demander un dossier CMU, etc... les obliger un peu à faire les démarches, leur montrer qu'ils ne sont pas tout seuls, ça je veux dire, ça les encourage. Et puis sentir que quelqu'un s'inquiète pour eux, bien souvent pour eux c'est énorme parce que bien souvent ils sont... ils ont décroché. Je sais que j'avais une petite jeune fille, bon, sa maman habite au village et cette petite jeune fille en fait, avait quitté le*

domicile, avait carrément rompu les liens avec sa maman et on l'avait retrouvée un jour inerte dans un bâtiment à Metz, elle avait fait une overdose, ramenée à l'hôpital, prise en charge, ils ont trouvé le numéro de sa maman dans ses affaires, ils l'ont appelée, contactée et la maman est arrivée en pleurs ici en me demandant si je voulais bien m'occuper d'elle quand elle sortirait de l'hôpital. Et je veux dire le langage que je tiens avec ces personnes, quand cette jeune fille est venue, elle m'a dit : « C'est ce que vous m'avez dit qui m'a aidée en fait à tenir. ». Parce que c'est comme un défi à chaque fois, leur signifier que de toutes façons, ok, je veux bien m'en occuper etc... prescrire leur médication mais leur faire comprendre que j'ai tendance à ne pas leur faire confiance, j'ai l'impression que de toutes façons, ils se laisseront aller etc... et je pense que beaucoup relèvent ça comme un défi, et je veux dire, elle s'est accrochée, elle s'est battue : « J'ai voulu montrer que oui, je pouvais m'en sortir, etc... » et elle a diminué, elle était sous SUBUTEX ® à la sortie de Bon Secours et petit à petit, elle est restée un moment sous SUBUTEX ®, petit à petit, on a diminué les doses, elle était encore sous SUBU quand elle a commencé à suivre des cours en fac, elle faisait ça par correspondance et elle se rendait sur les lieux pour faire ses examens et elle a complètement décroché, y'a plus de SUBUTEX ®, il n'y a plus rien. Elle est bien, elle est maman d'une petite fille, elle a une vie de couple, elle est maintenant bien. Donc je veux dire, quand on a ce genre de réussite, on est super content et puis ça motive pour le reste, ça vous aide à tenir parce qu'il ne faut pas croire, nous aussi, être obligés... comme un jeune homme qui malgré le fait que j'ai bien spécifié que les traitements c'était ici qu'il fallait venir les chercher, que j'ai bien spécifié à chaque fois le nom, l'adresse des pharmacies auxquelles il avait le droit d'aller, donc toujours la même et il a commencé à papillonner, je lui ai dit non, j'ai dit : « On prend ses affaires et on s'en va ! ». Autant son frère je l'ai gardé, autant lui il est parti donc bon maintenant, je ne sais pas ce qu'il devient mais bon de temps en temps j'ai des nouvelles de par son frère que je suis pour le même problème et puis là, son frère, lui, se tient à carreaux.

Moi : - *Ça fait partie de la relation de confiance qu'il y a entre vous et le patient.*

Docteur n°12 : - *C'est une relation, je veux dire, il faut, moi je pense que dans ce type de patho, il ne faut pas montrer aux patients qu'on est comme des parents, on menace mais on ne fait pas. Je pense qu'à partir du moment où on met des choses en place, il faut les tenir et je dis, le bouche à oreille se fait très vite, surtout dans ce milieu-là. Et à partir du moment où ils se rendent compte que c'est quelqu'un qui ne va pas simplement : « Hop, tu viens, hop, j'inscris, tu pars et puis j'encaisse. », à partir de ce moment-là, se rendre compte que quelqu'un se fait du souci, que quelqu'un les encourage, que l'on ne fait pas juste la question SUBUTEX ®, on les examine à chaque fois, on prend la tension, on leur dit : « Attends, là ça ne va pas ou... », à chaque fois au niveau dentaire, vérifier leurs caries, les pousser à demander la CMU pour qu'ils se fassent soigner, je pense que c'est important. C'est aller au-delà de la relation.*

