



HAL
open science

Le non-dit dans la consultation de médecine générale. Une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes

Guillaume Gaudin

► **To cite this version:**

Guillaume Gaudin. Le non-dit dans la consultation de médecine générale. Une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01732078

HAL Id: hal-01732078

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732078>

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.



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>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2013

N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Guillaume GAUDIN

Le 20 Septembre 2013

LE NON-DIT DANS LA CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Pierre Kahn

M. le Professeur Philippe Jonveaux

M. le Professeur Ari Chaouat

M. le Professeur Alain Aubrège

M. le Docteur Fabien Mathieu

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Guillaume GAUDIN

Le 20 Septembre 2013

LE NON-DIT DANS LA CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Pierre Kahn

M. le Professeur Philippe Jonveaux

M. le Professeur Ari Chaouat

M. le Professeur Alain Aubrège

M. le Docteur Fabien Mathieu

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Henry COUDANE**

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseurs

- 1^{er} Cycle : **Professeur Bruno CHENUÉL**
- 2^{ème} Cycle : **Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3^{ème} Cycle :
 • « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* » **Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
 • « *DES Spécialité Médecine Générale* » **Professeur Paolo DI PATRIZIO**
- Commission de Prospective Universitaire : **Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Développement Professionnel Continu : **Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**
M. Walter BLONDEL
- Filières professionnalisées : **Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Formation Continue : **Professeur Didier MAINARD**
- Recherche : **Professeur Jacques HUBERT**
- Relations Internationales : **M. Christophe NEMOS**
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants : **Docteur Stéphane ZUILY**
- Vie Étudiante : **Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT**
- Vie Facultaire : **M. Xavier LEMARIE**
- Étudiants :

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - 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 - Patrick BOISSEL Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - 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 - Adrien DUPREZ - 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 - 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-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)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLLOUL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} 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

2^{ème} sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymond SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} 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

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR 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

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

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

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

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

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} 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 Würzburg (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)

A notre président de thèse,

Monsieur le Professeur Kahn

Professeur de Psychiatrie,

*Nous le remercions chaleureusement de son intérêt pour la
médecine générale, ainsi que pour notre sujet.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde
reconnaissance.*

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Jonveaux,

Professeur de Génétique,

*Qui nous a tant instruit en génétique humaine et nous avait
fait l'honneur d'en présider un mémoire.*

*Nous vous remercions de vous être intéressé à notre travail et
d'avoir accepté de le juger.*

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Chaouat,

Professeur de Pneumologie,

Qui nous a marqué par ses enseignements à la faculté et dans son service.

Nous vous remercions beaucoup de vous être intéressé à notre travail et d'avoir accepté de le juger.

A notre juge et directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Aubrège,

Professeur honoraire de Médecine Générale,

Il a su nous encourager dans ce projet dès son origine. Ses conseils nous ont permis de faire naître et de mener à bien ce travail. Son apport théorique nous a été cher.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre sincère gratitude pour sa bienveillance.

Aux membres du jury

Monsieur le Docteur Mathieu,

Médecin généraliste et homme de terrain,

*Qui nous a fait l'honneur de nous soutenir et de nous guider
dans les derniers pas de notre formation, ainsi que dans les
premiers pas de notre installation.*

*Qu'il soit convaincu de notre grande reconnaissance et de
notre sincère admiration.*

Je dédie ce travail

Au docteur Michael Balint,

Ses apports fondamentaux dans la compréhension de la relation entre les médecins et leurs patients ont été une source d'inspiration. Encore aujourd'hui, son travail lucide a gardé toute sa validité, malgré les évolutions techniques de la Médecine.

A mes parents. Avec une gratitude infinie.

SERMENT

« *Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »*

Table des Matières

I.	AVANT PROPOS	19
II.	INTRODUCTION	21
	A. Approche du sujet	21
	B. Littérature	22
	1. Littérature en rapport étroit avec le non-dit	22
	2. Littérature sur la communication avec les patients	24
	3. Littérature médicale psychologique	24
	C. Objectifs	26
	D. Définition du non-dit	27
	E. Cadre légal	27
III.	MATERIEL ET METHODE	29
	A. Type d'étude	29
	1. Etude quantitative <i>versus</i> qualitative	29
	2. Choix du type d'étude	29
	B. Méthode	32
	1. Constitution des échantillons	33
	2. Taille de l'échantillon	34
	3. Guide d'entretien	34
	4. Entretien test	36
	5. Déroulement des entretiens	37
	6. Plan d'analyse des entretiens	37
	C. Matériel	38
IV.	RESULTATS	40
	A. Recrutement des médecins	40
	B. Déroulement des entretiens	42
	C. Analyse des entretiens	43
	1. Thèmes source de non-dit	44
	2. Définition du non-dit	50
	3. Manifestations du non-dit	52
	4. Importance du non-dit	54
	5. Quand aborder	60
	6. Manière de l'aborder	66
	7. Rôle du profil du médecin	77
	8. Contraintes	82
	9. Non-dit du médecin	87
	10. Progression dans le temps	92
V.	DISCUSSION	96
	A. Limites de notre étude	96
	1. Biais liés au type d'étude	96
	2. Biais lié aux réponses et à leur interprétation	97
	3. Biais relatifs à l'échantillon	98
	4. Force de notre étude	99
	B. Synthèse des résultats	99
	C. Comparaison à la littérature	101
	D. Perspectives	103
	1. Quel bienfait comme objectif	103
	2. Régression du non-dit chez le patient bien connu	104
	3. Etude complémentaire portant sur des patients	104
	4. Non-dit involontaire du médecin	105

VI.	CONCLUSION	106
VII.	BIBLIOGRAPHIE	108
VIII.	ANNEXES	111
	Annexe 1. Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique).....	111
	Annexe 2. Guide d'entretien initial	112
	Annexe 3. Guide d'entretien final	115
	Annexe 4. Transcription intégrale des entretiens	117
	Dr A.....	117
	Dr B.....	123
	Dr C.....	129
	Dr D.....	134
	Dr E.....	139
	Dr F.....	143
	Dr G.....	149
	Dr H.....	154
	Dr I.....	162
	Dr J.....	169
	Dr K.....	175
	Dr L.....	182
	Dr M.....	190
	Dr N.....	198
	Dr O.....	203
	Dr P.....	211
	Annexe 5. Dictionnaire des codes	219

I. Avant propos

Le cursus médical nous a donné une image de l'exercice médical qui a beaucoup évolué au fil des années. L'organisation de l'enseignement est telle que les premières années sont dédiées à un apprentissage très théorique. Au cours du premier cycle, l'étudiant apprend l'anatomie, la biochimie, la physiologie, puis au cours du second cycle la physiopathologie, la sémiologie et la thérapeutique.

Ainsi ces six premières années nous ont dévoilé la part la plus formelle de la médecine. On y a appris, dans l'état actuel des connaissances, comment le corps fonctionne, comment ce fonctionnement peut être perturbé, quels sont les signes de ces dysfonctionnements, et comment tenter de remédier à ces dysfonctionnements par la thérapeutique. Cet enseignement a quelque chose de très mécanique et de très rationnel. On remarquera que trois de ces six premières années se sont déroulées quasiment sans aucun contact avec le milieu hospitalier ni avec les patients.

Dès le début du troisième cycle, nous avons été confrontés à une toute autre réalité médicale. La prise de fonction à temps plein à l'hôpital, la prise de responsabilités et le contact privilégié avec les patients nous ont présenté une facette différente. Malgré nos efforts pour pratiquer une médecine factuelle, rigoureuse, nous avons connu une multitude de patients présentant des pathologies atypiques, aux évolutions irrationnelles, mécontents des thérapeutiques conventionnelles, mais très satisfaits par les thérapeutiques parallèles, médecines douces, homéopathie, etc.

Encore plus troublants sont les incertitudes, les non-diagnostics. Nombreux sont les patients pour lesquels toute la démarche scientifique médicale peine à porter un diagnostic, à expliquer ou à traiter leurs doléances. Ces patients se trouvent dans une sorte d'impasse thérapeutique qui soulève la question de ce qui se passe en dehors de mécanismes physiologiques et physiopathologiques. Se pose aussi bien souvent la question de savoir si tous les éléments ont bien été mis à jour dans les échanges entre les patients et les médecins.

C'est la raison pour laquelle nous avons délaissé les livres de clinique et de sémiologie pour nous tourner vers une littérature plus psychologique et psychanalytique. L'ouvrage de Michael Balint, *Le médecin, son malade et la maladie* a concrétisé pour nous cette idée que derrière les mots, derrière les attitudes, se produisent des mécanismes fugaces qui ont une influence directe sur le patient. ^[1] Sur cette base, nous avons décidé de réaliser une thèse portant ce qui n'est pas dit dans les échanges entre les patients et les médecins.

II. Introduction

A. Approche du sujet

Il est complexe de réaliser un travail scientifique sur un sujet aussi impalpable que les échanges entre le patient et le médecin. C'est d'autant plus complexe si l'on s'intéresse aux échanges non-verbalisés entre le patient et le médecin. Plusieurs abords, plusieurs termes pouvaient être évoqués pour mener l'étude.

Un abord purement psychanalytique était impossible pour différentes raisons. En effet, le cadre psychanalytique classique n'est pas rigoureusement établi pendant la consultation de médecine générale. Ainsi les échanges entre le patient et son médecin, et entre le patient et son psychanalyste, ne sont pas simplement transposables. Un travail d'inspiration psychanalytique aurait donc nécessité une description et une interprétation des échanges médecin-patient qui aurait fortement prêté à caution. De plus la psychanalyse nous a paru trop polémique, sa validité trop contestée par une partie du corps médical pour être au centre d'une thèse de médecine générale. Ce travail n'aurait été ni fructueux, ni valide. Nous avons donc renoncé à réaliser un travail traitant d'« inconscient », ou du « transfert » et du « contre-transfert » en médecine générale.

L'abord opposé aurait consisté à faire un travail plus descriptif de la relation entre le patient et le médecin. Un travail d'inspiration sociologique ou anthropologique par exemple, ou bien un travail sur la communication non-verbale. Mais pour être enrichissant sur le plan médical, le travail nécessitait la compréhension des mécanismes en jeu, dans le but d'en tirer un bénéfice clinique. Un simple travail d'observation, sans décryptage, ne constituait pas à notre sens un travail de thèse judicieux.

Cherchant à aborder la question de façon ouverte, mais non superficielle, nous avons opté pour le terme de “non-dit”. Ce terme n’enfermait pas l’étude dans une école de pensée. Il était compatible avec des approches variées, psychanalytiques, descriptives, comportementalistes, sociologiques. Il nous permettait un abord assez général de la question, sans présager de ce qui constitue exactement ce non-dit. Étant un terme assez consensuel, il ne risquait pas de heurter un interlocuteur.

B. Littérature

Nous n’avons retrouvé aucun ouvrage traitant directement de non-dit en consultation. Ceci est vraisemblablement lié au fait que le terme polyvalent de non-dit est rarement celui employé dans les ouvrages traitant de communication médecin-patient. Certains ouvrages traitent cependant de sujets proches.

1. Littérature en rapport étroit avec le non-dit

Nous pouvons citer *Le Non-dit des émotions*, de Claude Olievenstein, qui est un ouvrage général de psychologie et de communication.^[2] Son auteur y traite des sources du non-dit, en particulier l’angoisse. Il détaille aussi la forte présence des non-dits dans les domaines de la sexualité et de la toxicomanie. Un chapitre traite du non-dit en médecine, principalement sous l’angle du non-dit des équipes soignantes envers les patients. C’est le seul ouvrage que nous ayons retrouvé traitant de ce qui n’est pas dit sous le terme de « non-dit ».

La thèse du Dr Pelletier, *Approche du Non-dit du patient envers le médecin en médecine générale*, constitue l'un des apports les plus proches du sujet. ^[3] Il s'agit d'une thèse quantitative portant sur les réponses de 141 médecins concernant leur approche des non-dits des patients. Cette enquête visait à mettre en évidence la fréquence du non-dit, selon des généralistes, ainsi que son importance. Le comportement des médecins était aussi étudié, ainsi que leur manière d'aborder ces non-dits. Les résultats, bien que statistiquement non-significatifs, étaient faveur d'un non-dit relativement important en termes de fréquence, en particulier sous forme d'une différence entre la plainte proposée par le patient et le motif réel de la consultation. L'étude suggérait une plus grande sensibilité au non-dit chez les femmes, chez les jeunes médecins et chez les médecins homéopathes. Par ailleurs, l'impact de la formation psychologique des médecins sur la présence de non-dits était brièvement abordé.

Une étude quantitative concernant les requêtes non-verbalisées en consultation ^[4] a été menée par Robert A. Bell, auprès de 909 patients. Environ 9% des patients de l'étude rapportaient une attente non verbalisée ou plus, au terme de la consultation. L'étude suggérait qu'il y avait davantage de non-dit chez les patients jeunes, ayant un faible niveau d'instruction. Ces patients tendaient à avoir une moins bonne relation de confiance avec leur médecin et jugeaient leur médecin de façon relativement moins positive.

Nous pourrions aussi citer l'intérêt d'autres ouvrages plus généralistes, mais qui traitent de certains aspects du non-dit.

Le livre *La relation médecins-malades : information et mensonge*, de Sylvie Fainzang, constitue un apport très intéressant bien que parcellaire du sujet. ^[5] Cet ouvrage traite des échanges d'information entre le médecin et le patient atteint de maladie grave, principalement des cancers. Il présente les résultats d'une étude menée sur 80 patients pendant quatre ans. L'auteure a assisté aux consultations hospitalières de patients avant de réaliser un entretien avec le médecin, puis avec le patient, afin de préciser ce que chacun disait ou ne disait pas, et percevait du discours de l'autre.

L'intérêt principal de cette étude est son aspect complet : portant sur la communication lors de la consultation, puis sur la perception des deux intervenants. Le « mensonge par omission » y est largement développé. Mais du fait de la population étudiée, les thèmes du diagnostic et du pronostic sont les seuls abordés, ce qui ne permet pas une compréhension du phénomène de non-dit dans son ensemble. Par ailleurs, la population étudiée n'est pas la même : il s'agit de médecins oncologues et de patient gravement malades.

2. Littérature sur la communication avec les patients

De nombreux ouvrages traitent de la façon de communiquer avec les patients. On pourra regretter que ceux-ci s'intéressent beaucoup au mode de communication, mais très peu au contenu. Leur apport est donc souvent limité pour notre travail.

Nous retiendrons *Le médecin face à ses patients – Mieux communiquer avec ses patients pour optimiser son organisation*.^[6] Cet ouvrage traite de la relation médecin-patient en fonction du profil du médecin. Il détaille un certain nombre de techniques d'entretien : questionnement ouvert ou fermé, utilisation de la communication non-verbale, reformulation, utilisation du silence. Rédigé en partie par des consultants en ressources humaines, il vise à aider le médecin à comprendre ses modes de communication afin de les améliorer.

Soigner (aussi) sa communication, de Peter Tate, traite des différentes techniques de communication que le médecin peut mettre en œuvre pour favoriser l'échange avec le patient.^[7] Cet ouvrage insiste sur l'importance de l'écoute du patient et sur les émotions qui peuvent traverser le patient en consultation, mais détaille cependant peu ce que le patient ne dit pas.

3. Littérature médicale psychologique

La littérature dans ce domaine est importante. Nous nous restreignons ici aux apports les plus directement en rapport avec le non-dit.

Au premier plan, nous citerons à nouveau *Le médecin, son malade et la maladie*, qui traite de la psychothérapie des généralistes.^[1] Dans cet ouvrage, Balint estime qu' « *un quart, au moins, peut-être davantage, du travail quotidien de l'omnipraticien, est absorbé par des cas psychologiques.* » Son travail se base sur l'analyse rétrospective de situations de médecine générale par huit à dix généralistes et un ou deux psychiatres. Ces groupes ont pour but de décrypter le fonctionnement de la relation des médecins avec certains de leurs patients. Bien souvent ce travail de groupe met en évidence des éléments non-verbalisés par les patients et par leur médecin. C'est dans cette tradition que se sont formés par la suite les *Groupes Balint*.

Dans une optique proche, *Le médecin, un psy qui s'ignore*, de Louis Velluet, expose comment la psychothérapie doit faire partie intégrante de la consultation du médecin généraliste.^[8] Cet ouvrage s'appuie aussi sur le décryptage de situations vécues pour démontrer l'importance de saisir ce qui parfois se déroule en arrière-plan de la consultation.

Concernant l'importance de la verbalisation, nous pouvons citer *Tout est langage*, de Françoise Dolto, qui ne se réfère pas spécifiquement à la médecine, mais traite des effets néfastes des non-dits envers les enfants. L'auteure y insiste sur l'importance de ce qu'elle appelle le « parler vrai », et le rôle que peuvent avoir les médecins généralistes pour accompagner la verbalisation de certains tabous.^[9]

La thèse *Le camouflage du symptôme en médecine générale*, du Docteur Odelain, très psychanalytique, traite spécifiquement de ces situations où un symptôme d'allure fonctionnelle, ou bien atypique, camoufle en fait une autre demande de la part d'un patient, ou un autre symptôme difficilement avouable.^[10] L'auteur s'appuie sur quelques dizaines de cas soigneusement détaillés, et décryptés. Il préconise enfin un abord global du Symptôme, « *intégrant les apports de la psychologie médicale et de la psychanalyse, associant l'écoute à l'observation, l'examen de la parole à l'examen du corps.* »

C. Objectifs

L'objectif principal de cette thèse était de définir la place du non-dit lors d'une consultation de médecine générale, aux yeux des généralistes. Il s'agissait de déterminer si le non-dit a un rôle propre, si ce rôle est important sur le plan symbolique, sur le soulagement du patient, sur l'alliance thérapeutique.

Les objectifs secondaires étaient d'établir des pistes pour faire un travail d'analyse sur le non-dit, afin d'en dégager un bénéfice clinique. En premier lieu il s'agissait de s'interroger sur l'intérêt de l'analyser. Dans un second temps il fallait s'interroger sur la faisabilité d'une telle analyse. Enfin, si l'on démontrait qu'il y a un non-dit du côté du médecin aussi, de réfléchir à la manière de l'intégrer à la consultation de façon optimale.

Nous résumerons cette problématique à ces questions :

Objectif principal :

- Quelle est l'importance du non-dit dans les différentes situations que l'on rencontre en médecine générale ?
- Quelles sont ses caractéristiques, comment se présente-t-il ?

Objectifs secondaires :

- Dans quelles situations explorer le non-dit présente-t-il un intérêt ? Dans quelles situations doit-on le respecter ?
- De quelle manière aborder un non-dit avec le patient ?
- Comment un médecin peut intégrer son propre non-dit ?

D. Définition du non-dit

Le terme “non-dit” est l’association de la négation et du participe passé du verbe dire. Il s’est répandu et est apparu dans les dictionnaires dans les années 80.

Le Petit Robert définit le terme comme étant « *ce qui n’est pas dit, ce qui reste caché dans le discours de quelqu’un.* »

Le Larousse le définit comme « *ce qui, bien que chargé de sens, n’est pas formulé explicitement dans un énoncé.* »

Partant du principe que le non-dit est constitué de tout ce qui n’est pas dit, le champ couvert par ce mot valise peut devenir énorme. Selon les inspirations, les écoles, les intervenants qui en parlent, etc., ce que le mot comprend peut varier.

Dans cette thèse, et dans un souci de rigueur, il nous semblait nécessaire de définir le non-dit tel qu’il apparaît en médecine générale. Nous avons donc établi cette définition : *“tout ce qui n’est pas formulé explicitement, pour des raisons multiples, conscientes et inconscientes, telles que des tabous, des angoisses primitives, ou à la méconnaissance du fonctionnement du corps.”*

E. Cadre légal

Les non-dits des médecins sont en partie encadrés par le Code de Déontologie Médicale.^[Annexe 1]

L’article 35 précise que le médecin doit au patient une information « *loyale, claire et appropriée* ». Les deux exceptions permises par cet article sont :

- la demande du patient de ne pas être informé (sauf s’il y a un risque de contamination).
- un pronostic fatal. Celui-ci doit cependant être délivré à l’entourage.

Cet article découle de l'article L.1111-2 du code de santé publique. Ce dernier ajoute que l'urgence ou l'impossibilité d'informer dispensent aussi le médecin de cette information - situations qui se rencontrent peu en médecine générale.-

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins accompagne cet article d'un long commentaire sur son site internet. ^[11] En particulier, il est précisé que si un pronostic grave peut être non-dit, « *Il n'est plus question aujourd'hui de taire un diagnostic.* »

Enfin il tient de préciser que l'information du patient est le préalable indispensable à un consentement éclairé, bien que les situations de consentement soit rares en médecine générale.

III. Matériel et méthode

A. Type d'étude

1. Etude quantitative *versus* qualitative

De par la nature complexe du non-dit, une étude quantitative valide ne nous paraissait pas réalisable, surtout à l'échelle d'un seul étudiant en médecine. La thèse du Dr Pelletier constitue une approche intéressante du sujet, mais se heurte malheureusement à l'épineux problème de validité des études comportementalistes et sociologiques de faible envergure. ^[3] Malgré la collecte de 141 réponses, l'étude est statistiquement non-significative, ne mettant en évidence que des tendances.

Quand bien même elle pourrait être menée, une étude quantitative du non-dit aurait un intérêt uniquement descriptif, de moindre importance pour la pratique clinique. Or notre thèse avait pour but de rechercher une hypothèse théorique qui ait un bénéfice clinique, lors de la consultation de médecine générale.

Une étude qualitative répondait à l'objectif plus réaliste de ne pas quantifier cette composante de la communication qu'est le non-dit, mais de le caractériser. Il s'agissait de cerner les caractéristiques du non-dit, sans quantifier leur importance relative, ni leur fréquence, etc.

Une étude qualitative était donc plus adaptée pour réaliser une exploration de ce phénomène par nature masqué.

2. Choix du type d'étude

Les outils de la recherche qualitative sont la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et les entretiens. ^[12]

Les études d'observation sont dites *transparentes* lorsque l'observateur intègre le milieu et produit une observation avec pas, ou très peu d'intervention. Elle est dite *semi-transparente* lorsque l'observateur interagit partiellement avec le milieu. ^[13]

L'étude sociologique sur *La part du don dans la relation soignant-soigné* est un exemple d'étude d'observation semi-transparente d'un phénomène relationnel. Elle a été réalisée par des infirmières sur leur lieu de travail, parallèlement à leur activité. Au sein de la Discussion, l'auteure met en évidence les interférences de l'observateur sur le paramètre étudié, en l'occurrence une attitude généreuse.^[14] Malgré ce biais, cette étude a le mérite de traiter d'un comportement difficilement accessible par d'autres outils.