Moi : - *Et pour les encourager vous utilisez quoi ?*

Docteur n°12 : - *C'est le discours que je tiens, c'est leur demander au niveau du travail s'ils ont fait des recherches, comment ils vont, s'ils ont repris contact avec leurs parents, etc... C'est les écouter quand ils ont des problèmes, leur demander si avec la dose qu'ils ont ils tiennent, si l'on peut voir pour diminuer, s'ils se sentent mieux, etc... C'est sûr qu'il y a des personnes, ça va mettre énormément de temps. Il faut vraiment tout le temps être derrière, booster et puis recevoir les parents, parce que certains ont rejoint la cellule familiale donc*

voir aussi avec les parents, les obliger à leur donner du... J'en ai un là, si j'avais laissé les parents faire il aurait tout le temps été dans sa chambre à ne pas bouger, à sortir que de temps en temps promener son chien et rien d'autre, j'ai dit aux parents : « Il fait partie de la cellule familiale, il faut lui donner des responsabilités ! ». Ils ont déjà un certain âge, ils ont des douleurs aussi qui apparaissent au niveau ostéo-musculaire et je leur ai dit : « Maintenant il faut lui dire de faire etc... ». Et je veux dire, rentrer de nouveau dans la cellule familiale, se responsabiliser etc... ça fait quelque chose.

Moi : - *En quelque sorte, les réintégrer.*

Docteur n°12 : - *Les réintégrer oui. De toutes façons c'est une obligation et les réintégrer au niveau social aussi. Donc à chaque fois, être derrière eux, les booster, leur demander à chaque fois, c'est pas seulement quand ils viennent une fois, y penser une fois de temps en temps, c'est à chaque fois qu'ils viennent, bon ben : « Vous en êtes où ? Est-ce que vous avez réussi à trouver quelque chose ? Qu'est-ce que vous avez fait comme démarche ? ».*

Moi : - *Et, un de ces patients vient vous voir et vous dit qu'il a retouché à la drogue, à ce moment-là qu'est-ce que vous faites ?*

Docteur n°12 : - *Alors déjà, s'il me l'avoue, c'est déjà un bon point. Parce qu'il y en a beaucoup, comme c'est arrivé à une petite jeune fille – ça je vous raconterai après – le fait déjà de me le dire, y'a certainement eu un coup dur etc... donc souvent, je veux savoir pourquoi, pourquoi ils ont repris, parce que je veux dire, quelques fois, on a peut-être fait un sevrage un peu trop vite, donc ça ne suffisait pas, ils ont quand même essayé de ne pas aller papillonner ailleurs et puis finalement ils ont été, ou alors ils ont de nouveau été tentés etc... donc on essaye de rediscuter de tout ça et à ce moment-là, je les renvoie souvent dans le centre, dans un centre notamment sur Metz avec Mme le Dr Y, je veux dire, il y a des patients qu'on suit toutes les deux et quand il y a des coups durs comme ça elle essaye de reprendre les patients, quand on voit qu'ils retouchent, elle revoit avec eux. Bon, il y a une infirmière quand même qui suit, qui pareil, qui est beaucoup plus proche d'eux, de leur histoire parce que je pense qu'elle prend le temps de discuter avec eux, de les comprendre, de les rassurer, et ça, c'est énorme, pour eux et à partir de ce moment-là où en fait, on essaye de recadrer le traitement parce que si le traitement n'était pas suffisant, ça peut arriver, voire s'il y a eu un coup dur, voire ce que l'on peut mettre comme anxiolytique avec, parce que y'a aussi des choses, moi j'ai pas non plus envie d'en faire des zombies, il faut qu'ils réagissent, qu'ils soient présents dans leur vie, tout ça, ça joue. Et puis, nous on avait eu le cas avec une petite jeune fille qui était venue me voir, donc elle et son compagnon, ils voulaient arrêter l'héroïne donc tous les deux sous SUBUTEX ®. Et puis lui, venait régulièrement, elle venait bon ok, régulière au départ et puis après elle avait soi-disant trouvé du travail, donc elle me demandait si je ne pouvais pas faire son ordonnance parce que là, elle ne pouvait pas venir, etc... et puis une fois où elle était venue elle-même pour son ordonnance, elle était venue la fois-là pour sa pilule et je lui avais demandée : « Mais au niveau SUBUTEX ® tout ça, là ça fait quelques temps que vous n'en prenez plus, vous en êtes où ? Vous allez voir un autre médecin pour le problème ? » et elle m'avait dit : « Non, non je vais très bien, je n'ai plus besoin de SUBUTEX ® » et je veux dire, on n'avait pas fait de sevrage, on était en train de faire le sevrage mais il restait encore...*