Dans notre cas, une étude d'observation n'aurait pas permis de cerner les éléments de relation entre le patient et le médecin en une seule consultation. Les médecins connaissent certains de leurs patients ainsi que leur milieu depuis des dizaines d'années. Un observateur extérieur ne saisirait pas spontanément les éléments sous-jacents au dialogue. Sans explications, de nombreux éléments seraient incompréhensibles. Avec des explications, la consultation serait dénaturée.

De plus on imagine aisément que les consultations ne se dérouleraient pas de façon identique en présence d'un observateur, placé comme un intrus dans cette relation habituellement duale. On s'exposerait à un biais induit par l'inhibition des patients et peut-être du médecin, en présence d'un observateur. Donner des explications lors de l'entretien serait impossible sans dénaturer la relation.

Une thèse uniquement bibliographique par recherche documentaire aurait été insuffisante. Comme nous l'avons vu, le sujet n'est pas traité en tant que tel dans la littérature. Cela imposerait donc de tenter de réaliser un travail composite à partir d'écrits de psychologie, de sociologie, de techniques d'entretien. Ce type de travail en mosaïque serait probablement très incomplet, en particulier au sujet du non-dit du médecin.

Par ailleurs le travail portant sur le non-dit, on peut supposer que ce qui est difficilement dit serait d'autant plus difficilement écrit. Nous pensons en particulier à un certains nombre d'éléments « inavouables », relatifs à des tabous, d'ordre illicite, etc. Enfin, une recherche documentaire aurait difficilement permis d'aborder la même variété d'éléments qu'une étude portant sur le vécu de différents médecins.

Les études par questionnaires comportent un avantage d'ordre pratique : ils sont pratiques à produire, à expédier, à récolter. Ainsi la quantité de données peut être plus conséquente qu'avec d'autres méthodes. Mais les questionnaires présentent un aspect rébarbatif s'ils comportent trop de questions.

De plus le support écrit se prête beaucoup moins bien à partager des expériences ou des aveux. La nécessité d'écrire risque de pousser à la concision. Or le but de l'étude était davantage de bien détailler les caractéristiques du non-dit, plus que d'en récolter beaucoup d'opinions sommaires. De plus un questionnaire n'offrirait pas la possibilité d'explicitier son point de vue, de le débattre, de l'illustrer d'exemples, etc.

Des entretiens avec des médecins permettaient une plus grande variété de réponses. Ils permettaient aussi d'adapter la longueur du recueil en fonction de l'intérêt des médecins pour le sujet.

Selon les auteurs Ghiglione et Matalon, pour l'exploration d'un phénomène, les entretiens doivent être de préférence *non-directif* (cf. tableau 1).^[15] Ils peuvent être *semi-directifs* dans le cadre d'un approfondissement.

Entretien Type d'étude	Non-directif	Semi-directif	Directif
-Contrôle			•
-Vérification		•	•
-Approfondissement	•	•	
-Exploration	•		

Tableau 1 - Choix de l'entretien selon le type d'étude [15]

La nécessité de définir ce qu'est le non-dit, ses différentes facettes, la grande variété des situations de non-dit gênaient l'emploi d'entretiens non-directifs. Le risque de hors-sujet aurait été plus grand. Enfin, le temps de parole des médecins aurait été probablement plus court qu'avec un entretien semi-directif, où les « relances » sont possibles.

En étant semi-directifs, ils permettaient de couvrir plusieurs aspects de la question, tout en laissant la liberté de point de vue au médecin. En particulier, ils laissaient au médecin interrogé la liberté de l'approche du non-dit en début d'entretien, qu'elle soit sociologique, comportementaliste, psychanalytique ou bien complètement personnelle. Privilégier cette liberté et cette spontanéité nous paraissait intéressant pour déterminer comment les médecins concevaient le non-dit.

La méthode des entretiens semi-directifs permettait aussi d'aborder dans un second temps telle ou telle situation typique, tel ou tel sujet délicat, etc. afin de réaliser un approfondissement.

L'autre méthode envisageable était la méthode des *focus groups*. Ces entretiens de groupe permettraient une certaine émulation mais risquaient de ne pas donner la parole aux personnes plus introverties, ou bien à ceux n'ayant pas l'opinion dominante dans le groupe. Cette méthode ne se prêtait pas non plus au témoignage d'éléments sensibles, d'échecs, de tabous, etc.

Enfin ce type d'étude se heurte à un problème d'organisation conséquent : réunir différents médecins dans un même lieu à un moment donné. Ceci peut conduire à un recueil de données en faible quantité.

Pour toutes ces raisons, notre étude portait sur des entretiens semi-directifs avec un seul médecin par entretien.

B. Méthode

Nos perspectives théoriques concernant l'objectif primaire étaient une Théorisation ancrée ou *Grounded theory*. Il s'agit d'une démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène qui s'oppose au modèle hypothético-déductif. ^[16]

Elle débute par la collecte de données, à partir desquelles des éléments-clés sont identifiés par codification. Ces éléments-clés sont catégorisés. Les hypothèses sont donc élaborées au fil de l'étude, par intégration des données. L'étape finale est la théorisation. A partir des données collectées, elle aboutit à la présentation d'un modèle théorique, dont les implications peuvent parfois être vérifiées. ^{[16][17]}

1. Constitution des échantillons

Notre étude ne cherchant pas à quantifier le non-dit, notre échantillon n'avait pas pour but d'être représentatif. L'objectif d'obtenir une base de donnée qualitativement intéressante s'accordait avec un choix raisonné des médecins. ^[17]

Nous avons constitué un *échantillon raisonné* de médecins généralistes exerçant en libéral. Le choix des médecins était guidé par un souci de diversité et d'intérêt supposé pour le sujet.

Nous avons ainsi sélectionné un échantillon comprenant :

- hommes, femmes
- première moitié, seconde moitié de carrière
- exercice urbain, semi-rural, rural
- exercice seul, en groupe
- travail sur rendez-vous, sans rendez-vous
- médecin installé, remplaçant
- allopathie seule, activité de médecine dite "parallèle"
- activité d'enseignement ou non.

Nous avons veillé à ne pas réaliser des entretiens uniquement avec des médecins préalablement connus. Certains médecins contactés nous ont été suggérés par notre entourage pour leur intérêt pour la psychologie.

Les médecins contactés exerçaient en Lorraine en raison la contrainte pratique de pouvoir les rencontrer.

Le premier entretien était un entretien test avec l'un de nos maîtres de stage.

Les médecins étaient contactés personnellement au téléphone. Après une brève présentation personnelle, nous présentions notre travail « sur le non-dit, c'est-à-dire tout ce qui n'est pas dit ou est difficilement dit lors des consultations. » Nous proposons un rendez-vous pour la réalisation d'un entretien. Nous annonçons que les entretiens seraient enregistrés et dureraient de 20 à 30 minutes. Le consentement à l'enregistrement était demandé au téléphone.

2. Taille de l'échantillon

Lors de l'analyse des entretiens, on appelle *redondance* la répétition d'une idée ou d'un concept similaire dans deux entretiens différents. La *saturation* des données est caractérisée par l'obtention d'une *redondance* des éléments-clés dans les différents entretiens. ^[18]

Les entretiens se répètent jusqu'à obtenir une *saturation* des données. Elle signe l'obtention d'un éventail suffisamment large de données pour procéder à l'analyse et à la théorisation. La saturation est d'autant plus rapidement obtenue que les entretiens abordent peu de sujets.

Dans les études qualitatives, la taille de l'échantillon est aussi fonction de la durée prévue d'entretien et de la faisabilité.

L'objectif d'une quinzaine de médecins paraissait adapté afin d'obtenir une saturation des données dans le cadre de notre travail.

3. Guide d'entretien

Les entretiens étaient conduits en se basant sur un guide d'entretien réalisé au préalable. ^{[17][19]}

Ce guide constituait une base de réflexion pour alimenter les échanges. Comme décrit dans le guide d'entretien, la première partie avait pour but de mettre à l'aise l'interlocuteur et d'engager la conversation. ^[19] Ainsi nous demandions brièvement à l'interlocuteur de décrire l'organisation pratique de son cabinet, ou bien son parcours professionnel. Les questions relatives au non-dit venaient secondairement.

Il était rédigé selon une logique d'analyse de plus en plus en profondeur du sujet. Ceci permettait de débiter l'entretien de façon simple, pour ne pas mettre mal à l'aise l'interlocuteur, puis d'aborder des sujets de plus en plus pointus, ou sujets à caution. Cela permettait aussi de présager si le médecin allait se montrer réceptif concernant les questions de psychologie "brute", ou bien plutôt être plutôt pragmatique, voire fermé à la psychologie et la communication.

Les guides d'entretien ne nécessitaient pas d'être suivis rigoureusement dans le cadre d'entretiens semi-directifs. Le discours spontané du médecin interrogé primait sur l'ordre guide.

Ce guide pouvait être modifié au fil des entretiens afin de détailler davantage les points qui paraissaient importants, ou bien les points qui n'avaient pas du tout été évoqués spontanément.

Ainsi, le premier guide d'entretien était très exhaustif. L'approche était marquée par une dichotomie entre non-dit conscient et non-dit inconscient. Après les premiers entretiens, nous avons constaté que les médecins se montraient assez dubitatifs sur les thèmes d'inspiration psychanalytique. Nous avons donc retiré du guide d'entretien l'abord systématique de ce qui touche à l'inconscient, au sens symbolique des oublis, à l'influence de l'inconscient du médecin.

- Non-dit conscient
- Oublis
- Tabous
- Non-dit inconscient
- Importance du non-dit

2 - Conduite de l'entretien dans le guide initial

Par ailleurs, nous avons décidé après quelques entretiens de ne plus demander aux médecins quels étaient les sujets source de non-dits. La saturation des données étant rapidement obtenue, nous avons préféré citer directement ces thèmes et discuter de la façon de s'y intéresser, de les verbaliser. Parfois, c'était à titre d'exemple que ces thèmes étaient cités, afin de détailler la conduite à tenir que préconisait l'interlocuteur.

- Conséquences que peuvent avoir les non-dits
- Manière de les aborder
- Conclusion : importance du non-dit

3 - Conduite de l'entretien dans le guide final

4. Entretien test

Le premier entretien était un entretien-test. Il a été réalisé auprès de l'un de nos maîtres de stage de médecine générale.

Ceci permettait de tester le guide d'entretien et de se familiariser avec la technique d'enregistrement, sans le tracas d'être face à un interlocuteur parfaitement inconnu. Volontairement, nous n'avons pas abordé l'avancement du travail de thèse avec ce médecin, afin de ne pas dénaturer l'entretien avec lui.

En l'absence d'événement particulier ou de modification majeure du guide d'entretien après cet entretien test, nous l'avons inclus dans les résultats globaux.

5. Déroulement des entretiens

Les entretiens avaient lieu de préférence dans le bureau du médecin, en prenant rendez-vous. Quand cela était possible, le rendez-vous était pris en bout de consultation. Les entretiens étaient réalisés de préférence en l'absence de tierce personne.

Nous avons détaillé pour chaque entretien les conditions de réalisation, en raison de leur impact sur ce qui se dégage de l'entretien.

Les entretiens avaient lieu de préférence en face à face de part et d'autre du bureau. Nous essayions de ne pas trop donner de détails sur le contenu de la thèse et la problématique avant le début de l'entretien, afin de ne pas suggérer de réponse. Le but était de favoriser la spontanéité et d'éviter que l'interlocuteur ne donne des réponses qu'il pensait attendues.

Le consentement à l'enregistrement était à nouveau demandé avant de débiter l'entretien.

6. Plan d'analyse des entretiens

L'analyse commençait par la retranscription des entretiens.

Les enregistrements ont été lus à petite vitesse sur un ordinateur et intégralement retranscrits. La retranscription respecte le langage familier, les hésitations, les lapsus, les pauses et les éventuels quiproquos aussi fidèlement que possible.

La confidentialité a été respectée : les éléments permettant d'identifier les patients ont été supprimés lors de la retranscription. Les médecins ont été renommés de façon ordinaire : Dr A pour le premier médecin, Dr B pour le second, etc.

Nous procédions ensuite à la codification. Cette étape avait pour but d'identifier l'ensemble des éléments-clés abordés dans les entretiens. Lors de la ré-écoute chaque idée ou concept qu'abordait l'interlocuteur était classé dans un vaste tableau appelé *Dictionnaire des codes*.^[17] Ce tableau avait pour but de permettre de croiser, entre les différents entretiens, les thèmes et réponses communs. Chaque code était assorti d'une courte définition, puis de l'ensemble des citations, ou *verbatim*, qui s'y rapportaient.

Le nombre attendu de ces codes était de l'ordre de **quelques dizaines**. Pour l'analyse, les codes devaient être triés et groupés afin d'identifier **une dizaine** de grand thèmes.

Les études qualitatives permettent parfois de fusionner les parties « Résultat » et « Discussion » en raison de leur étroite relation.^[20] Nous n'avons pas fait ce choix pour tenter de scinder le travail d'analyse et le travail d'interprétation que comportait cette étude.

La section « Résultats » devait comporter le fruit du travail de *codification* et de *catégorisation*.

La section « Discussion » devait correspondre aux étapes *d'intégration* et de *théorisation*.

C. Matériel

L'enregistrement se faisait de façon numérique, avec un téléphone portable posé au centre la table. Nous avons préféré un téléphone, dont l'aspect est ordinaire, à un dictaphone dont l'aspect évoque l'enregistrement, ce qui peut inhiber l'interlocuteur.

Durant les entretiens, nous disposions d'un carnet de notes. Les notes étaient prises de façon discrète, et brièvement, de façon à ne pas nuire à la spontanéité de l'entretien.

La prise de note n'étant pas obligatoire du fait de l'enregistrement, son rôle était avant tout symbolique : elle marquait l'intérêt pour ce que disait l'interlocuteur tout en détournant l'attention de l'enregistrement.

Sur le plan informatique, les entretiens étaient enregistrés au format *.wma*. Ils étaient ensuite lus à vitesse réduite avec le logiciel VLC média player. Nous utilisions dans un premier temps le traitement de texte de Google Doc, devenu Google Drive pour la rédaction des entretiens. La codification a été réalisée sur des feuilles de calcul Google Drive.

La rédaction était ensuite faite avec Microsoft Word 2003.

IV. Résultats

A. Recrutement des médecins

Le recrutement a eu lieu au fil des entretiens. Nous n'avons eu aucun refus à l'entretien, ni à l'enregistrement. Nous n'avons pas réussi à joindre directement le médecin homéopathe envisagé pour un entretien.

Nous avons enregistré seize médecins. Les entretiens se sont étalés entre le 17/08/2012 et le 19/02/2013. Il y a eu un chevauchement entre la réalisation des entretiens et le début de la retranscription.

Le profil des médecins interrogés est visible dans le tableau synoptique qui suit. Les médecins C et G ont un lien de parenté, ainsi que les médecins A et H. Cette donnée est intéressante au vu d'une certaine proximité de leurs réponses, malgré des profils différents.

Finalement après la réalisation de seize entretiens, nous avons décidé de ne pas inclure le médecin homéopathe, très peu disponible.

Médecin	Sexe	Partie de carrière	Lieu d'exercice	Consultation	Secrétariat	Activité	Enseignement	Durée de consultation	Durée d'entretien
Dr A	H	Milieu	Ville	100% RDV	Physique	Allopathie, mésothérapie	Maître de stage	15 mn	37 mn
Dr B	H	Milieu	Semi-urbain	50% RDV, 50% libre	Téléphonique	Allopathie	Maître de stage	15 mn	38 mn
Dr C	H	Fin	Semi-urbain	100% RDV	Physique	Allopathie, ostéopathie, 40 % en SSR	Maître de stage, enseignant	10 mn	24 mn
Dr D	F	Début	Rural	50% RDV, 50% libre	Non	Allopathie	Non	20 mn	26 mn
Dr E	H	Milieu	Rural	100% RDV	Non	Allopathie, homéopathie	Non	10 mn	16 mn
Dr F	H	Fin	Rural profond	100% libre	Non	Allopathie	Non	Selon affluence	28 mn
Dr G	F	Début	Semi-urbain	100% RDV	Physique	Allopathie, homéopathie, ostéopathie, addictologie	Non	12 mn	27 mn
Dr H	F	Début	(Remplaçante)	100% RDV	(Remplaçante)	Allopathie	Non	(Remplaçante)	47 mn
Dr I	H	Fin	Ville	100% RDV	Physique	Allopathie, homéopathie, aromathérapie	Non	15 mn	41 mn
Dr J	H	Fin	Rural	100% RDV	Physique	Allopathie (Groupe Balint)	Maître de stage, enseignant.	20 mn	30 mn
Dr K	H	Fin	Ville	100% RDV	Non	Allopathie	Non	30 mn	34 mn
Dr L	H	Milieu	Semi-urbain	100% RDV	Non	Allopathie	Maître de stage	15 mn	35 mn
Dr M	F	Milieu	Ville	100 % RDV	Physique	Allopathie	Maître de stage	15 mn	46 mn
Dr N	H	Milieu	Rural	100% RDV	Téléphonique	Allopathie	Maître de stage, maître de conférences	15 mn	21 mn
Dr O	H	Fin	Semi-urbain	80% RDV, 20% libre	Téléphonique	Allopathie, homéopathie, Thérapies cognitivo-comportementales	Maître de stage, enseignant	30 mn	54 mn
Dr P	F	Début	Rural profond	100% RDV	Non	Allopathie, homéopathie	Enseignante	20 mn	47 mn

Tableau 4 - Profil des médecins interrogés

B. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sans problème majeur. Tous les entretiens ont eu lieu dans le cabinet d'exercice, à l'exception du docteur P, que nous avons interrogé au Département de Médecine Générale. Le docteur H est remplaçante et a été interrogée dans l'un de ses cabinets d'exercice.

Tous les entretiens ont eu lieu lors d'un rendez-vous. Il n'y a pas eu d'annulation de rendez-vous. Deux rendez-vous nous ont été donnés en milieu de consultation, dont l'un tandis qu'un autre patient avait rendez-vous à la même heure. Ces entretiens sont sans surprise les plus courts : 16 minutes et 21 minutes.

Les autres entretiens ont tous eu lieux avec une large plage horaire ou en extrémité de consultation. Ils avaient une durée variant de 24 minutes à 54 minutes. Deux entretiens se sont déroulés en présence d'un externe.

Trois entretiens ont été brièvement interrompus par un appel téléphonique : avec les docteurs G, K et M. Avec le docteur J, l'arrivée de collaborateur dans une pièce voisine a constituée une sorte d'interruption et a peut-être précipité la fin d'entretien.

Deux entretiens se sont poursuivis par une conversation hors micro. Le docteur L notamment, nous a parlé d'un certain non-dit de sa part, relatif au stress ou à l'anxiété.

Comme souvent lors d'entretiens enregistrés, on percevait une légère attitude défensive chez certains médecins. Ceci témoigne que malgré nos efforts, les médecins se sentaient jugés sur leurs comportements du fait d'être questionnés.

C. Analyse des entretiens

La retranscription intégrale des entretiens ainsi que leurs conditions précises d'enregistrement sont en annexe 4.

Après écoute et retranscription des entretiens, nous avons procédé à la *codification*. Nous avons dégagés 124 éléments-clés, disponibles dans le *Dictionnaire de code* abrégé, en annexe 5. Lors de la *catégorisation*, nous avons réalisé une hiérarchisation de ces éléments-clés en 10 grands thèmes (tableau 5).

1. Thèmes de non-dit
Sexualité
Maladie grave
Addictologie
Autres thèmes de non-dit
2. Définition du non-dit
3. Manifestations du non-dit
4. Importance du non-dit
Place dans la consultation
Bénéfice attendu
5. Quand l'aborder
Abord souhaitable
Respect souhaitable
Facteur déterminant
6. Manière de l'aborder
Dialogue
Attitude
Moyens pratiques
Autres manières
7. Rôle du profil du médecin
8. Contraintes
9. Non-dit du médecin
10. Progression dans le temps

Tableau 5 Thèmes abordés lors des entretiens

Nous analyserons ici le contenu détaillé de chacun des thèmes, accompagné de quelques *verbatim* significatifs.

1. Thèmes source de non-dit

Cette catégorie regroupe l'éventail des sujets qui ne sont pas, ou difficilement verbalisés par les patients lors des consultations de médecine générale. Il ne s'agissait pas d'un catalogue à but exhaustif, mais de sujets qui pouvaient être pris pour exemple.

Trois thèmes majeurs ont été à peu près systématiquement abordés par les médecins : la **sexualité**, les **maladies graves**, et l'**addictologie**.

▪ Sexualité

La plupart des médecins considéraient que le tabou de la sexualité d'une façon générale constituait un non-dit.

Dr M : Les sujets peuvent être divers. Ça peut être ce qui touche à leur vie intime sexuelle.

Dr N : ...probablement la sexualité. Bien qu'ils savent que j'ai un diplôme de sexologie... Mais c'est quand même dur à dire.

Certains ont détaillé le non-dit relatif à la sphère génitale spécifiquement chez l'homme.

Dr A : Enfin oui ça peut gêner les tabous, bien sûr. Y a des types à qui tu auras du mal à faire un toucher rectal. Bon euh y en a plus beaucoup mais y en a. Et puis il y en a qui justement viendront jamais te voir pour ça, parce qu'ils ont peur que tu fasses.

D'autres, le non-dit relatif à la sexualité de la femme.

Dr I : ...elles ont souvent peur qu'on les examine, et qu'on fasse un examen gynéco. Souvent, donc ça c'est des choses avec les leucorrhées, c'est la même chose avec les pertes de sang vaginales, elles en parlent toujours en fin de consultation, quand elles ont terminé de se rhabiller.

Nombreux sont les médecins qui ont évoqué les dysfonctions sexuelles. Certains les citent comme source majeure de non-dit.

Dr G : ... Tout ce qui est trouble érectile chez les hommes, ils ont du mal à en parler, peut-être à moi parce que je suis jeune et je suis une femme, donc troubles érectiles.

Dr I : ...pour les femmes c'est souvent des... c'est souvent des, des, des problèmes qui ont trait à la ménopause ou des choses comme ça. Et ménopause ça veut dire, bon, frigidité, des choses qu'elles... qu'elles ont du mal à nous dire.

Mais d'autres déclaraient qu'il existe une certaine facilité à parler de sexualité, peut-être liée à l'évolution des mentalités.

Dr J : Je suis très frappé par la facilité avec laquelle (...) les hommes parlent spontanément de leur, de leur dysfonction érectile pour parler politiquement correct, y compris en présence d'un stagiaire, ou d'une stagiaire. Ça me surprend beaucoup, je suis pas sûr que si j'étais dans cette situation-là, j'aurais la même... la même spontanéité. Alors que les... on pose à chaque fois la question au patient de savoir s'il accepte les stagiaires, et mes patients savent bien qu'on fait aucune difficulté à ce que la stagiaire (sorte).

Dr M : ...bon, la sexualité mais ça c'est un peu différent. On en parle plus d'ailleurs aujourd'hui, quand même, de ces domaines-là, je trouve. Plus facilement, et peu importe que ce soit un patient homme et un médecin femme. Fut une époque, moi quand j'ai commencé ma carrière, c'est vrai que les hommes par rapport aux médecins femmes qui n'étaient pas très nombreuses, n'abordaient pas certains sujets. Au jour d'aujourd'hui, ça, il y a beaucoup beaucoup moins de tabou.

Plusieurs médecins citent la difficulté à parler des pratiques sexuelles « autres » au sein du tabou de la sexualité.

Dr C : Ah oui je pense que les tabous sexuels, par exemple... Ça, il y en a qui ont du mal, par exemple... L'homosexualité, les pratiques sexuelles différentes, la maîtresse, l'amant, ça ils ont du mal à le lâcher.

Dr L : ...la question la plus difficile de poser, c'est quand je demande aux gens (...) s'ils sont homosexuel ou hétérosexuel. Bon, moi ça me gêne pas de leur demander mais je sens que ça les gêne d'avoir la question.

Dr L : Y a peut-être des gens qui ont une tendance pédophile ou des tendances refoulées, et qui aimeraient en parler et qui n'osent pas, et que si on tend pas la perche... Je serais pas étonné, qu'en disant, mais je sais pas du tout comment je pourrais poser la question sans avoir, si c'est pas le cas, une réaction violente, hein, mais je serais pas étonné, je crois que si on disait, si on trouvait la solution pour demander "Voilà, est-ce que ça vous arrive d'avoir des pulsions sexuelles sur des enfants, des choses comme ça ?" Je serais pas étonné qu'il y ait des gens qui me disent "Vous savez, c'est bien de m'en parler docteur parce que oui, ça m'arrive. Est-ce qu'on peut faire quelque chose ?"

▪ **Maladies grave**

Toutes les maladies graves peuvent susciter des non-dits, mais les médecins ont principalement évoqué les cancers. Ce thème a été évoqué dans quasiment tous les entretiens.

Les approches étaient différentes. Plusieurs médecins ont évoqué le non-dit que constitue la crainte d'avoir un hypothétique cancer.

Dr I : Il y a la personne qui arrive, qui pense avoir un cancer, et qui nous le dit pas. Et qui nous dit "J'ai mal ici, j'ai mal là..." Donc nous on va examiner, on dit "Il y a rien", on sait toujours pas à quoi elle pense, si elle pense à un cancer bien précis, c'est souvent le rein, ça peut être le sein, ça peut être ces choses-là, mais c'est pas dit. Et donc petit à petit, on va l'examiner, on trouve rien, et puis en l'interrogeant on s'aperçoit qu'il y a cette notion de cancer qui la taraude, qui taraude la patiente ou le patient. Et donc là il me semble que, on aurait mieux fait de mettre tout sur la table...

Plusieurs ont évoqué le tabou que constitue le cancer lorsqu'il est réel, diagnostiqué.

Dr M : Les sujets peuvent être divers. Ça peut être ce qui touche à leur vie intime sexuelle, ça peut être ce qui peut engendrer, ce qui peut toucher à une pathologie cancéreuse, aussi. (...) vous avez ceux qui sont entre les deux, qui veulent un peu savoir mais pas trop, et puis vous avez ceux qui clairement, ne veulent rien savoir, avec qui il ne faut pas prononcer des mots, des diagnostics, voilà.

Dr D : ...il y a des patients qui ont besoin, ben qu'on les voie pour en discuter, moi ça m'est arrivé de partir chez une personne à 8h30 et d'en sortir à 10h parce qu'il s'est avéré que c'était un cancer et que la personne avait vraiment besoin de parler de ça. Ça c'est aussi un sujet tabou.

Le pronostic des cancers, spécifiquement, est abordé à de multiples reprises, principalement comme un non-dit pour les médecins (cf. Non-dit du médecin). Le docteur E estime que certains patients verbalisent leurs interrogations sur le pronostic.

Dr E : Ils demandent. Enfin, certains veulent savoir tout de suite, "savoir où ils vont" comme ils disent... "J'en ai pour combien de temps ?" Pas facile à répondre.

Le docteur B extrapole la peur non-verbalisée de la maladie à la peur de la mort :

Dr B : Euh, tout le monde a peur de la mort. Je pense qu'il n'y en a pas un seul... Les personnes âgées, c'est sous-jacent dans tout ce qu'ils disent, euh, dans toutes leurs questions, c'est une angoisse quasi permanente, une fois 70, et encore plus 75 ans, parce qu'ils savent que là ils sont presque en sursis, puisque la moyenne d'âge c'est 74 ans pour les hommes par exemple, donc il y a ça. (...) Mais la mort elle est quasi sous-jacente dans tout. Et c'est pour ça aussi que les personnes âgées peuvent aussi des fois consulter pour des choses qui sont relativement bénignes, mais dont ils ont peur, ils s'imaginent que ça va mal tourner.

Les maladies graves non cancéreuses ont été relativement bien moins abordées.

Dr B : ou encore il y a un non-dit avec certaines pathologies chroniques, dont ils ne veulent pas trop admettre l'évolution, et où ils essaient donc de tirer du médecin des éléments plutôt positifs, donc ils vont masquer... voilà.

Les docteurs K et N rapportent des anecdotes de patients ayant cachés une pathologie grave.

Dr K : Il vient, il a un zona. Bon. Chanteur à l'opéra, machin... Ça c'était une caractéristique, mais on entre dans un autre sujet. "Antécédents ?", "Rien, rien". Et je voyais, mais bon... Je l'examine. "Ben écoutez vous avez un zona... Monsieur, pas de traitements, vous avez pas cinquante ans... infection locale...". Très bien. Je fais son, sa feuille de soin. ... Affection Longue Durée !?... Alors je lui dis "Écoutez vous êtes envoyé par votre sœur, que je connais bien, on est en train de traiter un problème important, vous avez un zona, vous m'avez dit que vous n'aviez rien, vous avez une ALD ?" ; "Je suis séropositif, je suis suivi..."

▪ Addictologie

Autre thème majeur à l'origine de non-dits, l'addictologie a été abordée dans 12 entretiens sur 16.

Quelques médecins ont cité l'addictologie en général comme source de non-dit.

Dr G : ... En tous cas je sais pas mais je pense qu'il y a des non-dits dans différentes catégories de soucis, mais je pense que par exemple que ça soit en addic... je pense beaucoup en addicto', parce que c'est la honte, on n'a pas... Les gens sont pas fiers...

Mais c'est surtout autour de l'alcoolisme que les médecins interrogés suspectaient le plus de non-dits.

Dr D : C'est souvent les sujets tabous. C'est souvent... par exemple les histoires d'alcool, les choses comme ça.

Dr M : ...c'est vrai qu'il y a un alcoolisme social parfois méconnu, les gens n'osent vraiment vraiment pas en parler, et si on arrive nous à mettre un peu le doigt dessus, c'est souvent par la réalisation d'une prise de sang, qu'on a un peu la... Bon par la stéatose hépatique débutante, mais je veux dire, bon...

Seuls les médecins E et L citent le tabac comme source de non-dit. Le tabagisme semblait beaucoup moins source de non-dit que l'alcoolisme.

Dr L : le non-dit il va être vachement vaste, parce qu'il peut porter sur plein de sujets, pas que sur l'alcool, pas que sur le sexe, sur beaucoup de choses, (...) ça peut être le tabac...

Dr F : Je pense qu'ils disent moins ce qu'ils consomment en alcool que ce qu'ils consomment en tabac. Le tabac ils le disent.

En revanche les stupéfiants étaient cités par plusieurs médecins. Ce non-dit correspondrait plus souvent à un camouflage.

Dr J : y a quand même beaucoup de gens qui consomment un peu de cannabis, y compris des gens... pas des gamins, pour se détendre le soir, enfin, plein plein.

Dr D : Mais, je pense au patient d'hier, par exemple. Parce que le non-dit c'est pas, c'est pas forcément des violences sexuelles, hein. C'est une patiente héroïnomane. Et, en fait elle a rechuté, elle l'a pas dit aux deux ou trois médecins qu'elle a vus la dernière fois. C'est aussi le non-dit !

▪ **Autres thèmes**

D'autres thèmes ont été un peu moins largement abordés. L'ensemble des thèmes de non-dit est résumé dans le tableau 6.

Sexualité
Maladie grave
Addictologie
Couple
Abus sexuel
Violence physique
Actes de complaisance
Mode de vie
Argent
Inobservance
Echec / Reproches
Autres thérapeutes
Poids
Selles
Éléments familiaux
Troubles du comportement

Tableau 6 Thèmes de non-dit abordés lors des entretiens

Parmi les autres thèmes aussi identifiés par les médecins comme source de non-dit, certains concernaient les patients et leur mode de vie. On retrouvait ainsi les problèmes de couple, les violences familiales, qu'elle soit physiques, morales ou sexuelles, présentes ou passées, les troubles du comportement alimentaire et le surpoids, certains détails sur le mode de vie, et enfin l'argent.

Dr H : ...des problèmes plus, de, de couple, enfin tu vois, de sentiments et compagnie.

Dr C : On l'apprend souvent bien après. Quand il y a des procédures juridiques, de déclenchement de séparation, etc., ils t'apprennent que ça fait des années que... qu'il y a des violences mais qu'ils te l'ont pas dit.

Dr A : une femme qui m'a raconté plus de... au bout de dix ans, quinze ans que je la connaissais, elle est venue me voir toutes les semaines, pendant huit dix semaines, pour me raconter comment elle s'était fait violer quand elle était gamine.

Dr F : (au sujet de l'argent) ceux qui aiment bien être assistés en parlent volontiers, et puis il y en a quelques-uns qui restent dignes et qui n'en parlent pas. Moi j'ai une patiente, il y a ... c'est son enterrement aujourd'hui d'ailleurs, cinquante-six ans, elle s'est foutue à la rivière parce que, ben parce qu'elle arrivait plus à vivre. Elle a jamais parlé de ses difficultés d'argent. Jamais, toujours souriante etc.

Dr P : (au sujet des non-dits discrets) Oui, très discrets comme : relation d'inceste, accident, décès d'un enfant, d'un parent...

Enfin, certains éléments d'ordre plutôt médical sont aussi l'objet de non-dit. Selon les médecins, il s'agissait de l'inobservance, des échecs et erreurs médicales, de la consultation d'autres thérapeutes et pour finir de la demande inavouée de certains actes de complaisance.

Dr M : ...peut-être que tout ce qui est médecine douce, médecine chinoise, tout ça, ils savent que moi c'est pas trop mon truc donc ils m'en parlent un petit peu, mais c'est vrai qu'ils creusent pas trop parce qu'ils savent que c'est pas mon truc.

Dr K : C'est inimaginable ce qu'il peut y avoir dans tous les domaines. Ils vous cachent qu'ils ont été voir trois ostéopathes...

Dr C : Qu'est-ce qui n'est pas dit... Sa vraie demande quand c'est une demande qui n'est pas... qui n'est pas très licite, par exemple un arrêt de travail.

Dr D : Donc tu constates que le diabète est pas du tout équilibré, donc tu montes les antidiabétiques oraux et bizarrement les glycémies s'améliorent pas. Donc là oui. (...)C'est pas tant l'inobservance du traitement, c'est l'inobservance du régime.

2. Définition du non-dit

L'ensemble des médecins a accepté la définition proposée du non-dit. Concernant son essence, les avis étaient variés, parfois contradictoires.

Il était parfois décrit comme provenant d'une crainte non-verbalisée.

Dr M : (Il y a) le non-dit par ce que vous avez dit tout à l'heure, par méconnaissance, par pudeur, par, par... peur aussi ! Par peur, la peur existe, la peur de la maladie, la peur de ce que le médecin va dire, la peur des examens aussi : pas forcément du diagnostic, la peur des examens.

La plupart des médecins considérait qu'il s'agit plutôt d'un phénomène conscient, ou du moins plus souvent conscient qu'inconscient.

Dr A : Ben le non-dit c'est la raison qui fait que le gens viennent consulter, euh, avec une plainte qui est pas forcément ... comment expliquer ça... ils viennent consulter pour une plainte mais en fait ils ont une crainte par-derrrière, et c'est cette crainte qui les pousse à consulter. Et en fait cette crainte elle est parfois consciente et parfois inconsciente. Ils analysent pas forcément exactement en détail la, la pulsion qui les amène à consulter. Bon ils en sont souvent conscients, mais c'est ça le non-dit pour moi.

Nous : -Est-ce que c'est inconscient ?

Dr J : -Je sais pas. Tous les cas de figure sont possibles. Ils peuvent ne pas en parler parce qu'ils pensent que ça n'a aucune espèce d'importance, ils peuvent ne pas en parler parce qu'ils sont pas très fier (...). Tout est possible. »

Le non-dit n'était essentiellement pas assimilé à une forme de malhonnêteté.

Dr A : -...c'est pas de la malhonnêteté, non. (...) C'est pas du tout comme ça qu'il faut l'aborder, surtout pas sur le versant malhonnêteté, "Je veux cacher quelque chose", etc.

-On pourrait imaginer que ce soit le cas.

-Ouais ça peut arriver, peut-être avec, tu vois, je sais pas moi, euh, je sais pas, certains effets secondaires de médicaments. Comme ce matin, quand on consultait. Les gens ont oublié un truc et ils vont pas te le dire. Ils ont lu un truc mais, euh, voilà, ils vont tourner un peu autour du pot, quand même, avant de te dire "Tiens j'ai lu un article dans le journal" ou "J'ai lu un truc sur internet, ça me fait ci, ça me fait ça, c'est de la cochonnerie..."

Plusieurs médecins expliquaient que la différence de schémas entre le patient et le médecin participe à l'existence de non-dits. Il y aurait alors plutôt une sorte d'incompréhension mutuelle.

Dr N : Ils savent même pas que c'est pertinent ! Faut essayer de faire leur rencontre...

Dr J : Tous les cas de figure sont possibles. Ils peuvent ne pas en parler parce qu'ils pensent que ça n'a aucune espèce d'importance...

Dr K : Quelqu'un me dit quelquefois "Mais c'est intéressant tout ça ?" (très calmement) "C'est plus qu'intéressant ! Si vous refusez de répondre à ça, vous sortez, vous sortez, c'est clair."

Enfin quelques médecins ont évoqué une ambivalence dans certaines demandes de patients. Le docteur B prend l'exemple du patient qui s'interroge sur son pronostic, tout en redoutant qu'on lui en donne un.

Dr B : Mais c'est un jeu de dupe ! C'est-à-dire que... On sent ça chez des cancéreux dont l'état s'est aggravé, dont on sait très bien que leur maladie est mortelle, qui sentent bien que ça va pas du bon côté, mais qui essaient de, de pêcher chez le médecin la moindre étincelle (...) Ils le savent qu'ils feront pas la fin de la semaine. Mais ils veulent l'entendre et ne pas l'entendre en même temps. Quand ils te posent la question c'est pour que tu les rassures, pas pour que tu enfonces le clou. Et toi si tu leur balances ça, alors qu'ils le sentent, ben tu les enterres...

3. Manifestations du non-dit

Nous avons demandé aux médecins de s'exprimer sur la manière dont le non-dit se manifeste.

Plusieurs disaient qu'il est parfois facile à suspecter.

Dr E : Y a aussi ce qu'ils cachent et qu'on voit.

Dr L : Les plus épineux à aborder ? Bah, euh, l'alcool. Parce que de toute façon on a pas souvent la réponse qu'on devrait avoir, et on le sait.

Et la plupart des médecins ont souligné le fait qu'avec le temps, la connaissance des patients rend les non-dits plus rares, ou plus facile à percevoir.

Dr D : Si tu connais pas le patient tu peux pas savoir. Quand tu le connais tu le sens, c'est gros comme une maison, quand tu le connais pas il faut que tu apprennes à le connaître.

Dr E : ...à force on les connaît on sait... quand on peut aborder des sujets ou pas. Quand c'est des gens qu'on connaît pas, c'est plus dur. (...) Pis à partir du moment où ils ont confiance, ils disent. 'fin c'est une histoire de confiance.

Dr B : Plus on connaît les gens, plus ils ont confiance en leur médecin, plus de toute façon ils sont spontanés, et ils disent euh, ils disent tout.

Le docteur B a spécifiquement détaillé que le parcours de soin avec un médecin traitant désigné favorisait un interlocuteur unique, ce qui est moins pourvoyeur de non-dit.

Dr B : ...je pense que le médecin traitant c'est un médecin qu'ils ont choisi, s'ils l'ont choisi c'est pour que ce médecin les aide dans les situations les plus variées possible, donc s'ils viennent, s'ils prennent rendez-vous et qu'ils viennent en consultation c'est dans le but d'aboutir à quelque chose (Le médecin traitant) c'est quelqu'un à qui un jour on sera amené à confier certaines choses, et à ce qu'il y ait un échange un peu plus profond.

D'un autre côté, les médecins ont décrit le non-dit lorsqu'il est mystérieux, difficilement accessible au médecin.

Dr A : ...il faut arriver à déminer un peu le terrain et essayer de comprendre pourquoi, qu'est-ce qui les a amenés à consulter. Y a des fois c'est évident mais y a des fois tu comprends pas, tu dis "Mais il vient avec telle plainte, pourquoi est-ce que ça ça le tracasse ?" C'est pas une plainte qui paraît bien dangereuse ou bien grave. Donc à ce moment-là c'est peut-être qu'il y a quelque chose derrière qui fait que, bon voilà...

Dr G : (au sujet des troubles érectiles) s'ils m'en parlent pas je peux pas je peux pas le deviner, donc ça c'est des choses un peu compliquées.

Certains médecins ont évoqué le fait que le non-dit persiste longtemps, parfois des années.

Dr A : Des fois tu l'auras jamais. Y a des patients tu comprendras pas pourquoi ils viennent, etc., euh. Tu vas les voir pendant vingt ans, et tu vas te dire quand elle s'en va, tu vas te dire "Je sais toujours pas pourquoi elle vient. Qu'est-ce qu'elle veut me dire ? Elle veut me dire quelque chose ou il veut me dire quelque chose mais je sais pas quoi." Tu vas essayer de bon... voilà, de dépatouiller l'affaire, tu vas pas comprendre.

Dr D : ...un patient qui vient me voir en me disant qu'il est pas bien, qui a toujours un symptôme x, et puis, et puis... Le truc c'est que je l'avais déjà croisé avec des personnes... un petit peu louches entre guillemets. Et en fait il est venu me voir en me disant "Ben tiens en fait, ben je prends de la drogue. J'aimerais bien arrêter." Donc ça il a mis du temps à me le dire. Mais je me doutais bien parce que je l'avais vu.

Quelques médecins ont évoqué des suspicions à tort de non-dit, ou des erreurs d'interprétation. Malheureusement aucun n'a illustré cela d'un exemple concret.

Dr N : On se plante, ou on croit faire du bien et on fait du mal, les gens disent "Oulah, on arrête."

Dr J : Il faut pas trop interpréter. (...) Je crois pas, non... Je crois pas, parce que là on joue au psychiatre, et on se plante. Les psychiatres se plantent aussi, mais...

Interrogés sur les oublis, les médecins ont considéré que les oublis étaient d'ordre pratique, mais ne constituaient pas un non-dit chargé de sens. Aucun ne semblait y associer une interprétation d'ordre psychanalytique.

Dr C : ...je le vois plutôt comme une négligence plus que... L'oubli c'est... Ouais tu vois je le psychiatrise pas plus que ça...

Dr D : Je pense pas qu'il y ait forcément de signification à un oubli. (...) Après ce qui m'intéresse c'est les patient qui oublie régulièrement, ouais de façon régulière. Donc là effectivement je me pose des questions.

4. Importance du non-dit

Définir l'importance du non-dit était l'objectif principal de cette étude. Nous avons tenté de caractériser l'importance du non-dit en déterminant dans un premier temps la place qu'il occupait dans la consultation.

Dans un second temps nous avons essayé de déterminer le bénéfice qu'il y aurait à une verbalisation de ce non-dit.

Au sujet de sa place dans la consultation, de fait, une large majorité des médecins estimaient que les non-dits étaient relativement peu fréquents.

Dr P : Est-ce qu'il y a des choses qu'ils me disent pas ? ... C'est difficile. Ce qu'ils te disent pas, soit tu t'en es rendu compte après, soit tu le sais pas. Non, j'ai pas l'impression qu'il y ait beaucoup de non-dit.

Dr M : Les gens, quand même, souvent se dévoilent, chez le médecin, pas seulement physiquement en se déshabillant, des fois aussi leur âme et leur esprit.

Dr G : Les personnes âgées disent tous leurs soucis souvent. J'ai pas trop l'impression qu'il y a du non-dit chez les personnes âgées. Y en a certainement, sur certaines choses, mais (moins).

Nous : -Les choses que le patient ne dit pas consciemment, c'est à dire les choses qu'il a en tête mais qu'il ne souhaite pas verbaliser, est-ce que c'est un élément important ? Est-ce que c'est une grosse quantité de ce qui n'est pas dit ?

Dr C -Ben c'est pas si important que ça. Je sais pas, tu veux le quantifier ?

-Non pas forcément le quantifier, mais essayer de l'aborder.