Moi : - *De bonnes doses, quoi...*

Docteur n°12 : - *Voilà. Alors j'étais un peu surprise et je lui dis : « Mais vous avez arrêté comme ça ? » elle me dit : « Oui, oui, tout est bon », ok et pendant un bon laps de temps, je n'ai plus vu cette jeune fille et un jour, sa maman a téléphoné et sa maman m'a demandé de reprendre sa fille en charge, voir si je voulais bien la reprendre en charge et là j'ai dit : « Non ! », j'ai dit : « Je l'ai vue, elle m'a dit qu'elle allait très bien, qu'elle n'avait plus rien repris, que tout allait bien etc... » et en fait non, en discutant avec la maman j'avais appris que quand elle me disait ça, en fait, elle avait repris. Donc là, j'ai dit non, c'est pas possible d'avoir une relation, d'essayer de refaire confiance à quelqu'un quand une fois il y a eu ce dérapage, alors je lui ai demandé qu'elle s'adresse à un autre médecin et de reprendre contact avec le centre, pour qu'elle soit reprise en charge. Il y a des fois, où il faut que les gens, enfin que les personnes sachent que ben oui, on veut bien tenter la chance, oui, s'ils ont le courage de me dire : « Ben zut, j'étais pas bien, j'ai repris, il a fallu que je vois pour augmenter ma dose. ». Les voir arriver en me disant : « J'étais pas bien, j'ai pris un peu plus etc... Est-ce qu'on peut pas essayer de voir pour mettre un chevauchement ou quelque chose comme ça ? », tout ça ok, mais j'aime bien qu'on soit franc, parce qu'il n'y a rien de pire que d'avoir à faire à des gens qui en fait se rendent compte que de toutes façons vous gobez tout ce qu'ils vous disent, que vous ne cherchez pas à savoir, à comprendre, etc... On a l'impression quand je les entends me raconter un peu les différents endroits où ils vont, on a quelques fois l'impression que les médecins viennent, ils ne les intéressent pas, c'est juste histoire de faire une ordonnance, et : « Partez, basta , dérangez pas mon cabinet plus que ça».*

Moi : - *Surtout sur les addictions, effectivement.*

Docteur n°12 : - *C'est très dur, je veux dire, il faut soutenir, il faut booster, ces consultations-là, c'est sûr qu'elles dépassent parfois un peu le temps, bon surtout quand il y a des problèmes d'alcoologie, aussi certains qui ont des problèmes d'addiction à l'héroïne ou à d'autres drogues, mais qui ont un besoin de parler, un besoin de se sentir valorisés, ces personnes-là, ça dure beaucoup plus longtemps, c'est comme tous les problèmes psychologiques etc... bien souvent je leur dis de plutôt prendre des rendez-vous en fin de consultation parce que là j'ai énormément de temps. Terminer à 21h, ou 22h je m'en fiche donc c'est surtout ça. Moi je dis, c'est un investissement à chaque fois, à partir du moment où nous, on donne du nôtre, on essaye de faire au mieux, je demande à ce qu'ils fassent la même chose, qu'ils me montrent qu'ils sont capables de faire la même chose et c'est vrai que beaucoup, là j'en ai un autre, je pensais que ça allait être une catastrophe mais non, non parce que là il s'est même trouvé une voie, et je pense qu'à partir du moment où il obtiendra un poste dans ce travail-là, je pense qu'il va être sur la bonne route et que petit à petit on pourra commencer à diminuer les doses. Parce que diminuer les doses, ils ont aussi besoin d'être bien, d'être rassurés, de ne pas avoir de tracas, etc... Et ça c'est pareil, énormément de travail.*

Moi : - *Et par rapport à l'observance médicamenteuse, quand vous vous rendez compte qu'un patient ne prend pas ses médicaments ?*

Docteur n°12 : - *Ouh ben là, je rouspète ! Je suis quelqu'un qui est très calme, je suis quelqu'un qui sourit beaucoup, qui encourage, qui plaisante etc... et c'est vrai que les patients préfèrent cette version-là de moi plutôt que le contraire, mais ils savent aussi que je suis capable de taper du poing sur la table et je pense qu'à partir de ce moment-là, rouspéter, le remettre en plan devant tout ce qui peut se passer etc... jouer sur les relations*

qu'ils ont avec leurs enfants, en leur expliquant que les enfants n'ont pas besoin encore d'avoir de soucis supplémentaires, je veux dire, quand on a des patients qui ne prennent pas leur traitement pour la tension parce qu'ils commencent à en avoir ras-le-bol, parce qu'ils espéraient que ça ne serait pas toute leur vie et malheureusement c'est toute leur vie.

Moi : - *Et parce qu'ils n'en sentent pas les effets.*

Docteur n°12 : - *Oui, il y a toutes ces choses-là, alors à un moment donné, on leur dit : « Mais attendez, c'est pas le tout de ne pas le prendre, s'il vous arrive quelque chose, vous allez détruire toute la cellule familiale ! », parce qu'en fait, ils peuvent se retrouver hémiplégiques, beaucoup pensent qu'on va mourir et puis basta, mais non, comme je leur dis, on les récupère, après y'a l'hémiplégie, c'est toute la cellule familiale, il va falloir aider, il va falloir trouver le temps, il va falloir délaisser d'autres occupations qu'on avait, délaisser ses enfants pour pouvoir entourer cette personne qui devient nécessitante en fait. Et puis c'est beaucoup, beaucoup de souffrance. C'est ce que je dis à chaque fois : « Quand quelqu'un a un cancer, tout le monde est à larmoyer, quand quelqu'un se retrouve avec une tension et qu'il ne se soigne pas, personne ne larmoie, est-ce qu'il faut attendre qu'on se retrouve dans une chaise roulante pour que les larmes commencent à couler ?» Je dis que c'est un peu dommage. Jouer là-dessus, les gens sont sensibles à ce genre d'arguments.*

Moi : - *Et quand un patient vous dit : « Il faut bien mourir de quelque chose, après tout, je m'en moque » ?*

Docteur n°12 : - *Mon père ! Mon père qui se promenait avec 25/11 de tension, il avait déjà été hospitalisé à Legouest pour un problème, ils avaient déjà trouvé de l'hypertension, ils lui avaient mis la MAPA toute la journée. Il avait de la tension, ils lui avaient prescrit des médicaments, la boîte est longtemps restée sur la table. Il n'y a jamais touchée et puis dans un deuxième temps, bien des années plus tard, il se casse un bras, il doit se faire opérer. Sur Metz ils ne se sentaient pas aptes à faire l'opération. Il monte sur Nancy, Nancy, l'anesthésiste voit l'électro, ça ne lui plaît pas, la tension ça ne lui plaît pas, pareil MAPA toute la journée. Il demande un avis au cardio, le cardio le regarde – en plus c'était quelqu'un que je connaissais très bien – et le cardio lui dit : « Ecoutez, si vous ne vous faites pas opérer aujourd'hui et bien ça sera à cause de moi parce que je vous dis non et vous allez d'abord faire un bilan cardio » et pareil il fait tout son bilan cardio, le cardio lui explique et puis il lui sort : « Il faut bien mourir de quelque chose » alors là pareil, il lui argumente bien : « Ça n'est pas simplement mourir de quelque chose, vous ne mourrez pas forcément ! » et il lui fait bien comprendre qu'il peut se retrouver, hémi ou tétra ou autre plégie de quelques sortes que ce soit et il va lui expliquer qu'à ce moment-là, tout le tracas sera pour le reste de la famille.*

Moi : - *Et c'est ça qui l'a fait réagir ?*

Docteur n°12 : - *C'est ça qui a fait que maintenant il prend son traitement. Comme je dis souvent, il vaut mieux laisser prêcher les autres parce que dans sa propre famille, on ne fait pas un bon prêcheur ! C'est très difficile et ce sont des arguments sur lesquels je m'appuie et puis leur faire comprendre, je veux dire, ils ne se rendent pas compte et notamment quand je parle pour les problèmes de tension, de ce que ça peut avoir comme impacts au niveau du cerveau parce qu'aujourd'hui, tout le monde a peur d'être Alzheimer, d'avoir des défauts au niveau de la mémoire, etc... et leur faire comprendre que la tension, à partir du moment*

où les territoires - quand la tension est très élevée - les territoires du cerveau sont mal irrigués, ça prêche plus que de dire : « Attendez, après vous allez avoir un rein qui ne sera plus fonctionnel, ou ceci ou cela, on va rentrer dans un cercle vicieux avec un rein qui n'en peut plus, une tension qui va encore se majorer, etc, etc... » je pense que le fait de montrer, d'utiliser des choses auxquelles les gens tiennent, je pense que ça a largement plus d'impact. Voilà.