-Peut-être que parfois sur un malade ça va être énorme. (...) Un gros truc qui sort pas, et puis faut... Mais ça, ça va être exceptionnel, c'est rare quand même...

Nous : -Et il vous semble qu'il peut y avoir des consultations sans non-dit...

Dr A : --Oui oui oui.

Plusieurs médecins trouvaient que le non-dit était en rapport direct avec la confiance que le patient accorde à son médecin. Ainsi, lorsque la confiance envers le médecin serait importante, les non-dits deviendraient rares.

Dr A : ...en fait on finit par avoir une connaissance l'un de l'autre qui fait que... Voilà je trouve que c'est plus facile en tous cas, en ayant de l'expérience. Parce que les gens en fait ils ont confiance, en fait, je pense. Ça c'est là-dessus. Ils ont confiance donc ils parlent. Voilà.

Dr B : Moi je pense déjà que c'est une question de relation entre le médecin et le malade, hein. Plus on connaît les gens, plus ils ont confiance en leur médecin, plus de toute façon ils sont spontanés, et ils disent euh, ils disent tout.

Dr E : Pis à partir du moment où ils ont confiance, ils disent. 'fin c'est une histoire de confiance.

Globalement, fréquent ou non, apparent ou non, beaucoup de médecins signalaient leur incertitude concernant le non-dit. Jauger ce phénomène serait une chose difficile.

Dr J : Fréquent, c'est difficile à apprécier, ça. Et puis ça doit être plus fréquent qu'on le pense. Si on prend en considération le non-dit qui ne sera jamais dit, par définition on n'en connaît pas la fréquence.

Dr H : ...ça dépend de beaucoup de choses, ça dépend du patient, du médecin aussi, je pense que certaines fois oui, on sent qu'il y a quelque chose, euh, après est-ce que des fois il y a quelque chose et que je le sens pas, j'en sais rien, après tout si je le sens pas...

Nous : -Et est-ce que du camouflage volontaire, de la part des patients, des choses qui sont non-dites, est-ce que ça c'est fréquent ?

Dr N : -Ah ben oui, oui bien sûr, enfin j'imagine, je peux pas le savoir, puisque par définition si c'est camouflé je l'ai pas vu. Si c'est bien caché je l'ai pas vu.

L'incertitude était encore plus importante pour les médecins à qui nous demandions s'il y avait une sorte de dialogue entre le non-dit du patient et le non-dit du médecin. En général les médecins se montraient plutôt sceptiques.

Nous : -Il y a un dialogue entre ces... ?

Dr J : -Entre non-dit et non-dit ?

-Ouais.

-Oh, ça devient compliqué ! (rire) Ça devient compliqué, je sais pas. Non, il y a quelque fois des complicités avec des patients, voilà.

Dr A : Est-ce qu'inconsciemment je réponds aux attentes de certains patients, aux attentes inconscientes de certains patients, j'en sais rien peut-être, c'est possible.

Nous avons ensuite essayé de déterminer le bénéfice que peut apporter le non-dit, si on le met à jour.

Plusieurs médecins ont répondu que la cause réelle de consultation pouvait être non-dite et donc nécessiter une certaine démarche pour être vraiment dévoilée.

Dr D : Le non-dit ça m'évoque le sujet pour lequel le patient veut consulter mais qu'il ose pas aborder.

Dr H : ...y a des patients qui, euh, qui hésitent, ou qui viennent pour un, qui viennent pour un, on voit bien en consultation c'est un faux prétexte, c'est un truc complètement bidon, c'est d'ailleurs en général balayé en deux trois minutes.

La plupart des médecins considéraient que l'importance du non-dit résidait dans le fait qu'il recouvrait parfois des informations nécessaires à une bonne prise en charge médicale. Ces éléments non-dits pourraient être des symptômes, des comorbidités, des habitudes de vie, etc. qui auraient une influence importante sur les décisions médicales.

Dr O : (Le non-dit) c'est toujours intéressant, parce que... C'est sûr que le fait de... comment dire... si les gens nous disent pas réellement leur préoccupations, leur façon de penser, ou la façon dont ils vivent, ça peut, c'est, c'est un renseignement qui peut manquer en fait à... une bonne compréhension de leurs problèmes, c'est sûr

Dr N : ...il peut y avoir un, quelque chose qui peut avoir une valeur sémiologique dans ce que les gens n'ont pas dit. Pas toujours !

Dr L : ...à mon avis c'est souvent... Je pense qu'à mon avis le non-dit ça peut être des sujets importants. C'est pour ça qu'on les dit pas. Justement.

Dr K : Il faut se mettre en situation d'avoir le moins de non-dit possible.

Parfois c'était la perte de temps de temps qui était décrite. En n'ayant pas connaissance de certains éléments, le médecin risquerait de sacrifier du temps, parfois en réalisant des examens complémentaires qui n'auraient pas été nécessaires, parfois en multipliant les consultations.

Dr A : C'est l'histoire que je te racontais, du type qui t'explique, bon voilà, il vient consulter pour sa toux, tu te dis "Bon il tousse, ça fait quatre jours qu'il tousse", bon puis, ça fait une fois, deux fois, trois fois, il tousse toujours, au bout de quelques consult' tu dis "Nan attendez bon, c'est quand même pas non plus dramatique, et bon le pneumo... qu'est-ce qui vous inquiète dans cette histoire-là ?" Bon le mec il va te dire "Ah ben oui mais mon grand-père voilà il est mort d'une tumeur de langue, il toussait". Ils vont pas non plus te le cacher pendant des mois non plus, mais quelque part tu te dis, c'est disproportionné, euh, le nombre de consultations, il vient pour la troisième fois, pour un symptôme qui te paraît assez bénin, qui n'entraîne pas de dyspnée...

Dr I : Il y a la personne qui arrive, qui pense avoir un cancer, et qui nous le dit pas. Et qui nous dit "J'ai mal ici, j'ai mal là..." Donc nous on va examiner, on dit "Il y a rien", on sait toujours pas à quoi elle pense, si elle pense à un cancer bien précis, c'est souvent le rein, ça peut être le sein, ça peut être ces choses-là, mais c'est pas dit. Et donc petit à petit, on va l'examiner, on trouve rien, et puis en l'interrogeant on s'aperçoit qu'il y a cette notion de cancer qui la taraude, qui taraude la patiente ou le patient. Et donc là il me semble que, on aurait mieux fait de mettre tout sur la table, puis essayer d'y répondre.

C'est parfois le soulagement apporté par la verbalisation qui était évoqué par les médecins.

Nous : -Quel bénéfice on peut en attendre ?

Dr N : -Alors deux choses : d'abord si c'est du non-dit qui fait mal ça soulage. Et si c'est du non-dit dont on est fier ben ça fait du bien de le dire.

Dr O : ...bon un certain nombre de patients qui disent, "Voilà, y a des choses dont je peux vous parler, je peux en parler à personne d'autre"...

Dr B : Souvent j'ai l'impression de, de remplacer le curé d'il y a quelques années. Il y a des choses intimes que je pense qu'ils disent à personne d'autre.

Le risque suicidaire, bien que vraisemblablement plus rare, était évoqué par trois médecins.

Dr B : Les gens, les gens qui se suicident, ben c'est comme ça. Il se sentent pas du tout, ils vont essayer de se raccrocher une dernière fois, ils ont pas envie d'y aller, ils tournent en rond, ils débarquent chez le médecin comme ça, manque de bol c'est toujours comme un cheveu sur la soupe, et le médecin les... ou quand c'est des secrétaires c'est ça aussi, souvent qui, qui accueillent, qui peuvent dire "Ben écoutez il y a pas de place, pas avant trois jours" pis après il arrive un truc. Donc il faut que tout le monde soit en alerte là-dessus, et ce genre de choses il faut pas le négliger, parce que quelqu'un qui débarque à midi vingt, comme ça, c'est que (...) faut au moins le voir, au moins le voir, l'accueillir, euh, et garder la main dessus, quoi, parce que, voilà. ... Ça par contre c'est un truc, que maintenant... je suis sûr de, de pas passer à côté...

Dr F : Moi j'ai une patiente, il y a ... c'est son enterrement aujourd'hui d'ailleurs, cinquante-six ans, elle s'est foutue à la rivière parce que, ben parce qu'elle arrivait plus à vivre. Elle a jamais parlé de ses difficultés d'argent. Jamais, toujours souriante etc.

Parfois les médecins estimaient que s'intéresser au non-dit pouvait conduire à une amélioration de la relation avec les patients.

Dr N : il peut y avoir un, quelque chose qui peut avoir une valeur sémiologique dans ce que les gens n'ont pas dit. Pas toujours ! Mais y a pas que la valeur sémiologique, y a la valeur de fraternité, de se sentir bien avec le docteur, la valeur de communication...

Dr E : soit ça casse tout parce qu'ils disent "De quoi il se mêle celui-là" soit ça crée un lien plus fort. C'est à double tranchant.

Enfin, quelques médecins ont parlé de ces non-dits qui, en l'absence de verbalisation, pourraient aboutir à un changement de médecin.

Dr A : Alors des fois tu vas avoir des patients qui vont continuer à venir te voir sans que tu comprennes pourquoi, et ils continuent quand même. Et il y en a d'autres ils vont changer de médecin. Alors tu te dis : "S'il change de médecin c'est que j'ai pas compris. J'ai pas compris ce qu'il voulait, j'ai pas réussi à décrypter ce qu'il voulait.". Voilà. Donc c'est toujours quand même, c'est toujours interrogatif ce genre de choses.

5. Quand aborder

Selon les situations, la question peut donc se poser pour le médecin d'entamer une démarche ou d'adopter une attitude pour encourager la verbalisation d'un non-dit. Nous cherchions à savoir quand aborder le non-dit et quand le respecter.

▪ Abord souhaitable

Quelques domaines semblaient nécessiter spécifiquement qu'il y ait le moins de non-dit possible.

Pour la plupart des médecins, il ne doit pas y avoir de non-dit concernant le diagnostic des maladies graves. Nous avons vu que ceci correspond à la position du Conseil National de l'Ordre des Médecins dans son commentaire de l'article 35 sur l'information des patients.

Nous : -Quand il dit explicitement qu'il ne veut pas savoir, je comprends qu'on lui dise pas. Est-ce que dans les cas où il ne demande pas, est-ce que parfois on doit lui dire sans qu'il demande ? Ou est-ce qu'on part du principe que s'il demande pas... ?

Dr H : -Non, moi je pars du principe qu'il faut leur dire. Je pense que les gens ont quand même le droit de savoir ce qu'ils ont. Bon après, s'il se pose pas de question, je vais pas rentrer dans moult détails, mais au moins savoir qu'il y a un cancer, savoir où il est...

Dr I : Je peux commencer très simplement en disant "Voilà, c'est grave." Et donc automatiquement le patient te dit "C'est un cancer ?" Et là tu dis "Ben oui, voilà." Et je crois qu'il faut pas tourner autour du pot, sauf évidemment, si tu as décelé une personnalité extrêmement fragile, où là il faut y aller vraiment progressivement mais ils sont quand même pas nombreux. Les gens sont pas cons, hein, ils peuvent accepter la plupart du temps des diagnostics. Après tu t'enfermes dans une espèce de logique du non-dit, hein, tu vois "On l'a pas dit, je l'ai pas dit d'emblée, alors maintenant qu'est-ce que je vais lui dire, comment je vais lui présenter." Et ton patient il t'en voudra plus, je crois, que si t'es franc avec lui. Donc le non-dit dans ce domaine-là, très honnêtement, il doit être exceptionnel.

Certains médecins étaient en faveur d'aborder le sujet du pronostic lorsqu'il est très défavorable. Ceci permettrait au patient et à son entourage de se préparer dans une certaine mesure au décès.

Nous : -Et si le patient demande et que le pronostic est mauvais, ou très mauvais, on réagit comment ?

Dr H : -Ah ben... Les fois où ça m'est arrivé, je l'ai dit. J'ai dit que c'était, que, que le pronostic était mauvais et que... Après que ça prendrait... Y a des patients, j'ai dit "Je pense que, que vous risquez..." Y a des patients à qui j'ai dit "Je pense que vous n'en avez plus que pour quelques mois, quelques semaines." Ça j'ai déjà dit. Quand on me demande, je le dis, que les gens puissent aussi se préparer, mais c'est vraiment réservé aux cas où il y a vraiment zéro chance. Sinon je me garde bien de faire des pronostics, parce qu'on a toujours des surprises. Donc, puis je suis pas là non plus pour leur enlever toute... au contraire je suis là pour les booster, qu'ils essaient de s'en sortir. Mais des gens en phase terminale, et qui me posent la question, je leur dis.

Dr M : même les cancérologues ne donnent jamais de pronostic. Alors c'est sûr qu'on ne va pas nous, en donner. Maintenant il faut savoir aussi, devant des stades terminaux... bon, expliquer aux proches, à la famille, qu'il faut être proche de la personne. Il faut savoir dire que la fin est bientôt là, que les gens viennent pas vous reprocher après de leur avoir rien dit et voilà.

Quelques médecins ont évoqué l'importance de ne pas laisser de non-dit dans les situations où il paraît y avoir un danger. Il s'agissait principalement des violences familiales.

Dr G : ...dans certains cas si on fait la sourde oreille, 'fin si on voit bien qu'il y a un problème et qu'on met jamais les pieds dans le plat peut-être qu'un jour ça va porter préjudice, donc il faut aussi savoir se mouiller au bon moment.

Dr B : ...mais je pense que le non-dit il faut le respecter au départ, parce que je pense qu'il y a un cheminement du patient qu'il faut le laisser faire si on veut que les choses se passent bien et qu'il y ait une bonne relation, si le patient préfère peut-être aller moins vite que voudrait aller le médecin, ça il faut le respecter, sauf si bien sûr il y a un danger vital pour le patient, ça c'est évident.

▪ **Respect souhaitable**

A l'inverse, nous avons essayé de déterminer les situations où il paraît plutôt souhaitable de respecter le non-dit du patient, et de ne pas être trop intrusif. Globalement les médecins ont davantage évoqué les situations où il fallait respecter le non-dit que les situations où un abord était souhaitable.

Dr B : je pense que le non-dit il faut le respecter au départ, parce que je pense qu'il y a un cheminement du patient qu'il faut le laisser faire si on veut que les choses se passent bien et qu'il y ait une bonne relation, si le patient préfère peut être aller moins vite que voudrait aller le médecin, ça il faut le respecter.

Dr O : je crois pas qu'il faille "faire dire" quelque chose aux patients. Je pense qu'il faut... bien écouter ce qu'ils disent.

Dr J : Et j'avais un fantasme quand je me suis installé, c'était de faire parler les patients. Et donc le non-dit ça se respecte aussi. Et donc, j'ai appris, grâce aux groupes Balint, que voilà, il fallait respecter l'intimité des gens, des patients, qu'il fallait leur tendre la perche, et qu'au moment où ils ont envie de dire quelque chose, au moment où ils ont envie de le dire, il faut être présent et disponible, ce qui est toute la difficulté, mais faut... voilà. On n'est pas chez le juge d'instruction. Et on n'est pas là pour les faire parler.

Dr G : je pense qu'il y a certaines choses des fois à respecter, parce qu'on peut pas non plus arriver, dire "Ah oui faut en parler, faut en parler..."

Interrogés sur l'attitude à avoir face à un patient qui a des résistances, la plupart des médecins ont préconisé un respect, ou un contournement.

Dr K : Faut pas insister. Faut pas... mécanisme de blocage... Non, non, faut pas insister. La première fois faut... Faut que ça vienne de par le... "Écoutez si vous avez pas envie d'en parler, on verra ça, on va voir ce qu'il y a de plus urgent aujourd'hui."

Dr L : ...moi je respecterais les résistances. Je pense que quelqu'un qui veut pas en parler, si vous le forcez, vous êtes pas sûr qu'il vous dira exactement ce qu'il en est.

Dr O : (les résistances) faut les respecter, je pense qu'il faut absolument accepter la parole du patient telle quelle.

Le docteur O considérait que la suspicion diagnostique d'une maladie grave ne doit pas être dite au patient. Le docteur P tenait le discours opposé.

Dr O : ...la question de la suspicion c'est différent. Parce que le souci de la possibilité d'une maladie grave, il appartient au médecin ce souci-là. Si y a quelqu'un qui se fait du souci, c'est le médecin. Et donc il n'y a aucune raison d'infliger un doute sur une possibilité de maladie grave au patient, de lui faire passer quelques nuits blanches sans, sans intérêt, si on n'a pas de certitude.

Dr P : quand je fais des examens, je préfère dire ce que j'ai derrière la tête, quitte à dire que "Voilà ce qu'on cherche à éliminer" et c'est pour ça que j'estime que c'est important de faire cet examen, plutôt que de laisser aller avec ses questions, et euh, derrière si le diagnostic il est positif, il se le prend en pleine face et on l'aura pas préparé. Alors que à la limite si on lui a dit "Voilà, au pire ce qu'on va trouver c'est ça, et on a des raisons de le chercher maintenant et on espère un peu que ça débouche sur quelque chose" à la limite si c'est négatif eh bien tant mieux.

Concernant les pronostics sombres, plusieurs médecins considéraient qu'il valait mieux ne pas les détailler. En dehors des situations terminales, pour préparer le patient et son entourage, délivrer un pronostic était décrit comme hasardeux ou démoralisant.

Dr B : si tu leur assènes "Ben écoutez vous êtes au bout du rouleau, c'est la fin". Je pense que dire qu'il y a des gens qui sont capables d'encaisser ça c'est faux. Les gens ils posent la question mais ils veulent pas l'entendre ça, donc il faut pas leur dire. Donc, euh... En plus tu es le médecin, normalement t'es pas là pour donner le coup de grâce, donc... Mais ça c'est extrêmement difficile.

Dr A : Mais bon parfois il y a des omissions que... Voilà, des choses que tu ne dis pas qui sont, voilà, qui sont bienvenues. Donc euh, bien sûr il y a des tas de choses que tu dis pas, euh...

Pour prendre un exemple basique, quelqu'un qui vient me voir pour un cancer, on vient de lui dépister un cancer mettons du pancréas, t'es pas obligé de lui dire les chiffres de survie à cinq ans...

Dr H : Quand on me demande, je le dis, que les gens puissent aussi se préparer, mais c'est vraiment réservé aux cas où il y a vraiment zéro chance. Sinon je me garde bien de faire des pronostics, parce qu'on a toujours des surprises.

Les traumatismes anciens sont parfois source de non-dit, qui selon quelques médecins ne méritent pas qu'on les aborde spontanément.

Dr C : comme tu pourras pas enlever cet élément du passé, comment tu les guéris ? Parce que tu peux pas l'enlever, pas revenir sur le passé. Donc il faut s'en méfier quand même.

Dr O : ...si quelqu'un s'en tire bien, n'aborde plus ce sujet, il n'y a aucune raison d'aller... ré-aborder ces traumatismes. Ce serait tout à fait, à la fois injustifié et iatrogène.

Les effets secondaires des traitements ne méritaient pas d'être dits au patient systématiquement selon plusieurs médecins.

Dr A : Il y a des infos qui sont intéressantes et il y en a qui présentent pas d'intérêt. Je sais pas, est-ce que tu as besoin, quand tu prescris un traitement au long cours, un traitement chronique... Bon, tu vas donner un certain nombre d'infos au patient, en disant "Ben voilà, ce médicament peut vous donner ça, c'est l'effet secondaire le plus courant, si vous avez cet effet-là vous m'en parlez parce que voilà...", mais est-ce que tu as besoin de leur raconter tous les effets secondaires du médicament ?

Les sujets blessants, les sujets de désaccord devaient de préférence ne pas être abordés selon les médecins.

Dr N : Pas parler de politique. Surtout s'il a des considérations raciales, parce qu'il peut me mettre en colère.

Dr H : Essayer de les confronter de temps en temps (aux résultats de leurs prises de sang, mais) le but c'est pas de les foutre à terre et de les faire pleurer.

▪ **Facteur déterminant**

Le non-dit paraissait donc parfois important, et son abord pouvait être bénéfique, mais parfois pas souhaitable.

En dehors des quelques situations spécifiques que nous venons de voir, nous avons demandé aux médecins sur quels critères se baser pour déterminer s'il convenait d'aborder un non-dit suspecté.

Plusieurs médecins disaient qu'il fallait se baser sur le bienfait pour le patient afin de savoir si l'on pouvait aborder un sujet délicat.

Dr G : je pense que si nous on perçoit du bienfait que ça leur fera d'en parler, je pense qu'il faut aller dans ce sens-là.

Dr I : Moi j'ai l'impression qu'il faut, il faut bousculer les tabous quand les gens sont mal, il faut absolument les respecter quand les gens n'ont pas de demande.

Parfois c'est la volonté du patient qui était décrite comme critère déterminant de ce dont on pouvait parler.

Dr M : ...on peut pas les aborder si les gens ne les abordent pas. Le médecin n'a pas à aborder quelque chose s'il n'y a pas la demande du patient à la base. (...)Mais parfois le médecin suppute des problèmes, mais si on n'a pas... ...si on n'a pas la petite perche tendue, comme je dis on ne peut pas, nous, y aller, c'est pas notre rôle.

Dr P : Ben après s'il en parle c'est qu'il estime qu'il a besoin d'en parler. Y a pas de limite, la limite c'est le patient qui la fixe...

Dans les situations graves, le docteur B préconise de parler des éléments positifs et de taire les éléments négatifs.

Dr B : Le cancéreux qui va pas bien, il est à l'écoute de la moindre petite chose qui va bien, donc toi quand tu vas les voir par exemple chez eux, ils sont grabataires, tu peux leur dire que leur escarre, ben ça va mieux, t'insistes sur ce qui va. Tu dis pas ce qui va pas.

Plusieurs médecins ont parlé d'une sorte de délai, de progression qui s'opère dans le non-dit, et qui permet progressivement d'accéder à une verbalisation. Il semblerait que ce délai ne puisse ou ne doive pas être forcé.

Dr E : (au sujet de la verbalisation des violences sexuelles) Moi je pense qu'elles le font quand elles sont prêtes. Là-dessus il faut pas forcer.

Dr J : quand j'étais jeune installé, (j'ai) un petit peu sauté sur le patient en voulant le faire accoucher de ce qu'il a pas du tout envie de dire. Y a des patients qui m'ont raconté leur vie comme ça et que je n'ai plus jamais revus. C'est, c'est comme ça que j'ai pris conscience que j'allais trop loin, et qu'il faut pas ça.

(...)

Alors de temps en temps je repère des non-dits, c'est-à-dire de temps en temps je note que j'ai posé la question, que la réponse a été non, et puis dix ans après je m'aperçois que la réponse était oui.

Dr N : Un (patient victime de violences sexuelles), qui m'a dit "C'est trop chaud, je peux pas, on en reparlera plus tard." Il est revenu un peu après. Là il a fallu respecter.

6. Manière de l'aborder

Nous demandions aux médecins de quelle façon aborder le non-dit. Les réponses ont été extrêmement riches et variées.

▪ Dialogue

La réponse spontanée que donnaient les médecins était majoritairement « par le dialogue ». Souvent les médecins mentionnaient la nécessité d'adapter ce dialogue au patient.

Dr A : ... il faut, par le dialogue, il faut arriver à déminer un peu le terrain et essayer de comprendre pourquoi, qu'est-ce qui les a amené à consulter.

Dr D : Quand le patient veut pas le dire il faut pas avoir un approche frontale, il faut dévier.

Dr G : ...ça c'est quand même compliqué de répondre en sachant que c'est, c'est complètement dépendant du patient, c'est-à-dire si c'est des gens très timides, ça va... moi j'essaie de m'adapter en fonction, surtout en de la personnalité de la personne en face.

Nous avons donc essayé de détailler par quel type de dialogue les médecins suggéraient de procéder. Quelques médecins, et en particulier le docteur K, ont parlé de l'importance d'un interrogatoire complet.

Dr K : ...lors d'une première consultation, avec l'ouverture du dossier, je dis, surtout maintenant "Je veux bien vous prendre en charge, à une seule condition : je vous donne la feuille de papier. Mais ce que vous rédigez de votre propre main, tous vos antécédents importants médicaux, chirurgicaux, psy..."

(...)

« Mais l'interrogatoire il est, il est strict. "Antécédents médicaux ?" J'attends. "Antécédents chirurgicaux ?" Chez la femme : "gynéco ? Obstétrique ? Psy ? Habitudes de vie ? Est-ce que vous fumez ? Où est-ce que vous en êtes de vos vaccins ? Vous savez : tabagisme... Père, mère, frères et sœurs ? D'où vous venez ? Habitudes de vie : sport ? Passions ?" Donc, je veux le faire... Quelqu'un me dit quelquefois "Mais c'est intéressant tout ça ?" (très calmement) "C'est plus qu'intéressant ! Si vous refusez de répondre à ça, vous sortez, vous sortez, c'est clair". J'ai assez de poids maintenant pour le dire. Vous comprenez ? Y a pas d'échappatoire possible. »

Dr D : Ça peut être en fonction de l'interrogatoire, quelquefois l'interrogatoire nous amène à ce sujet-là.

Certains médecins préconisaient un dialogue empreint de franchise, en posant des questions simples.

Dr J : Et je crois que là, ce qui facilite les choses c'est que ce soit naturel : "Vous fumez ? Oui, non, combien ? Vous consommez de l'alcool ? Oui, non. Et cannabis, cocaïne, héroïne ?" Et, moi je crois que c'est plus une question de spontanéité dans le questionnement.

Dr L : Alors, bon, et ils me répondent, sincèrement je crois, parce que la question elle est posée très simplement, sans gêne, sans tourner du regard, voilà. Du non-dit moi j'en ai pas. J'ai plutôt, quand j'ai quelque chose à demander, que j'ai quelque chose à dire, je le dis.

Certains déclaraient parfois aborder un thème de façon frontale, parce qu'ils estimaient que le sujet était important, ou bien parce qu'ils estimaient que le patient répondrait plus franchement. La plupart des médecins déconseillait cependant cette approche frontale.

Nous : -Et les choses importantes on peut les aborder de façon frontale ? Cartes sur table ?

Dr F : -Moi je crois. Pour la... Si on prend... Non, faut pas prendre les gens pour des imbéciles, la plupart sont... assez adultes pour encaisser des tas de choses.

Dr L : ... je vous avoue qu'un gamin qui dirait en pleine consultation "Ouais puis de toute façon papa et maman ils arrêtent pas de me taper dessus !" Ah ben ça me ferait pas plaisir du tout. Donc le gamin il me tend la perche, donc là je vais pas la lâcher. Et là c'est sûr qu'il y aura un choc frontal. D'emblée. Avec tout ce qui risque d'arriver derrière. Mais je les mettrai au courant. Donc ouais, là j'y vais. Maintenant sur une simple suspicion, je vous avais dit, je vous dis, on y va en marchant sur des œufs.

Dr M : Ben vous pouvez pas dire en face à quelqu'un "Mon brave monsieur, faudra peut-être revoir la consommation d'alcool à la baisse" comme ça de but en blanc, hein c'est très frontal, ça c'est quand même un peu, bon, il faut savoir contourner la difficulté, il faut trouver des biais.

Dr H : Est-ce qu'il y a des solutions pour que ce soit économe de temps ? Ben... Ouais il y a une solution c'est d'être un peu plus brusque et puis de rentrer plus dans le, dans le patient, après je sais pas si c'est la bonne solution. Je pense que c'est des choses qui nécessitent quand même un peu de temps.

La reformulation a été citée, en particulier par le docteur N, comme une méthode pour inviter le patient à s'exprimer.

Dr N : Je fais très attention au système de reformulation, et aux phrases rebond, ça c'est un truc auquel je suis bien dressé. Donc les gens me disent un truc, je laisse pas de phrase non terminée, etc.

Dr J : Et dans le même genre, quand le silence dure un peu, plutôt que de reposer une question, si le silence dure, c'est que quelque part, le patient réfléchit. Simplement reformuler ce qui vient d'être dit "Donc si j'ai bien compris, vous disiez que... votre papa était pas gentil avec vous", voilà...

La banalisation des sujets sensibles a été évoquée. Dédratiser les échanges permettrait de limiter le non-dit pendant la consultation. C'est notamment par le biais de l'humour que les médecins suggéraient de procéder.

Dr N : En posant directement la question ... Avec une phrase de dédramatisation, soit en disant "C'est des choses qui font partie de la vie et qui font partie de la médecine, donc à présent on peut en parler". Soit en dédramatisant avec de l'humour, avec des phrases genre : "On a que l'âge qu'on se donne", "Faut être deux pour danser le tango..." en parlant de couple, ou des choses comme ça...

Dr L : . Après ça va peut-être être le sujet épineux qu'on va peut-être un peu banaliser pour pas avoir une réponse... pour pas que le patient se sente agressé dans sa réponse.

Dr J : Il y a une autre forme de langage de non-dit que moi je, je manipule beaucoup, c'est l'humour. C'est-à-dire le rire, le sourire, la plaisanterie... Voilà, alors après, c'est plus ou moins bien pris. Mais c'est plus fort que moi (rire) je changerai pas. Mais je crois que ça passe bien.

Le docteur D rapporte une anecdote d'utilisation de l'argument de la gravité potentielle d'une affection pour pousser le patient à consulter.

Dr D : Euh c'était pour des problèmes de testicules, il m'en a jamais parlé, et c'est sa femme qui m'en a parlé. Et donc j'ai dit à sa femme "Ecoutez faudrait qu'il vienne parce que tel problème, il y a besoin d'antibiotiques, par exemple". Donc le monsieur est arrivé. Et là je lui ai dit "Bon ben avant de mettre un antibiotique il faut quand même que j'ausculte, je peux pas mettre un antibiotique sans avoir ausculté."

Une technique d'abord a été évoquée dans tous les entretiens : il s'agit de l'utilisation de « perches ». Initialement notre intérêt s'était porté sur les perches tendues par les patients au médecin pour parler d'un sujet difficile. Nous avons eu la surprise de constater que de nombreux médecins évoquaient plus des situations où eux-mêmes tendaient des perches à leurs patients pour les inviter à verbaliser.

Dr H : ...en général je pense que s'il tend une perche, c'est qu'il a envie qu'on l'attrape, donc en général oui. C'est bien de la saisir, bon après, en pratique, c'est peut-être pas toujours, c'est peut-être pas toujours évident...

Dr M : Maintenant si le patient tend une perche, et comme c'est souvent le cas, parfois par une dernière petite phrase, juste en fin de consultation, quand il a réglé, quand il a le manteau sur le dos, et qu'il a déjà la main sur la poignée de la porte de sortie, là à ce moment, il faut, alors là c'est très compliqué, parce que vous devez rattraper le coup, parce que vous pouvez pas reprendre la consultation, mais par contre il faut inciter la personne à revenir.

Nous : -...est-ce que vous allez proposer, est-ce que vous allez dire "Vous avez eu une enfance difficile ?" ou...

Dr J : -Ça s'arrête là, oui. Je tends la perche, exactement. "Est-ce que vous souhaitez parler de votre enfance ?" ; "Est-ce que vous voulez dire quelque chose à propos de votre père ?"

Dr I : (aborder un non-dit suspecté) j'essaie, bon, par une petite phrase. Bon si elle accroche c'est bien, si elle accroche pas, j'insiste pas plus.

De façon similaire, nous avons questionné certains médecins sur l'importance qu'ils accordaient à la communication non-verbale. Certains médecins ont parlé du langage verbal chez les patients. D'autres ont surtout parlé de la façon dont ils utilisaient le langage non-verbal pour favoriser la confiance chez le patient.

Dr J : Alors après il faut bien distinguer ce qui est le langage non verbal, ça c'est tout le temps ! Les mimiques, les sourires, les crispations, voilà... le visage qui exprime des choses qui ne sont pas clairement verbalisées... C'est en permanence.

Dr E : (au sujet des violences conjugales) En posant la question au patient on doit voir du coin de l'œil la réaction (...) du violenteur.

Dr H : le mettre à l'aise, que ce soit par des gestes, ou, moi je sais que ça m'est arrivé de m'asseoir à côté du patient, ou même de me mettre assise à côté de lui pour pas non plus qu'il ait toujours un sentiment d'être dominé par le médecin, ou j'sais pas quoi. Donc je pense qu'il y a des gestes, qu'il y a des mots, dire qu'on peut être là, que le patient peut revenir en discuter, qu'on est prêt à l'écouter.

Dr P : quand j'en suis au moment où je veux parler, en général je me tourne vraiment face au patient, je pose mes mains sur le bureau et je le regarde. Vraiment, je suis plus dans une position où j'écris, je suis vraiment dans, dans le dialogue, quoi. (...) Je parle pas de la même façon non plus, je parle d'une voix beaucoup plus, moins forte. J'ai déjà pas une voix forte, mais je parle plus doucement, ouais, vraiment pour mettre un climat de confiance, plus intime quoi.

▪ Attitude

Après le dialogue, c'est principalement l'attitude du médecin qui était citée pour mettre le patient en condition de verbaliser le non-dit.

L'écoute est l'attitude qui a le plus été proposée par les médecins.

Dr F : ... il faut les écouter, faut les écouter les gens. Surtout une attitude d'écoute. Et puis les laisser parler.

Dr O : Il est pas interdit de poser des questions, mais il est beaucoup plus fructueux d'écouter ce que le patient nous dit que de poser des questions. Bien souvent dans le discours du patient, il nous dit beaucoup de choses en fait, et euh, je crois plutôt que de parler du non-dit on pourrait parler du non-entendu par le médecin, hein.

Faire preuve d'ouverture était aussi une attitude proposée par plusieurs médecins.

Dr O : (pour pas qu'il n'y ait de camouflage ou de mensonge) La meilleure façon c'est d'être non-jugeant, d'être... de rester dans un abord très objectif, surtout non-jugeant.

(...)

...on peut toujours demander au patient "Est-ce qu'il y a autre chose dont vous voudriez me parler ?" Tout simplement. Une question très large, comme ça.

Dr L : ...c'est pour ça que j'essaie toujours de mettre une relation de confiance avec les patients, on est détendu, y a pas de blouse blanche, ils posent les questions qu'ils veulent. (...) on discute un petit peu de tout, je leur pose une question sur leurs enfants, les gosses, l'école...

Deux médecins considéraient qu'une attitude plutôt empathique favorisait la verbalisation.

Dr G : (face à un patient venant pour troubles de l'érection) moi j'aurais peut-être tendance à dire "Si ça vous gêne parce que je suis une femme il y a quatre hommes dans le cabinet, vous pouvez en parler". (...)Et puis sinon les rassurer sur le côté professionnel des choses même si c'est totalement humain pour quelqu'un de vouloir en parler à un homme pour ce genre de problème en tous cas.

Pour certains, c'est une forme d'intuition qui va mener surtout à suspecter un non-dit, parfois à le décrypter. De même certains préconisaient de communiquer avec le patient intuitivement, « au feeling ».

Dr A : Bon c'est l'intuition, tu devines. Alors des fois tu peux comprendre à demi mot parce que en plus, il y a des trucs qu'ils te diront jamais, quand même. Il y a des choses qu'ils peuvent pas euh... Mais tu peux comprendre à demi-mot dans certaines consultations, des choses qu'ils veulent te dire, comme... Voilà, t'en auras pas la certitude, t'en auras jamais la certitude, ce sera pas écrit noir sur blanc, je sais pas quoi moi, je veux dire, des choses "j'ai été violé", "je suis homosexuel" mais tu vas le comprendre, tu vas le décrypter.

Nous : -On peut pas imaginer qu'il y ait une manière de faire, une méthodologie qui permette d'en arriver un petit plus facilement, un petit peu plus vite au non-dit ?

Dr N : -Peut-être et je l'ai pas mentio... au feeling ?

Dr C : au cabinet c'est plus du feeling, ben on sent, à force de parler avec les gens tu ressens bien les choses et t'as pas besoin de score, le score il est inconscient pour nous, donc...

Dr P : Et donc du coup quand c'est pas une demande explicite, c'est toujours possible d'y arriver. Je sais pas c'est quelque chose qu'on sent, mais c'est pas (...) C'est du sixième sens !

Enfin, deux médecins ont parlé de certains patients qui consultent de façon récurrente pour une demande camouflée d'arrêt de travail. Le médecin a alors l'habitude de suspecter le non-dit.

Dr G : des fois on les connaît aussi, y en a qui viennent beaucoup pour ça, et qui sont des fois pas plus malades que ça, mais bon, nous, dans nos patients, on connaît ceux qui, dès qu'ils ont une petite rhino', vont demander la semaine, ça on les devine un petit peu.

Nous : -les patients qui attendent un certificat ou un arrêt de travail, et qui viennent avec cette idée derrière la tête. Le médecin peut suspecter ça comment ?

Dr F : -Comment on peut suspecter ? Bon, on les connaît (rire) on les connaît quand même...

▪ Moyens pratiques

Quelques moyens d'ordre pratique permettraient d'explorer les non-dits.

L'apport de la biologie était souvent cité, principalement comme manière d'appréhender le non-dit de la consommation d'alcool.

Dr M : c'est vrai qu'il y a un alcoolisme social parfois méconnu, que les gens n'osent vraiment vraiment pas en parler, et si on arrive nous à mettre un peu le doigt dessus, c'est souvent par la réalisation d'une prise de sang, qu'on a un peu la... Bon par la stéatose hépatique débutante...

Dr D : Et ensuite pour des, ben des problèmes par exemple pour l'alcoolisme etc., on peut s'aider des prises de sang. Quand il y a des petits stigmates biologiques qui nous font penser à, on peut amener doucement le sujet. Sans dire bien évidemment "Monsieur vous êtes alcoolique". Non on va pas dire ça, mais on va amener doucement le sujet. Ou par exemple un taux de triglycérides super élevé, "Ben tiens c'est bizarre vous avez un peu trop de graisses dans le sang, vous savez qu'il y a trois choses dedans, il y a l'alcool dedans..."

Mais la biologie constituerait aussi parfois un indice d'inobservance.

Dr D : Alors là ça se voit surtout avec les patients diabétiques. Donc tu constates que le diabète est pas du tout équilibré, donc tu montes les antidiabétiques oraux et bizarrement les glycémies s'améliorent pas. Donc là oui.

Le médecin D cite aussi l'apport de l'examen clinique.

Dr D : Ça peut être en fonction de l'interrogatoire, quelquefois l'interrogatoire nous amène à ce sujet-là. Euh ça peut être les résultats de l'examen clinique, si jamais on trouve rien de spécial, donc on va plus creuser le problème, et c'est à ce moment-là qu'apparaît, tu vois, qu'apparaissent les choses.

Dans les situations de violences inavouées sur des enfants, la méthode d'abord principalement citée était l'adressage à l'hôpital. Le médecin L expliquait qu'en consultation, aborder ce non-dit risquait de faire fuir le patient et de ne pas permettre de prise en charge de l'enfant.

Dr L : Ça dépend de la violence apportée à l'enfant, si c'est un gamin qui a déjà trois bras cassés, etc., je pense qu'on n'en est plus à essayer de raisonner les parents, là c'est le circuit classique hospitalier. C'est-à-dire qu'on trouve une excuse quelle qu'elle soit pour les hospitaliser. On trouve n'importe quoi, on le met à l'hôpital et on appelle le service, "Voilà, moi je suspecte ça." Parce qu'ils sont beaucoup plus... ils peuvent être beaucoup plus directs que nous.

Dans les situations plus classiques et moins dangereuses, c'était très souvent la reprogrammation d'un rendez-vous que suggéraient les médecins. Parmi ceux qui proposaient cette méthode, plusieurs précisait qu'ils mettaient une annotation dans le dossier afin de revenir sur le non-dit qui affleurerait lors de la consultation.

Dr G : ne pas le rejeter ce, cette perche-là, parce que voilà, et en profiter pour faire une première démarche, et essayer de leur dire "Ben écoutez, c'est bien vous en avez parlé, mais je pense que c'est compliqué, il faut qu'on en reparle, revenez"... Essayer de voir, surtout si c'est compliqué. C'est sûr que s'il nous lâche ça en fin de consultation, alors qu'il est debout devant la porte, "C'est bien on en a parlé mais il faut revenir", essayer de faire ça correctement.

Dr O : Ceci dit, euh, il est certain aussi que, ça doit être quand même noté quelque part, ça doit être entendu par le médecin, et à un moment donné peut-être où il sera plus disponible, peut-être "Ah ben vous m'avez dit un jour... telle chose n'allait pas", hein, donc, "Est-ce que c'est encore vrai ?"

Dr H : en général je pense que s'il tend une perche, c'est qu'il a envie qu'on l'attrape, donc en général oui. C'est bien de la saisir, bon après, en pratique, c'est peut-être pas toujours, c'est peut-être pas toujours évident, on peut peut-être éventuellement mettre un petit mot dans le dossier et puis après voir, en reparler plus tard...

Parfois la prise d'un autre rendez-vous pourrait être accompagnée d'une mise à disponibilité du médecin, pour encourager la verbalisation. Les médecins D et N déclaraient utiliser parfois des créneaux de rendez-vous plus longs.

Dr D : On peut dire à la personne de revenir. On fixe un autre rendez-vous pour vraiment tout voir, rien laisser de côté. Et maintenant que j'ai du rendez-vous, en général, quand je vois que c'est des patients qui vont être compliqués je me prévois la plage de trente minutes, puis voilà.

Le docteur B en particulier insistait sur la disponibilité du médecin lorsqu'un patient a des idées suicidaires qu'il hésite à verbaliser. Cette tendance du suicidant à faire appel au médecin, de façon impulsive, masquée, se retrouvait dans l'anecdote du docteur F. Là aussi c'était la disponibilité physique et mentale du médecin qui était nécessaire.

Dr B : Il y a des gens qui ont des grosses angoisses, notamment des jeunes, qui vont prendre leur courage à deux mains en disant "Allez ce coup-ci j'y vais, je vais chez le médecin" et qui ont longtemps tergiversé, qui ont longtemps retenu. Alors c'est toujours à une heure où ça convient pas, c'est sûr. Alors la tendance c'est de botter en touche, de prendre ça de haut, et rapidement. Et là on casse tout, puis c'est comme ça qu'après on peut avoir des catastrophes. Donc, à ce moment-là il faut savoir dire au jeune que... le prendre quand même un petit peu, lui dire qu'on a bien compris ce qu'il demande, lui dire qu'on est là pour l'aider, qu'on va l'aider, et que donc on veut absolument le revoir et lui donner un rendez-vous, hein, il faut, il faut surtout pas...

Dr F : Moi j'ai un patient une fois il m'appelle à huit heures du soir, un gars qui est jamais malade, il me dit "Je sais pas ce que j'ai", bon puis ça me faisait suer, huit heures du soir, j'avais pas fini ma journée encore, j'y vais, bon, je l'écoute, disons, mais, peut-être pas bien, certainement pas bien, et... il me dit "Vous savez, j'ai pas le moral, ça va pas." Bon, je dis "Bon, c'est bien, on va arranger ça." D'autant que c'était le patient qui était jamais malade. Et, bon moi je m'en vais... Deux heures après il s'est pendu. Alors quelque part là aussi, j'ai pas répondu... Hein, il appelle jamais, il appelle pour une fois, un soir, donc c'était aussi quelque part... Le fait qu'il appelle le soir ça voulait dire "Je veux peut-être discuter cinq minutes, qu'on ait le temps" et voilà, quoi.

L'utilisation de score a été peu évoquée, et sans remporter la conviction des médecins, à l'exception du docteur C, mais dans le cadre de son activité en SSR, avec des psychologues. Le temps nécessaire à les remplir serait un obstacle à leur utilisation.

Dr N : Je crois pas trop aux questionnaires d'auto évaluation, les gens confient ça là-dedans, moi ça... c'est... ça fait contrôle technique, j'aime pas. Est-ce qu'on pourrait déléguer ça à une infirmière ?

Dr C : En SSR c'est facile parce que je demande à ce qu'on fasse, la psychologue elle demande, je lui fais faire des questionnaires, des scores : Hamilton, HAS, voire même des (inaudible), puis ces scores ben, ils reflètent parfois des souffrances psychologiques que les gens n'ont pas avouées dès le départ. Tu t'aperçois qu'ils ont un score élevé d'angoisse dont ils ont pas parlé. Hein tu vois, voilà. Donc ça c'est bien en SSR, parce que c'est pas moi qui fais parce que je perds pas trop de temps et c'est pas moi qui fais. Et au cabinet c'est plus du feeling

▪ **Autres manières**

Les médecins citaient enfin quelques autres manières d'aborder les non-dits.

L'apport d'informations par des tiers était volontiers cité par les médecins, en particulier ceux exerçant en milieu rural. Ces tiers pouvaient être la famille, des amis, ou bien d'autres professionnels de santé.

Dr D : . Élément qu'on peut arriver à retrouver par la famille aussi ! Et ça c'est... Après c'est le secret médical... Donc on peut ne pas parler, mais c'est la famille qui vient nous voir quelquefois, bon qui vient pour un problème, et qui va nous dire "Ben tiens au fait docteur vous avez vu mon mari, vous avez vu ma femme, je voulais quand même vous dire que.. il y a ça qui se passe. "

Dr N : Et ma femme qui est infirmière et qui vient de s'installer comme infirmière, mais qui l'était déjà avant comme remplaçante, parfois elle voit des patients à moi, et elle me dit "Au fait est-ce qu'il t'a dit que..." et en fait je m'aperçois qu'il y a une information, pas forcément une information médicale mais des choses que les patients ne m'ont pas dit, et qu'ils disent à une infirmière parce que le rapport avec une infirmière est différent.

C'est parfois suite à une coïncidence que les médecins disaient avoir mis à jour un non-dit.

Dr D : il est venu me voir en me disant "Ben tiens en fait, ben je prends de la drogue. J'aimerais bien arrêter." Donc ça il a mis du temps à me le dire. Mais je me doutais bien parce que je l'avais vu. Enfin c'est peut-être un concours de circonstances, hein, je l'aurais jamais croisé avec telle et telle personne, je me serais jamais doutée que.

L'apport de la médecine non-conventionnelle n'a été cité que par les médecins C (ostéopathe) et O (pratique de Thérapies Cognitivo Comportementale). Les médecins allopathes n'ont pas évoqué le sujet spontanément.

Dr C : ... Avec l'ostéo', si tu veux, j'ai des gens que je vois dont je suis pas le médecin traitant, ils vont me dire certains trucs, je dis "mais vous l'avez dit ça à votre médecin traitant ça ?" ; "Oh ben non, on ne peut pas tout lui dire, euh..."

Dr O : Donc, on leur demande ce qu'il pensent, ce qu'ils ressentent... dans telle ou telle circonstance, voilà donc c'est en ça que c'est intéressant d'ailleurs (rire) c'est une véritable exploration, et y a un côté vraiment d'exploration, mais c'est pas ce que j'appellerai un dévoilement par contre, c'est une exploration.

Enfin, le docteur M a rapporté l'expérience de patients qui utilisent l'écrit pour aborder un non-dit qu'ils ont du mal à verbaliser.

Dr M : On peut aborder tous les sujets avec ses patients, à partir du moment où le patient le sollicite pour ça, que ce soit par du verbal, par de l'écrit, ça arrive, qu'on nous glisse un courrier. "À donner..." En général c'est pas anonyme. Voilà. On a des courriers très intimes dans nos dossiers, je pense que tous les médecins en ont.

7. Rôle du profil du médecin

Nous avons essayé de déterminer ce qui, dans le profil du médecin, influait sur l'existence de non-dits chez les patients. Les réponses étaient loin d'être unanimes.

L'âge du médecin était constamment cité comme un facteur influant. La tendance était plutôt de considérer qu'il y avait moins de non-dit avec l'avancée en âge du médecin, mais les avis divergeaient.

Dr F : -J'ai pas de... Peut-être à cause de l'âge, aussi... quand on est plus vieux, quand on est plus vieux ça passe mieux, les gens, les gens se confient peut-être plus, c'est peut-être plus, euh... (...). Les gens font peut-être plus, peut-être à tort, certainement à tort d'ailleurs (rire) parce qu'on est plus vieux ils s'imaginent qu'on sait plus de choses. Et je pense qu'ils se confient peut-être d'avantage.

Dr M : Bon je pense que l'âge ne rentre pas en ligne de compte. Je pense pas. Les gens viennent voir un médecin...

Dr N : Je pense qu'il y a des choses qu'on dira pas à un jeune médecin, et qu'on dira plus facilement à un médecin chenu.

Nous : -Est-ce que vous pensez qu'inversement il y a des choses qu'on dirait plus facilement à un jeune médecin et qu'on dirait plus difficilement à un médecin plus âgé ?

-Absolument. Absolument, bien sûr. Euh, par exemple un ado il va peut être plus parler à un médecin jeune qui va comprendre deux trois mots de verlan, et qui saura... Oui, bien sûr.

Les médecins ont aussi parlé de l'influence du sexe du médecin. Les médecins rapportaient plutôt une tendance de patients à mieux se confier à un médecin de même sexe. Quelques uns considéraient plutôt qu'il n'y avait pas d'influence.

Dr G (femme) : moi en tant que femme plus jeune, les gamines vont me parler de choses qu'elles parleront pas à des hommes plus vieux.

(...)

...tout ce qui est trouble érectile chez les hommes, ils ont du mal à en parler, peut-être à moi parce que je suis jeune et je suis une femme.

Dr J (homme) : Je pense aux consultations avec les femmes. Je pense que tant que la séduction est en jeu... le jeu est un peu faussé. Et plus on vieillit, naturellement, moins la séduction opère, enfin opère, enfin est sous-jacente, enfin je sais pas comment dire, et donc plus les choses sont plus simples.

Dr H (femme) : y a pas mal d'hommes qui parlent de troubles de l'érection, alors bon je sais pas si j'ai une tête à ce qu'on m'en parle spécialement (en riant) mais on m'en parle régulièrement...

Dr M (femme) : On en parle plus d'ailleurs aujourd'hui, quand même, de ces domaines-là, je trouve. Plus facilement, et peu importe que ce soit un patient homme et un médecin femme.

Le rôle de la personnalité du médecin paraissait être un facteur influant, un bon contact avec le patient favoriserait donc la verbalisation.

Dr K : ...je crois que, je crois que c'est essentiellement notre expérience sur le terrain qui va jouer. Et puis la qualité du contact que vous avez avec les patients.

Dr M : ...il y a le tempérament du médecin, son éducation, bon, qui jouent, qui interviennent aussi.

Dr L : ...je crois que ça peut s'apprendre. Y a une bonne part de personnalité du bonhomme et ça peut s'apprendre.

Le docteur M proposait de mettre en avant telle facette de sa personnalité favorisant le contact avec tel patient.

Dr M : il y a des gens qui ont besoin d'être... il y a des gens qui ont besoin d'avoir un médecin plus autoritaire en face d'eux, bon ben ça si on le sait, à ce moment-là on adopte la conduite autoritaire, évidemment. Y en a qu'on tient comme ça. Y en a qui veulent qu'on soit un peu médecin gendarme. (...) Je pense à un patient, bon, qui... qui est émollique, qui est dépressif, bon, qui vit tout seul, bon... Et ben lui il cherche clairement l'autorité, et il trouve l'autorité.

De même, l'idéologie du médecin a été décrite comme pouvant susciter un non-dit. Un patient serait ainsi amené à cacher un élément, ou bien à le présenter de façon à satisfaire l'idéologie du médecin.

Dr O : ...si il y a quelque chose dans le, dans le discours du médecin qui fait penser à des jugements de valeur, qu'ils soient positifs ou négatifs. À ce moment-là, ben le patient va éviter, va, va plutôt dire ce qui va le valoriser auprès du médecin et éviter de dire ce qui va le dévaloriser. Donc ça c'est un obstacle évidemment essentiel.

Dr J : Bien sûr que ça joue, comment on se positionne vis-à-vis de l'homosexualité, comment on se positionne vis-à-vis de l'euthanasie, comment on se positionne vis-à-vis de l'IVG... euh... comment on se positionne vis-à-vis de la religion. Enfin, je crois... ça intervient bien sûr.

Quelques médecins ont évoqué le rôle du transfert (en admettant ce terme ou non). Les projections symboliques pourraient favoriser la persistance de non-dit, ou au contraire favoriser la verbalisation.

Dr I : -Moi je suis persuadé qu'il y a des patients et des patientes qui choisissent leur médecin pour ça, ça c'est sûr. Et si ça fonctionne bien, c'est, c'est à cause du transfert. Mais le problème, le problème c'est que le médecin ne doit pas accepter le transfert. (...) il doit pas accepter le transfert sinon après la discussion est complètement faussée.

-Alors est-ce que d'une certaine manière on doit le décoder pour pouvoir le refuser ?

-Il faut le décoder, et il faut essayer de... de, de rejeter le transfert pour pouvoir rester à sa place. Ça c'est, ça c'est... il faut, il faut le faire dans tous les cas.

Dr N : Mais je pense que le problème est pas tellement... est dans ce que les gens considèrent que y a pas besoin de me dire. Soit parce que, j'ai l'impression que malgré tous les efforts que je fais, en étant médecin on est dans une position qui est plus intimidante que celle de ma femme. Et en étant infirmière, d'un point de vue archétypal, elle est considérée comme plus proche, plus corporelle, plus caressante. Et donc les gens vont lui dire des choses plus intimes qu'ils ne me diront pas malgré tous mes efforts pour avoir le non-dit. Donc ce qui est intéressant c'est la position archétypale qu'on a là-dedans : le médecin, en tant que médecin, à qui on dit que des choses sérieuses, et pas futiles...

Dr J : ...par exemple les adolescentes, ou les jeunes adultes, où ils peuvent me, me situer dans une fonction plus parentale, voilà.

-Une espèce de transfert, ou de projection.

-Oui, bien sûr, tout à fait.

Le fait d'être remplaçant était parfois l'occasion de parler d'un sujet non abordé avec le médecin habituel. Une partie de l'entretien avec docteur H, remplaçante, est consacrée à ce phénomène.

Dr H : Alors c'est marrant parce que moi en tant que remplaçante, y a des gens qui arrivent qui me disent "Je vais vous dire ça, je l'ai jamais dit à mon médecin je veux pas que vous le mettiez dans le dossier. Ça reste entre nous, je vous le dis..." Bon voilà. Et puis il y en a d'autre comme je suis pas leur médecin ils veulent pas tout me dire, je vois bien qu'ils laissent certaines choses de côté.

Dr I : (au sujet de l'impuissance) Je crois que c'est pas abordé. Parce que la personne se dit "Bon c'est le remplaçant, soit il est trop jeune, donc on en parlera avec le médecin quand il, le médecin remplacé, quand il reviendra".

Le docteur H proposait que la raison puisse être la crainte que le médecin habituel porte un regard différent sur le patient à la lumière de ce non-dit.

Dr H : j'ai vu des patients me dire "Oui mais mon médecin traitant il s'occupe aussi de mon mari, et je veux pas que ..." c'est pas la peur que le médecin en parle au conjoint, parce qu'il y a le secret médical, c'est la peur que la relation avec le mari soit plus la même, parce qu'il va savoir ça. Et j'ai des patients qui m'ont dit "Je veux pas interférer dans cette relation-là et donc je veux pas qu'il soit au courant."

Inversement le docteur O rapportait que des patientes pouvaient préférer s'adresser à une remplaçante pour des problèmes d'ordre gynécologique.

Dr O : -Mais il arrive par exemple que les remplaçants ou les stagiaires puissent recueillir des choses... que les gens n'ont pas osé me dire, ou n'ont pas osé me parler.

-D'accord.

-Bon, c'est souvent, euh... je dirais, euh, pour les femmes par exemple... des préoccupations qui ont trait à la sphère génitale.

-D'accord.

-Voilà donc, "pas en parler à un homme."

La majorité des médecins a évoqué le phénomène d'adaptation de la patientèle au profil du médecin. Au fil des années les patients se tourneraient préférentiellement vers un médecin qui présente un profil qui leur convient. Ils rapportaient que les patients choisissaient leur médecin en tenant compte de sa susceptibilité à explorer le non-dit.

Dr A : Si t'es (le genre de médecin qui explore beaucoup le non-dit), tu auras des patients qui aiment bien qu'on s'engouffre là-dedans. Si t'es pas comme ça, t'auras des patients qui ont pas forcément envie qu'on aille se mêler de tout ça. Ta patientèle sera à ton image. Je te dis, si les patients sont pas contents du service rendu, ils iront voir autre part, hein. S'ils sont contents, bon voilà. Bon, on est comme on est, on peut pas plaire à tout le monde.

Dr C : Dans leur pratique de tous les jours, t'as des médecins qui sont très orientés "psy" et puis d'autres qui sont pas très orientés "psy". Le malade ira voir... Puis ils le savent les malades ! Ils savent qui ils vont voir. Le malade qui aime bien voir un mec qui va vite, je dis pas que c'est pas bien, qui... Tu vas le voir parce que t'as mal à tel endroit et tu veux pas qu'il t'emmerde pour autre chose, les malades savent qui il faut voir et puis ça leur convient très bien. Et puis il y en a d'autres qui aiment bien gratter un petit peu, etc., le malade sait que celui-là on ira le voir parce que justement ils pourront peut-être un peu plus exposer leurs soucis. Donc ça il faut le savoir aussi que les malades ils se rendent vite compte de qui ils ont en face.

Dr N : C'est-à-dire, je pense qu'il y a des patients pour tous les médecins. Y a les patients qui veulent un médecin qui va les fouiller, et y a les patients qui veulent un médecin qui leur fout la paix. C'est pas pour ça qu'il fait mal, il va avoir des patients qui vont lui correspondre. De même qu'il y a des patients qui n'aiment pas qu'on les touche, et ils viennent pas me voir, parce que moi je les touche. Et des patients qui veulent qu'on les touche viennent me voir et viendront pas (voir un médecin qui sera plus expéditif). Donc, oui, il risque de passer à côté de certaines choses peut-être sur le plan sémiologique, mais il va avoir des patients qui veulent pas trop qu'on s'immisce dans leur non-dit. Et moi je vais peut-être être vécu comme intrusif, déplacé... Donc on peut comprendre ça.

8. Contraintes

Nous avons interrogé les médecins sur les difficultés qui s'opposent à s'intéresser au non-dit des patients.

La contrainte de temps a été abordée par l'ensemble des 16 médecins. Elle était souvent la première évoquée.

D'une part explorer le non-dit semble être coûteux en temps.

Dr D : ...ça m'est arrivé de ne pas relever, parce que je savais que je pourrais pas, que je n'aurais pas le temps. C'est toujours une question de temps, en fait. J'aurais pas le temps de gérer.

Dr H : ...il y a des jours où on est en retard, et puis on va dire "Je sens bien qu'il se passe quelque chose" ou bien "Il veut pas me dire ça, mais de toute façon aujourd'hui j'ai pas le temps." faut être honnête, il y a des jours où voilà quoi.

Nous : -D'accord. Est-ce qu'il y a une manière de faire pour économiser du temps, pour faciliter... ?

Dr K : -Non, non.

-Ça on peut pas être... avare de temps ?

-Non, je ne crois pas. Faut pas économiser de temps, c'est la chose... la plus Indispensable.

Mais en plus, cela nécessiterait une disponibilité contraignante. Certains médecins rapportaient des situations de patient en demande à un moment qui ne s'y prêtait pas.

Dr J : ...j'ai appris, grâce aux groupes Balint, que voilà, il fallait respecter l'intimité des gens, des patients, qu'il fallait leur tendre la perche, et qu'au moment où ils ont envie de dire quelque chose, au moment où ils ont envie de le dire, il faut être présent et disponible, ce qui est toute la difficulté.

Dr P : À la limite c'est presque plus facile en fin de journée, quand t'as presque plus personne à voir derrière, que quand t'es déjà en retard d'un quart d'heure ou plus, et que tu sais que ça va augmenter.

Dr F : On n'a pas toujours le temps, on est pris, la salle d'attente qui déborde, vous avez des gamins qui foutent le bordel partout dans le cabinet, ben il faut qu'on avance quoi...

Quelques-uns rapportaient la nécessité d'avoir une certaine attention pour être en mesure d'aider à la verbalisation. Parfois, le manque de disponibilité mentale pourrait alors aussi être un obstacle.

Dr I : Et donc ça, ça va dépendre du nombre de personnes qui se trouvent dans la salle d'attente. On n'est plus dans l'empathie quand on sait qu'on a cinq six personnes qui sont en train d'attendre patiemment, ou des fois impatiemment dans la salle d'attente, et qu'il va falloir écluser toutes ces personnes.

Dr M : Et c'est pas forcément une fatigue de la journée, à la limite ce serait plus... Y a des jours où on n'est pas bien soi-même, parce qu'on a plein d'autres soucis à côté, on sera moins disposé à aller voir de ce côté-là.

Ces deux facteurs semblaient être variables au fil de la journée de consultation. Selon les médecins, l'ouverture au non-dit croissait ou décroissait au fil de la journée.

Dr J : D'ailleurs moi je suis plus à l'écoute à huit heures du matin qu'à vingt heures le soir. Y a des gens qui adorent être à l'écoute tard le soir, moi je suis... Voilà, et puis, euh, voilà toutes les contraintes extérieures en termes de disponibilité d'esprit. Je parle du médecin, là.

Dr P : À la limite c'est presque plus facile en fin de journée, quand t'as presque plus personne à voir derrière

Dr K : Faut voir aussi une consult' si c'est à huit heures du matin, si c'est à vingt et une heures, on n'est pas pareil. Il y a aussi ce que le patient lui il va avancer, mais on est pas toujours... ça dépend de l'heure, la disponibilité, la fatigue... Y a cinq cents facteurs qui rentrent en jeu...

Certains médecins évoquaient le flot d'émotion comme une difficulté pour le médecin à s'engager dans des conversations complexes. Cela pourrait aussi être l'une des raisons pour lesquelles il y aurait du non-dit autour des pathologies graves.

Dr H : (au sujet de l'annonce) Je pense que c'est dur. A faire, à dire, aux gens. C'est dur, euh, il faut... faut... après faut pouvoir accepter, pouvoir gérer le patient qui s'écroule, dans le cabinet, enfin... C'est... c'est pas facile.

Dr L : Bon effectivement t'as peut-être des médecins aussi qui, qui sont pas... qui ne veulent pas, parce que ça leur fait peur eux-mêmes. Ils savent pas comment le dire, ils ont peur de la réaction, ils ont peur que le mec s'effondre devant eux ou la femme s'effondre devant eux. Ben oui qu'est-ce que tu veux, ça arrive. J'ai dit des choses et la personne s'est effondrée en larmes devant, qu'est-ce que tu veux, je veux dire, à un moment donné...

Le docteur O préconisait de ne pas verbaliser les émotions que peut ressentir le médecin.

Dr O : Le médecin peut être traversé par un certain nombre d'émotions, de réactions par rapport à ce que dit le patient... Il faut en même temps en être conscient de ça, faut être conscient des émotions qui sont générées en soi par le patient. Chose qui n'est pas évidente, hein. Mais, euh, prendre conscience de ça, et après réagir, bien sûr. Mais être conscient de ce qu'on fait par rapport au patient, de ce qu'on dit. Mais bien sûr qu'on peut ressentir de l'agacement, voire de la colère, ou au contraire des sentiments positifs vis-à-vis du patient.

-Alors ça ça doit rester non-dit ?

-Ben bien sûr, il y a des choses qui doivent rester non-dites.

Dans d'autres situations, c'est l'absence de solution satisfaisante à proposer qui pourrait pousser le médecin à ne pas explorer un non-dit.

Dr A : Encore que des fois tu soulages une plainte et puis tu en crées une autre, c'est le même problème ça, parce que bon, elle a peut-être besoin ou il a peut-être besoin d'avoir des plaintes pour exister.

Dr N : Mais je baisse pas tellement les bras devant le non-dit, mais ça m'arrive de baisser les bras devant le "non-évolitif", les gens les pieds au mur, qui continuent à boire...

Le risque d'un mauvais abord du non-dit a été évoqué. La crainte d'offusquer le patient pourrait donc décourager le médecin.

Dr C : Ça reste quand même très compliqué parce que dès l'instant que tu te mouilles un peu les gens se fâchent, et les gens ne viennent plus te voir. Parce que tout d'un coup tu sais un truc qu'ils avaient vraiment pas envie que tu saches.

Dr P : ...ça m'est déjà arrivé en tant qu'interne de poser des questions à des patients à lui, qui m'ont regardée de travers parce qu'ils appréciaient pas que... Alors que j'étais pas très intrusive, mais ils avaient pas l'habitude.

L'incertitude du médecin face à ce non-dit était aussi décrite comme une difficulté. Le médecin peut sursoir lorsqu'il se représente mal la nature exacte du non-dit du patient, ou qu'il n'est pas certain que le patient souhaite parler franchement.

Dr A : ... Voilà, t'en auras pas la certitude, t'en auras jamais la certitude, ce sera pas écrit noir sur blanc, je sais pas quoi moi, je veux dire, des choses "j'ai été violé", "je suis homosexuel"...

Dr M : Et c'est terrible, là c'est un non-dit terrible, vous voyez, quand vous suspectez effectivement une maltraitance à l'enfant, et vous vous dites "Mais j'ai pas assez d'arguments, je suis pas sûr, je vais pas aborder le sujet, je vais pas aborder le sujet volontairement" alors que vous pensez sérieusement que ce gosse prend des claques, mais que vous arrivez pas à le prouver et que vous le faites pas parce que vous savez que de toute façon vous avez une chance sur deux de vous bananer...

Cette incertitude était particulièrement prononcée dans les domaines proches de la psychologie. Ceci pousserait certains médecins à ne pas explorer des domaines qui leur paraissent être hors de leurs compétences.

*Dr D : Là ça relève plus de la psychologie... C'est pas trop ma tasse de thé, hein.
(rire)*

Dr F : (la communication non verbale) il faut y être attentif, on n'a pas trop le temps de faire ça... Ou alors je possède pas assez bien le sujet aussi, c'est plutôt ça.

Dr A : (si je ne m'aventure pas trop à analyser l'inconscient des patient) C'est parce que premièrement, première cause c'est parce que j'ai pas les compétences pour analyser ces choses-là. Si je commence à poser des questions sur l'inconscient des gens, ils vont me répondre des trucs, je saurai pas, je saurai pas quoi en faire, souvent. Donc euh, je le fais pas trop, de la même manière que si tu sais pas faire un examen gynéco tu soignes pas les vaginites...

Le docteur L expliquait que parfois c'était peut-être la méconnaissance d'un sujet médical sur le plan théorique qui conduisait à ne pas s'y aventurer.

Dr L : Après vous avez le non-dit qui dérange le médecin. Si y a un non-dit c'est parce que ça le dérange lui. Parce qu'il sait peut-être pas forcément quelle réponse il va apporter, et il a pas envie de rentrer sur ce terrain-là. Donc ça c'est du non-dit volontaire, je dirais c'est le non-dit par méconnaissance du sujet. Je crois que je vais pas jeter la pierre, ça peut m'arriver de temps en temps.

La présence d'un accompagnant pourrait aussi parfois constituer un obstacle à aborder certains sujets délicats.

Dr E : souvent le couple est là, on peut pas parler aussi spontanément que s'ils venaient seuls.

Dr M : Euh, parfois les gens ne parlent pas parce que leur conjoint est à côté, voilà, on va dire qu'il y a des choses qui ne sont pas dites, euh, parce qu'ils ne sont pas seuls, parce qu'ils sont accompagnés par le conjoint ou par des enfants. Bon, mais ils arrivent à nous le faire sentir, ils nous disent qu'ils reviendront, enfin qu'ils nous recontacteront, etc. Hein, en général, il y en a peut-être qui ne le disent pas et puis qui reviennent tout seuls.

Enfin, le docteur F, qui n'a pas de secrétariat, perçoit les interruptions par le téléphone comme un obstacle à la confiance.

Dr F : Mais c'est vrai que bon, le truc c'est le téléphone. C'est vrai que souvent le téléphone sonne. Alors ça casse la consult'. Alors là on est foutu, là les gens ils ont plus envie de parler. S'il y a cinq coups de téléphone dans dix minutes, voilà c'est foutu.

9. Non-dit du médecin

Nous avons vu que le code de déontologie médicale permet l'existence de non-dits dans des limites appréciées par le médecin. (Annexe 1) Les médecins étaient aussi amenés à s'exprimer sur leur propre non-dit. Nous avons essayé d'en comprendre ses raisons, les thèmes et l'interaction avec le non-dit du patient.

L'un des facteurs importants sur l'existence de non-dit du médecin était son « aplomb ». Les docteurs C et K déclaraient avoir un aplomb associé à leur ancienneté. Cet aplomb leur permettrait de verbaliser davantage de choses, ou d'avoir une approche parfois plus « frontale ».

Dr C : Tu vois là je mets les pieds dans le plat, je... J'ai pas peur (d'insister sur les éléments sensibles) tu vois ? Aujourd'hui. Alors qu'un jeune médecin, des fois, quand ton client, il tombe malade depuis peu de temps, toi tu, tu es mal à l'aise par rapport à ça, tu veux pas blesser, tu veux pas faire peur, etc. Donc tu sauras pas trouver les mots, etc.

Dr K : Quelqu'un me dit quelquefois "Mais c'est intéressant tout ça ?" (très calmement) "C'est plus qu'intéressant ! Si vous refusez de répondre à ça, vous sortez, vous sortez, c'est clair". J'ai assez de poids maintenant pour le dire.

Les propres tabous du médecin étaient décrits comme influençant le non-dit. Par exemple en favorisant le repli du patient, ou bien en ne permettant pas l'abord d'un sujet qui met le médecin en difficulté.

Dr A : Il peut y avoir des tabous. D'abord les propres tabous qu'on peut avoir soi-même, qui fait qu'on est mal à l'aise pour faire certaines choses. Bon euh, quand il faut faire certaines, je sais pas quoi, certaines euh, comment je dirais, certaines parties de l'examen clinique. Euh, si t'es pas à l'aise, t'arriveras pas à mettre l'autre personne à l'aise, quoi.

Dr J : Moi je crois que spontanément les médecins ils trouvent des paradés. Un médecin alcoolodépendant par exemple, y en a. Il parle pas alcool avec ses patients, hein... J'imagine. Un médecin homosexuel, il y en a aussi... ben là je sais pas !

Dr L : ...t'as peut-être des médecins aussi qui (ne font pas d'annonce détaillée de maladie grave), parce que ça leur fait peur eux-mêmes.

Il ne nous a pas été simple d'interroger les médecins sur la nature de leurs propres tabous. Quelques thèmes de non-dit nous ont été donnés, qui n'étaient pas les thèmes majeurs de non-dit chez les patients (sexualité, addictologie, cancérologie...).

** Anxiété Dr L dit au premier abord "Moi j'en ai pas" puis hors micro nous a parlé d'une certaine réserve à parler d'anxiété et de stress professionnel.*

** Agressivité Dr N : "Je crois que la seule catégorie de non-dit où vraiment je peux pas me rendre compte, c'est les gens qui sont en colère contre moi. Comme je gère très mal l'agressivité, que j'aime pas du tout qu'on m'aime pas, si y a des gens qui m'en veulent ils le disent à la secrétaire et ils me le disent pas. J'aime pas bien les reproches, donc ça, ce non-dit là, comme je suis pas du tout prêt à l'entendre, je vais pas du tout le chercher. "*

** Médecine non-conventionnelle Dr M : "Moi je suis, comme on le disait tout à l'heure, un médecin conventionnel, donc je suis... peut-être, vous voyez ça va peut-être vous faire sourire, moi je suis peut-être, peut-être que tout ce qui est médecine douce, médecine chinoise, tout ça, ils savent que moi c'est pas trop mon truc donc ils m'en parlent un petit peu, mais c'est vrai qu'ils creusent pas trop parce qu'ils savent que c'est pas mon truc. "*

Le médecin J signalait l'apport des groupes Balint pour aider le médecin à comprendre ses propres non-dits.

Dr J : ... aux groupes Balint, on apprend plus à savoir comment on fonctionne.

Nous : -On doit se demander quels sont ses propres tabous ?

Dr J : -Pour ça Balint c'est quand même très bien, savoir comment on se situe par rapport... à l'alcool, bien sûr, les autres drogues, ma génération est moins concernée. Bien sûr que ça joue, comment on se positionne vis-à-vis de l'homosexualité, comment on se positionne vis-à-vis de l'euthanasie, comment on se positionne vis-à-vis de l'IVG... euh... comment on se positionne vis-à-vis de la religion. Enfin, je crois... ça intervient bien sûr.

Certains médecins considéraient qu'il fallait n'avoir aucun tabou et pouvoir parler de tout.

Dr O : Le médecin doit faire sienne cette devise : "Rien de ce qui est humain ne m'est étranger."

(...)

Y a aucun sujet qui doit être tabou en médecine générale.

Dr C : Je crois qu'il y a pas grand chose qu'on doit pas dire, et... Mais ça... Faut apprendre à le dire. Il n'y a pas grand chose qu'on doit pas dire. Moi je crois qu'il faut tout dire. Maintenant il y a une façon de dire les choses, hein.

Dr L : Du non-dit moi j'en ai pas. J'ai plutôt, quand j'ai quelque chose à demander, que j'ai quelque chose à dire, je le dis. Si j'ai du non-dit, ça sera peut-être par omission, non volontaire, voilà.

Le contre-transfert était plutôt perçu comme un phénomène dont il fallait se méfier. Les médecins préconisaient de prendre en considération leurs projections symboliques du patient.

Nous : -Est-ce qu'il vous semble qu'il y a toujours un petit peu de contre-transfert du médecin vers ses patients ?

Dr M : -Sans doute, mais il faut l'avoir en tête, et savoir bloquer. On en prend conscience. C'est humain, je dirais, bon, c'est humain.

Dr O : Mais être conscient de ce qu'on fait par rapport au patient, de ce qu'on dit. Mais bien sûr qu'on peut ressentir de l'agacement, voire de la colère, ou au contraire des sentiments positifs vis à vis du patient.

-Alors ça ça doit rester non-dit ?

-Ben bien sûr, il y a des choses qui doivent rester non-dites. (...) essayer de répondre le plus... comment dire, de façon la plus dépassionnée possible.

Un sentiment de désaccord ou de rejet vis-à-vis du patient était décrit comme devant rester non-dit, à l'exception de quelques situations très difficiles.

Dr P : Un patient envahissant ça m'est arrivé une fois, parce qu'il dépassait vraiment les bornes, oui les gens qui appellent trois ou quatre fois par jours, je leur dis qu'à un moment faut qu'ils arrêtent d'appeler pour pas grand-chose.

Le docteur L illustre ceci de l'exemple d'un patient présentant une mauvaise hygiène.

Dr L : L'hygiène par exemple. On peut avoir des patients sur la table d'examen, tu vas te rendre compte qu'ils ont une hygiène qui est pas terrible. Alors soit tu dis rien... Pis bon, c'est tout, tu mets une pince à linge (en se pinçant le nez) soit tu leur dis. Bon. Moi je vais te dire, j'ai du mal à dire à un de mes patients "Faudrait quand même vous laver". Quand c'est trop je le dis. Je leur dis "tendez, vous avez perdu votre savon ?" (rires) Tu peux mettre une petite touche d'humour, ça va peut-être faire rire le patient. "Ah, j'sors du boulot" ; "Ah bon ?" Ça fait rien l'idée elle est passée. Alors, c'est sûr, y a une technique de parler des non-dits. Ça dépend beaucoup des gens, hein. Bon après, qu'est-ce que tu veux, quand tu as des gens qui sont... comme on en a vu une, qui est sous tutelle, qui a pas la lumière à tous les étages, ben, bon elle vient, elle pue, bon c'est tout : elle pue, on va pas lui dire, c'est tout. Là c'est un non-dit si tu veux volontaire parce que tu sais que de toute façon t'arriveras à rien, ça te mènera à rien.

Concernant les annonces de maladie grave, les médecins proposaient généralement de « tout dire » à leurs patients. C'est, nous l'avons vu, l'attitude préconisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. ^[11]

Dr F : J'étais avec une patiente il y a une paire d'années, avec le professeur Conroy. Et, il lui a demandé, il lui a dit "Mais qu'est ce que vous voulez savoir de votre maladie ?" Bon la patiente a répondu "Tout". Bon cancer du sein, métastases, etc. Donc il a, il lui a tout dit. Bon. Ben moi j'utilise un peu son truc, maintenant.

Dr P : Si on parle d'annonce, fin d'évolution d'une maladie, y a pas besoin d'avoir de non-dit. Après ce qui doit rester non-dit du médecin c'est ses opinions personnelles.

Dr L : le non-dit (en cancérologie), très honnêtement, il doit être exceptionnel.

Plusieurs racontaient leur regret de voir des patients ayant eu une annonce incomplète de leur maladie grave. Par contre aucun n'a déclaré avoir des difficultés personnelles en situation d'annonce.

Dr H : Je pense honnêtement qu'il y a beaucoup de choses qu'on ne dit pas, qu'il y a beaucoup de médecins qui ne disent pas, euh, moi j'ai assisté à des annonces de diagnostic de cancer, quand j'étais interne... je suis repassée derrière pour dire aux gens "Vous avez un cancer" et il m'a regardé avec des gros yeux "Ha bon !" Ben je leur dis "Oui c'est ce qu'on vient de vous expliquer pendant dix minutes", mais jamais, y a le mot cancer qui est donné.

Plusieurs médecins rappelaient l'importance de conserver une attitude d'honnêteté vis-à-vis du patient. Ils insistaient parfois sur la différence entre un non-dit « raisonné » et un mensonge.

Dr A : Non il faut pas toujours jouer carte sur table, ça dépend... euh "carte sur table", c'est pas, il s'agit pas de... attention il faut pas mentir ! (...) Mais bon parfois il y a des omissions que... Voilà, des choses que tu ne dis pas qui sont, voilà, qui sont bienvenues. Donc euh, bien sûr il y a des tas de choses que tu dis pas, euh... Pour prendre un exemple basique, quelqu'un qui vient me voir pour un cancer, on vient de lui dépister un cancer mettons du pancréas, t'es pas obligé de lui dire les chiffres de survie à cinq ans...

Dr O : Alors, c'est évident que la maladie grave à mon avis elle doit être annoncée de façon très claire. En même temps avec tact, mais en même temps sans mensonge, sans faux-fuyants.

Dr G : si on a envie qu'il fasse quelque chose, peut-être lui annoncer une chose à une chose, pas lui dire tout (d'un coup). Mais après, honnêteté complète, je suis pas du genre à cacher les choses.

Quelques médecins estimaient qu'ils ne devaient pas s'exprimer sur des sujets non-médicaux. Ce d'autant plus que les sujets prêtaient à caution.

Dr P : Après ce qui doit rester non-dit du médecin c'est ses opinions personnelles (et les jugements).

Dr O : Le médecin peut ne pas avoir envie de s'occuper de cette histoire de conflit avec le conjoint, (rire) de pas s'en mêler, et tout à fait sagement d'ailleurs.

Dr N : ...la politique, oui. Pas parler de politique. Surtout s'il a des considérations raciales, parce qu'il peut me mettre en colère. Qu'est ce qu'il y a... non, sinon, non.

La perception du non-dit du médecin a été l'objet de plusieurs remarques. Dans l'ensemble les médecins concédaient que les patients peuvent se rendre compte de certains non-dits conscients du médecin : par exemple son exaspération, son inquiétude, etc.

La perception par les patients du non-dit inconscient du médecin leur paraissait moins probable.

Dr H : Je pense que certains patients qui peuvent avoir une sensibilité particulière, ou peut être une intelligence... plus importante, (...) il doit y avoir des choses qui peuvent être perçues.

Nous : -Et vous pensez que des fois le patient le ressent, que le médecin ne dit pas tout ?

Dr B : -Ah ouais. Quelqu'un qui est atteint d'une grave maladie il a les sens exacerbés et il perçoit tout, et il ressent tout (...) Alors en même temps ils doivent peut-être sentir que tu joues un jeu qui n'est pas clair...

Dr G : Peut-être qu'ils pensent croire (rire) capter certaines choses, et que je sais pas, peut-être...

Le docteur F mentionnait même que les patients pouvaient faire des erreurs d'interprétation de ce non-dit du médecin.

Dr F : Ah oui oui ils sont sensibles à ça, faut faire vachement gaffe, parce qu'on a souvent quand même des gens qui disent "Tiens, vous voulez pas me dire ça" et tout. Alors que bon, des fois on est préoccupé par autre chose.

10. Progression dans le temps

Nous tentions de déterminer comment la faculté du médecin d'explorer le non-dit évoluait au cours du temps. Encore une fois, les points de vue étaient très divergents. Les médecins évoquaient principalement trois axes : une part d'**innée**, une part liée à l'**expérience** et une part liée à l'**enseignement**.

▪ Inné

Certains médecins considéraient que les facultés de communication impliquée dans le dévoilement du non-dit étaient d'ordre inné. C'est l'avis partagé par les médecins C et G, qui se trouvent être apparentés.

Dr C : Je crois qu'il y a quand même beaucoup d'inné par rapport à ça. Tu sais moi j'enseigne en pédagogie médicale, on s'aperçoit qu'après un an de diplôme, ceux qui sont prédisposés à être de bons pédagogues ils seront de bon pédagogues, ceux qui sont pas prédisposés, même s'ils apprennent... bon ils seront un peu moins mauvais. En communication tu apprends des méthodes, des techniques, mais il y a aussi pas mal de prédispositions.

Dr G : Ah non pour moi la communication c'est inné. Après je sais que nous y a eu pas mal de formations sur l'empathie, oui je pense que peut-être certaines personnes qui ont pas ça, qui ont pas la conversation innée, peut-être qu'il y a certaines pistes à apprendre, mais pour moi, oui, c'est de l'inné.

Le docteur I considère que ce n'est pas à proprement parler de l'inné, mais plutôt relatif au caractère du médecin.

*Dr I : C'est pas inné, c'est dans l...c'est dans les rapports qu'on peut avoir avec les gens, à savoir la façon dont... dont on va ressentir certaines choses.
(Il détaillait ensuite l'apport formation littéraire, puis du caractère empathique du médecin.)*

▪ Expérience

L'opinion la plus répandue était que le facteur le plus important était l'expérience. Avoir été confronté à des situations chargées en non-dit faciliterait la manière de gérer d'autres situations similaires.

*Nous : -Est-ce que vous pensez que c'est quelque chose qu'on peut apprendre ?
Ou est-ce que c'est plutôt par rapport...*

Dr E : -Je pense que ça ça vient avec l'expérience.

Dr K : Ça pourrait être l'objet de cours, bien sûr. Technique d'interrogatoire, mais ça, je crois que, je crois que c'est essentiellement notre expérience sur le terrain qui va jouer. Et puis la qualité du contact que vous avez avec les patients.

Le docteur M rapporte qu'elle observe une telle amélioration des facultés de communication dès les premières années, chez ses internes.

Dr M : En tant que maître de stage, moi je vois tout à fait la différence entre mes jeunes stagiaires, et je vois même la différence entre mes jeunes stagiaires qui rentrent en troisième cycle, et puis ceux qui sont en fin de parcours, à la fin du troisième cycle, et qui en deux ans ont déjà acquis plus de bouteille, hein, ça se sent très bien dans la relation.

▪ Enseignement

Le docteur O considère à l'inverse que malgré l'expérience on peut ne pas progresser.

Nous : -Et au cours de la carrière, c'est quelque chose qui change avec l'expérience qu'on acquiert ?

Dr O : -Pas forcément, si on n'a pas de formation, on peut rester toute sa vie sur un schéma...

et fait partie des médecins qui considèrent que l'enseignement est le facteur principal.

Dr O : Ça s'enseigne, ça s'apprend, d'ailleurs je l'enseigne dans des séminaires de formation pour les médecins. Ça peut s'enseigner.

Certaines pistes d'enseignement étaient proposées par ces médecins. Quelques-unes sont des méthodes qui ont cours au Département de Médecine Générale, auprès des internes : cours théorique, jeux de rôle, techniques de communication...

Dr O : Cette formation elle est pas forcément en séminaire, on peut aussi... je ne sais pas, travailler à partir de lectures ou que sais-je... Toutes sortes de façons, quelque chose qu'on va gagner ailleurs, dans un roman ou pourquoi pas.

Nous : -Et, est-ce que vous pensez que ça s'apprend la manière de parler des sujets difficiles ?

Dr L : -Ouais, je crois qu'on pourrait... Ouais je pense qu'en fac on pourrait faire des jeux de rôle avec des psychologues et des psychiatres, des équipes de psychiatre et de psychologues. On pourrait former nos étudiants à des jeux de rôle, mais même dans des situations où ils peuvent être amenés à poser des questions de non-dit. Ouais. Ouais, leur apprendre à... "Voilà comment aborder le sujet. Voilà comment amener votre patient à parler de ce que vous voulez." Oui, je crois que ça peut s'apprendre.

Dr J : . Moi je suis convaincu qu'il y aurait beaucoup de choses à faire là, avec des enregistrements vidéo, avec des glaces sans tain, bien sûr, bien sûr.

On peut ajouter à cela le témoignage du docteur J, relatif aux groupes Balint.

Dr J : Quand j'étais petit j'ai fait du Balint. (...) Je continue à en faire, d'ailleurs, mais beaucoup moins qu'avant. Et j'avais un fantasme quand je me suis installé, c'était de faire parler les patients. Et donc le non-dit ça se respecte aussi. Et donc, j'ai appris, grâce aux groupes Balint, que voilà, il fallait respecter l'intimité des gens, des patients, qu'il fallait leur tendre la perche, et qu'au moment où ils ont envie de dire quelque chose, au moment où ils ont envie de le dire, il faut être présent et disponible, ce qui est toute la difficulté, mais faut... voilà. On n'est pas chez le juge d'instruction. Et on n'est pas là pour les faire parler.

(...)

Les groupes Balint(...) on apprend plus à savoir comment on fonctionne. Plus qu'à comment dialoguer avec un patient.

V. Discussion

A. Limites de notre étude

Nous avons tenté d'évaluer la validité interne de l'étude en recherchant les biais qui avaient pu influencer les résultats.

1. Biais liés au type d'étude

Certains biais étaient induits par le type d'étude.

Les entretiens semi-directifs nous exposaient à une suggestibilité des réponses par le sondeur. Le fait que le sondeur soit unique était peut-être un facteur limitant la variété des thèmes abordés. Les modalités de communication du sondeur, ses opinions peuvent fortement influencer les données recueillies. ^[20]

Le fait que l'étude porte sur des médecins nous renseignait de façon satisfaisante sur leur perception du non-dit des patients. Le non-dit volontaire des médecins était relativement accessible, bien que ce soit sur un mode déclaratif, donc possiblement biaisé.

En revanche notre étude était moins à même d'explorer certains domaines, en particulier :

- Le non-dit involontaire des médecins. Nous pouvons supposer qu'il était malaisé de recueillir ce qui est difficilement avouable, ou inconscient, ou certains tabous.
- Le non-dit du patient qui est resté définitivement non-dit, ou qui est flou. Par définition, s'il n'a pas été accessible au médecin, il ne pouvait être accessible à l'entretien.

Le fait que l'étude soit rétrospective induisait des *biais mnésiques*. Les médecins délivraient leurs expériences telles qu'ils les avaient mémorisées, mais la fiabilité de ces souvenirs peut être remise en cause. On peut suspecter qu'il existe un biais de mémorisation conduisant les médecins à mieux mémoriser certaines situations positives, ou les situations exceptionnelles.

2. Biais lié aux réponses et à leur interprétation

On nomme *biais de désirabilité sociale* le phénomène qui pousse un interlocuteur à surestimer ou sous-estimer un comportement en fonction de la façon dont il est jugé communément. Dans notre étude, il correspondra à une surestimation des situations où les médecins auront fait preuve de psychologie ou d'empathie, et à l'inverse une sous-estimation des situations de « négligence » de non-dits.^[17]

De façon similaire, on appelle parfois *biais d'autocomplaisance* le phénomène qui pousse un interlocuteur à s'attribuer la causalité de réussites, et à l'inverse de rejeter la causalité d'échecs (Par exemple, ici, en considérant que la faute revient au patient s'il n'a pas verbalisé un élément).^[21]

La nature même des réponses rendait une théorisation difficile. Beaucoup de médecins répondaient que leur attitude « dépendait du patient ». Leurs exemples avaient tendance à être caricaturaux, ne permettant que de dégager une conduite à tenir dans des situations relativement rares en pratique. Leur attitude réelle dans les situations plus nuancées était donc difficile à percevoir.

Il est possible que ces réponses partielles correspondent à des mécanismes de défense ou d'évitement face à l'impératif de répondre en étant enregistré. On peut aussi supposer qu'elles sont liées à un manque de temps pour réfléchir du fait de l'instantanéité de l'entretien.

Enfin notre interprétation était peut-être sujette à un biais de *confirmation* : nous avons peut-être mieux détecté les idées allant dans le sens de nos convictions. Il est possible que l'enchaînement des questions ait suggéré un attrait pour le non-dit et ait encouragé les médecins à témoigner d'un intérêt plus important que dans leur pratique concrète.

Il est aussi possible que dans les entretiens, certaines idées imprécises aient été sujettes à une interprétation erronée.

3. Biais relatifs à l'échantillon

La taille de l'échantillon, seize médecins, est à prendre en considération dans la généralisation des données. Les études sociologiques par entretiens semi-directifs comportent communément quelques dizaines de personnes. ^[17] Dans notre cas, les contraintes pratiques ne permettaient guère une étude plus large qu'une quinzaine de médecins.

La constitution d'un échantillon raisonné de médecins, tenant compte de leur disponibilité mais aussi de leur intérêt pour le sujet, induisait un biais de sélection. Ceci n'est pas un problème en soit, car la représentativité n'était pas recherchée. Cependant, on peut regretter dans cette étude l'absence d'un certains nombre de profils de médecins :

- Médecin homéopathe
- Médecin exerçant dans une très grande ville
- Médecin manifestement non intéressé par le sujet
- Médecin ayant un très faible volume horaire
- Médecin atteint lui-même d'une maladie grave.

En effet un médecin qui aurait eu l'expérience personnelle d'une maladie grave aurait peut-être un regard différent sur le non-dit, à la fois chez le patient et chez le médecin. Le médecin et auteur Martin Winckler publie sur son site internet un tel témoignage, très intéressant. ^[22]

« Le vécu d'un médecin est peut-être particulier : il ne se pose pas les mêmes questions que les non-médecins, il en attend d'autres réponses, mais, pas plus qu'eux, il ne réussit à tenir son irrationnel à l'écart de cette aventure. »

Le médecin patraque, 1, Faut-il dire toute la vérité au malade ?

4. Force de notre étude

Notre étude permettait tout d'abord de faire un état des lieux de la conception de non-dit aux yeux des médecins, ce qui n'est pas l'objet de publications.

Elle permettait d'étudier de façon empirique ses différentes facettes. Les réponses de médecins étaient d'une grande variété. Les médecins témoignaient d'expériences réelles, de terrain, se distinguant de l'attitude « théorique » recommandée dans la littérature, parfois illusoire.

Le nombre important de réponses inattendues, ou à contrepied de ce que nous demandions, nous a paru être un gage de franchise. Cela prouve que la suggestion était limitée. La neutralité a pu être conservée, ou du moins les interlocuteurs gardaient la possibilité de répondre à l'encontre des *a priori* de l'enquêteur.

Enfin, ces réponses correspondaient, pour une part, à des opinions qu'il n'aurait pas été possible de collecter autrement que par une étude avec des entretiens.

B. Synthèse des résultats

Au terme de l'étude, le non-dit semblait avoir une importance aux yeux des médecins, principalement sur le plan « pratique ».

Cette importance pouvait être liée aux thèmes qu'il recouvrait : les addictions, la sexualité, les maladies graves, les violences familiales, etc.

Son importance résidait aussi dans le bénéfice qu'on pouvait tirer de son exploration : un gain de temps, la mise à jour du motif réel de consultation, une amélioration de la relation avec le patient, le soutien d'un patient suicidaire.

Pour son versant médecin, le non-dit était important car il permettait un « ménagement » du patient, typiquement dans les maladies graves, mais aussi pour le préserver d'informations blessantes (par exemple des jugements) ou anxiogènes (par exemple des effets secondaires peu fréquents). Mais d'une façon générale, les médecins estimaient préférable de réduire leurs non-dits au strict minimum.

En revanche, sur le plan symbolique, notre étude peinait à comprendre l'interaction du non-dit du patient et du non-dit du médecin.

A supposer qu'il y ait un phénomène inconscient, une forme de communication, nos entretiens avec les médecins n'ont pas permis de conclure sur sa nature. Pourtant, plusieurs médecins déclaraient que si le patient ne parlait pas d'un sujet sensible, ils n'en parlaient pas non plus, ce qui soutient l'hypothèse d'une sorte de communication. Il semble falloir se tourner vers la littérature psychanalytique (au sens large) pour obtenir une piste d'explication.

En ce qui concerne la méthode d'abord, la recommandation était plutôt de s'interroger sur le bienfait pour le patient afin de déterminer si le non-dit gagnait à être verbalisé. Souvent, les médecins préconisaient un respect, en particulier en l'absence de demande explicite du patient. De plus, la présence de nombreuses contraintes, au premier plan le manque de temps, au second plan les résistances, devait être considérée.

Lorsqu'un abord du non-dit paraissait souhaitable, de nombreuses méthodes étaient proposées par les médecins.

La faculté à employer ces méthodes, et son évolution dans le temps, était l'objet de divisions importantes. La part de l'inné, de l'expérience et de l'enseignement étaient débattues.

C. Comparaison à la littérature

Comme nous l'avons vu, nous n'avons trouvé aucun ouvrage spécifiquement dédié aux non-dits dans la consultation de médecine générale.

Concernant les thèmes de non-dit : seuls quelques ouvrages généraux traitent de sujets sensibles ou des situations délicates en consultation. Les thèmes de non-dit recensés au travers de notre étude paraissent correspondre à ceux retrouvés dans cette littérature. L'ouvrage *L'inentendu – Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné*, par exemple, aborde globalement les mêmes thèmes « sensible », bien que de façon un peu caricaturale, voire lapidaire.^[23] Par ailleurs le non-dit qui se rapporte spécifiquement à un sujet sera abordé dans la littérature traitant de ce sujet (par exemple le tabou de l'alcool dans la littérature de l'alcoolisme, etc.)

L'importance d'une écoute de qualité des patients telle qu'elle était décrite par les médecins, était proche de celle préconisée dans la littérature. De nombreux ouvrages médicaux traitant de communication avec les patients détaillent les différentes façons de susciter la verbalisation par le patient.^{[6] [7]} Ces ouvrages synthétisent la plupart des techniques proposées par les médecins, ainsi que quelques autres. Il est intéressant de remarquer que beaucoup d'ouvrages traitent de ce qui est dit mais non-entendu, et très peu sur ce qui est non-dit.

L'étude de Faizang, revendiquant un abord anthropologique, a permis d'aborder de façon plus objective la part de mensonge ou de camouflage qu'il peut y avoir dans certaines annonces, du fait que l'auteure assistait aux consultations. On pourra regretter que cet aspect ait été peu abordé, ou pas du tout, lors de nos entretiens. Mais il paraît difficile d'imaginer que les médecins déclarent lors d'un entretien enregistré leurs non-dits malhonnêtes.

Dans son étude Sylvie Faizang concluait que bien souvent, les médecins n'avaient pas conscience de ne pas avoir délivré certains éléments au patient et étaient convaincu d'avoir « tout dit ». ^[5] Ceci est à mettre en relation avec le souhait des médecins que nous avons interrogés de « tout dire » lorsqu'il s'agit de diagnostic. Cela suggère que malgré un désir sincère de tout dire, le médecin maintient un non-dit, qui est par conséquent inconscient.

La psychothérapie médicale fait l'objet d'une littérature riche et détaillée, y compris pour les psychothérapies du médecin généraliste. ^{[8] [24] [25]} Quelques médecins revendiquaient une pratique formalisée de psychothérapie : le docteur O pratiquait les TCC. Le docteur N déclarait réaliser les soirs des consultations de 60 minutes à but de soutien. Enfin le médecin C avait une pratique orientée sur les TCC au sein du SSR où il travaille à 50%.

Nous remarquons cependant que les médecins interrogés semblaient peu se référer à des méthodes de communication « théorisées ». Aucune appartenance à une école ou à un courant de pensée ne nous a été déclarée par les médecins, en dehors des médecins O et C, qui se disaient proches des pratiques de TCC. Les médecins interrogés ne paraissaient pas non plus très amateurs de psychanalyse (à l'exception peut-être du docteur J).

Doit-on conclure que les médecins agissent principalement en s'appuyant sur leur intuition ? Peut-être ceci s'inscrit-il dans le courant des publications récentes suggérant un apport intéressant de l'intuition dans la décision médicale. ^[26] L'intuition brute, ou *gut feeling*, serait un outil valable pour déterminer qu'une situation est comprise de façon satisfaisante par le médecin, ou au contraire qu'une intervention ou des éclaircissements sont nécessaires. ^{[27] [28]}

Mais cet appui important sur l'instinct aux dépens de la théorie est peut-être lié à une formation théorique pauvre en psychologie et en communication.^[29] Les médecins élaboreraient alors leur mode de communication en fonction d'un enseignement relativement superficiel, puis en se fiant principalement à leur instinct et à leur expérience.

Enfin, cela suggère peut-être un relatif désintérêt pour la psychologie « dure », théorisée, de la part de médecins généralistes ayant globalement une grosse charge de travail.^[29]

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature médicale de théorie sur les interactions du non-dit du patient et du non-dit du médecin. La littérature psychanalytique suggère que le phénomène de transfert et de contre-transfert s'étende à des relations telles que « *médecin-malade, mais aussi professeur-élève, directeur de conscience-pénitent, etc.* »^[30] Cette acceptation du terme *transfert* est large dans le domaine médical,^{[23] [31]} et courante dans les ouvrages universitaires.^[32] Chez les médecins interrogés dans notre étude, le phénomène de transfert était largement reconnu mais souvent teinté d'une image plutôt négative.

D. Perspectives

Nous pouvons nous interroger sur un certain nombre de points que notre travail n'a pas permis d'élucider.

1. Quel bienfait comme objectif

Plusieurs médecins suggéraient de se baser sur le bienfait pour le patient pour savoir s'il fallait entamer une démarche d'exploration du non-dit.

Cependant la notion de bienfait est très relative. Le bienfait tel qu'il est perçu par le patient peut être différent du bienfait perçu par le médecin. Parfois, viser un certain bienfait sur le plan somatique n'est pas complètement compatible avec un bienfait sur le plan psychologique (ex : sevrage tabagique, perte de poids...). Il arrive aussi que le bienfait à court terme diffère du bienfait à long terme.

En l'occurrence, est-il légitime de parler « des bienfaits » plutôt que « du bienfait » ? Et quel bienfait privilégier ?

Ainsi, à l'incertitude de l'existence d'un non-dit va s'ajouter pour le médecin une incertitude sur l'existence d'un bienfait. C'est peut-être alors en fonction de son caractère et de ses opinions que tel médecin va privilégier tel ou tel bienfait.

2. Régression du non-dit chez le patient bien connu

De nombreux médecins soutenaient que le non-dit régresse lorsque l'on connaît le patient depuis longtemps.

Pourtant, il n'est pas rare d'entendre un patient dire de son médecin « Il me connaît trop ». Et plusieurs médecins évoquaient la verbalisation de tabous auprès du remplaçant et non du médecin habituel.

Quelle est donc la réalité de cette conviction qu'il y a moins de non-dit chez les patients connus depuis longtemps ?

Est-ce que le non-dit diminue dans le temps parce que le patient verbalise de plus en plus ?

Peut-on imaginer que le patient tende moins de « perches » à son médecin ? Ou alors, dans quelles proportions ledit médecin y prête-t-il moins attention ?

Il est permis de s'interroger. Dans son étude quantitative, bien que statistiquement non significative, le Docteur Pelletier suggérait que les jeunes accordaient plus d'importance au non-dit que ceux ayant plus de dix ans d'expérience. ^[3] Ceci serait compatible avec le fait que les médecins deviennent plus « négligents » vis-à-vis d'éventuels non-dits en vieillissant.

3. Etude complémentaire portant sur des patients

Beaucoup de ces éléments manquants trouveraient peut-être une réponse au travers d'une étude portant sur des patients.

Sur le plan médical, il nous a paru préférable de mener une étude auprès de médecins, afin de déterminer l'importance « médicale » du non-dit. Mais sur un plan socio-psychologique, il semblerait intéressant de réaliser une étude similaire en interrogeant des patients.

L'apport conjoint d'une étude portant sur les patients et d'une étude portant sur les médecins serait par ailleurs un support intéressant pour élaborer une théorie sur la façon dont le non-dit du patient et le non-dit du médecin interagissent. Ce travail serait probablement d'orientation psychanalytique, au vu des recoupements avec les théories de *transfert* et *contre-transfert*.

4. Non-dit involontaire du médecin

Le non-dit du médecin était difficile à appréhender au travers de notre étude.

Nous avons remarqué que peu d'événements indésirables et d'échecs personnels nous étaient rapportés par les médecins. De même, les médecins ont révélé relativement peu de leurs tabous.

Le non-dit volontaire du médecin, « raisonné », était relativement bien décrit par les médecins interrogés. Mais qu'en est-il pour sa part involontaire, inavouable, ou inconsciente ?

Au même titre que de nombreux médecins déclaraient que « par définition, les patients ne disent pas leur non-dit », on peut supposer qu'une vaste part du non-dit involontaire du médecin reste mystérieuse. Et sans doute très difficilement étudiable...

VI. Conclusion

Au terme de notre étude, synthétisons nos conclusions en préconisant une attitude clinique.

Dans un premier temps il convient de garder à l'esprit que le non-dit existe dans certaines consultations. Ce non-dit présente une importance relative au sujet qu'il couvre : sujet tabou, sujet grave, comportement retentissant sur la santé, etc.

La révélation de ce non-dit peut présenter un bénéfice clinique : gain de temps, gain d'informations, meilleure prise en charge, meilleure relation. Son importance sur le plan fondamental, symbolique est moins facile à mettre en évidence au travers de notre travail.

Nous suggérons de rester vigilant vis-à-vis d'éléments qui présageraient un non-dit. Ceci par exemple en adoptant une attitude d'ouverture, d'écoute, de non-jugement.

En présence d'un non-dit du patient, il faut s'interroger sur le bienfait que pourrait apporter un dévoilement, une verbalisation. C'est sans doute l'étape la plus délicate, car pleine d'incertitudes. En étant conscient des obstacles qui entraveraient cette démarche, en particulier le temps nécessaire, on pourra juger s'il est opportun de rechercher ce dévoilement.

Les méthodes facilitant la verbalisation sont multiples, bien décrites dans nos entretiens, ainsi que dans la littérature. Par son attitude, le médecin doit « proposer » au patient d'exprimer le non-dit et non « faire parler ».

De nombreuses situations imposent le respect du non-dit, ou le respect d'un délai avant que la parole ne se libère. Les résistances du patient ne doivent à peu près jamais être forcées. La volonté du patient doit toujours rester un facteur déterminant dans la décision d'aborder un sujet délicat.

Concernant la faculté à aider le patient à verbaliser des non-dits, nous n'avons pu soulever que des hypothèses. Cette faculté semblerait évoluer dans le sens d'une amélioration avec le temps, avec l'expérience et grâce à des formations.

Concernant le non-dit du médecin : celui-ci doit avoir conscience des éléments susceptibles de le mettre en difficulté. Il paraît souhaitable, bien qu'illusoire, d'être capable de parler de tous les sujets, dès lors qu'ils ont un intérêt médical.

Lors d'une annonce, c'est aussi le bienfait du patient qui doit primer pour déterminer ce qui doit faire partie de l'annonce. La tendance actuelle des professionnels est de privilégier l'information plutôt que le « secret », qui est un non-dit.

Enfin, il apparaît que notre étude serait très complémentaire d'une étude sœur portant sur des patients. Une telle étude, d'ordre socio-psychologique, renseignerait sur la perception des patients du non-dit dans la consultation de médecine générale.

VII. Bibliographie

- [1] BALINT Michael
Le médecin, son malade et la maladie
Paris : Presses Universitaires de France, 1960, 362 p.
- [2] OLIEVENSTEIN Claude
Le Non-dit des émotions
Paris : Odile Jacob, 1988, p.165
- [3] PELLETIER Jean-Gérard
Approche du non-dit dans la consultation de médecine générale, 211 p
Th : Med : Saint-Etienne : 1989 : n°26
- [4] BELL R.A., KRAVITZ R.L., THOM D., *et al.*
Unsaid but not forgotten: patients' unvoiced desires in office visits
Archives of Internal Medicine, 2001, Sep 10 ;161 : 1977-84
- [5] FAIZANG Sylvie
La relation médecins-malades : information et mensonge
Paris : Presses Universitaires de France, 2006, 159 p.
- [6] DARVES Jean-Marc, CHARPENTIER Liliane, THEPAUT Pierre
Le médecin face à ses patients - Mieux communiquer avec ses patients pour optimiser son organisation
Paris : Chiron, 1997, 98 p.
- [7] TATE Peter
Soigner (aussi) sa communication
Bruxelles : De Boeck, 2005, 225 p.
- [8] VELLUET Yves
Le médecin, un psy qui s'ignore
Paris : L'Harmattan, 2005, 272 p.
- [9] DOLTO Françoise
Tout est langage
Paris : Vertiges du Nord-Carrère, 1987, 269 p.
- [10] ODELAIN Jean-Pierre
Le camouflage du symptôme en médecine générale
Th : Med : Nancy : 1982 : n° 232
- [11] Page internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>

- [12] BLANCHET A., GOTMAN A.
L'enquête et ses méthodes : l'entretien
Paris : Nathan Université, Collection 128 Sociologie, 125 p.
- [13] JUAN Salvador
Méthodes de recherche en sciences sociohumaines
Paris : Presses Universitaires de France, 1999, pp.19-42
- [14] METRO D.
La part de don dans la relation soignant-soigné
Mémoire de maîtrise, Université de Paris-Dauphine, 1996
- [15] GHIGLIONE Rodolphe, MATALON Benjamin
Les enquêtes sociologiques : théories et pratique
Paris : Armand Collin, 1978, p.77
- [16] PAILLE Pierre
L'analyse par théorisation ancrée
Cahiers de recherche sociologique, n° 23, 1994, pp. 147-181
- [17] BERTHIER Nicole
Les techniques d'enquête en sciences sociales – Méthodes et exercices corrigés
Paris : Armand Colin, 2010, 350 p.
- [18] GLASER B., STRAUSS A.
The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research
Aldine Publishing Company, 1967, 271 p.
- [19] PASQUIER Estelle
Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale
Mémoire médecine, Lyon Nord, 2004
- [20] BORGES DA SILVA Georges
La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication
Revue Médicale de l'Assurance Maladie 2001 ; 32, 2 : 117-21
- [21] MILLER D. T.
Ego involvement and attributions for success and failure.
Journal of Personality and Social Psychology, 1976, 34, pp 901-906
- [22] Page internet de Martin WINCKLER
<http://martinwinckler.com/spip.php?rubrique52>
Rubrique : Le médecin patraque ; Article du 28 novembre 2010, « Faut-il dire toute la vérité au malade ? »

- [23] MEERBECK Philippe Van, JACQUES Jean-Pierre
L'inentendu – Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné
Bruxelles : De Boeck, 2009, 352 p.
- [24] SCHMITT Laurent
Psychothérapie de soutien
Issy-les-Moulineaux : Elsevier/Masson, 2012, 240 p.
- [25] LEJOYEUX Michel
Les psychothérapies en médecine générale
La revue du praticien, Médecine générale, Numéro 742 / 743, 26 septembre
2006, Tome 20 : pp. 941-946
- [26] PHILIPP R., PHILIPP E., THORNE P.
The importance of intuition in the occupational medicine clinical consultation
Occupational Medicine - London Deanery 1999 Jan ; 49 (1) : 37-41
- [27] ZANITTI Nolwenn
Le *gut feeling* en médecine générale : validation d'un consensus chez les
enseignants cliniciens ambulatoires du département universitaire
de médecine générale de Brest
Th : Med : Brest : 2010
- [28] VOLANT LE BERRE Charlotte
Décision médicale et incertitude : place de l'expérience - Etude
du *gut feeling* chez les internes du premier semestre de médecine générale par
procédure Delphi
Th : Med : Brest : 2011
- [29] KIEFFER Valentina
Quelle formation pour le médecin généraliste, psychothérapeute de fait ?
Th : Med : Nancy : 2010
- [30] LAPLANCHE Jean, PONTALIS Jean-Baptiste
Vocabulaire de la psychanalyse
Paris : Presses Universitaires de France, 1992, *Transfert*, pp. 493-494
- [31] KERNEIS Olivier
De l'influence de la personnalité dans la relation médecin-malade
La revue du praticien, Médecine générale, 1985, Tome 35 : pp. 3489-3492
- [32] CHATILLON Olivier, GALVAO Filipe
Psychiatrie-Pédopsychiatrie
Paris : Vernazobres-Gregu : 2009 ; *La relation médecin-malade* p.10

VIII. Annexes

Annexe 1. Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique)

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »

Annexe 2. Guide d'entretien initial

Prise de contact

Objectif : mise en confiance - désamorcer la communication - débiter l'entretien.

Présentation personnelle, stage en cours

Présentation du travail et de son avancement.

Présentation du matériel. Annonce d'une durée moyenne d'entretien et de la possibilité de s'adapter.

- Pouvez-vous me dire quelques mots de votre activité ?

Présentation globale de l'activité : lieu d'exercice, type de patientèle, activité spéciale (homéopathie, manipulation, infiltrations, etc.). Durée des consultations. Avec ou sans rendez-vous.

- Dans votre carrière vous avez exercé de façons différentes ?

- Avez-vous exercé un autre métier que celui de médecin ?

Ou : Avez-vous envisagé un autre métier que celui de médecin ?

Définition du non-dit

Objectifs : explorer ce que le terme évoque en premier lieu au praticien, puis s'accorder sur une définition pour le reste de l'entretien.

Mon travail porte sur le non-dit. Mais ce terme peut être employé pour parler de domaines très variés.

- Que vous évoque en premier le terme de non-dit en consultation ? Qu'est-ce que ça englobe ?

Faire développer au maximum. Si réponse riche, proposer de détailler point par point.

Je vous propose une définition un peu modifiée du non-dit, peut-être plus appropriée à notre domaine, afin que l'on s'entende pour le reste de l'entretien.

J'appellerai non-dit "tout ce qui n'est pas formulé explicitement, pour des