Moi : - *Tout à fait. Ma dernière question : que pensez vous de l'entretien motivationnel, l'alliance thérapeutique, l'intervention brève, la décision médicale partagée ou d'autres techniques ?*

Docteur n°12 : - *Qu'est-ce que vous appelez l'alliance thérapeutique ?*

Moi : - *C'est une technique française qui ressemble beaucoup à l'entretien motivationnel, c'est sensiblement la même chose.*

Docteur n°12 : - *Donc l'entretien motivationnel, je pense que c'est ce qu'on fait, les motiver, trouver des points sur lesquels s'appuyer pour les pousser à faire, donc même si on n'appelle pas ça de cette façon-là, je pense qu'on le fait, arriver à les remettre en selle, les encourager, etc... ça aussi ça les motive, les relations qu'on a avec eux, montrer qu'on n'est pas simplement là pour encaisser, parce que bien souvent dans l'esprit des gens c'est ça, les médecins n'en ont rien à faire, ils ne font que... Je pense qu'à partir de ce moment-là, ils se remotivent, se rendre compte que quelqu'un se soucie d'eux, les oblige à faire certaines choses, je pense que tout ça c'est les obliger à se motiver, à se monopoliser. Ça c'est déjà une chose, après vous m'aviez dit quoi encore ?*

Moi : - *L'intervention brève par exemple.*

Docteur n°12 : - ...

Moi : - *Demander pour le tabac : « Où est-ce que vous en êtes ? », des questions ouvertes, des choses que vous faites en fait.*

Docteur n°12 : - *Voilà, on le fait, mais sans pour autant... je pense que ça part d'une logique, à partir du moment où on considère la personne qui vient avec son addiction comme quelqu'un qui a un tracas, considérer que ce tracas c'est équivalent à soigner une hypertension, un rhumatisme ou autre chose, lui demander où est-ce qu'elle en est et si ça a été, si elle a eu besoin de fumer plus ou si elle va tenir le choc, si elle ne décroche pas les rideaux de la maison, si elle est pas furax, si l'entourage tient bon, je pense que tout ça c'est, ça fait partie de ces techniques même si elles sont classées avec des noms, etc...*

Moi : - *Voilà, j'ai tout ce qu'il me faut ! »*

VU

NANCY, le **26 février 2014**
Le Président de Thèse

Professeur M. KLEIN

NANCY, le **28 février 2014**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6466

NANCY, le 07/03/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Par délégation

Monsieur M. DELIGNON

RESUME DE LA THESE

Motiver un patient à changer de comportement n'est pas une chose aisée et fait pourtant partie de la pratique quotidienne du médecin généraliste.
L'objectif principal de ce travail est d'explorer les méthodes utilisées pas les médecins généralistes lorrains pour motiver leurs patients à modifier leurs comportements.
L'objectif secondaire est de relever les modalités et les obstacles à l'utilisation de quatre méthodes choisies au préalable.
Pour répondre à ces objectifs, nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative à l'aide de douze entretiens semi-dirigés de médecins généralistes lorrains libéraux installés.
La pratique des quatre méthodes suivantes est étudiée tour à tour : l'alliance thérapeutique, la décision médicale partagée, l'entretien motivationnel et le repérage précoce et l'intervention brève. Les résultats montrent que ces méthodes sont relativement peu connues d'un point de vue théorique. Cependant les médecins généralistes lorrains utilisent inconsciemment de nombreuses pratiques qui suivent les principes de ces méthodes. D'autres pratiques sont inspirées du modèle paternaliste et suscitent la résistance des patients.
Les médecins généralistes évoquent un manque de temps concernant l'utilisation des méthodes développées mais il ressort qu'il existe également un manque de formation à leur encontre.

TITRE EN ANGLAIS

ASSESSMENT OF THE METHODS USED BY THE GENERAL PRACTITIONERS IN LORRAINE IN ORDER TO MOTIVATE THEIR PATIENTS TO CHANGE THEIR BEHAVIOURS

THESE :

MEDECINE GENERALE – ANNEE 2014

MOTS CLEFS :

Médecine générale ; alliance thérapeutique ; décision médicale partagée ; entretien motivationnel ; repérage précoce et intervention brève

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex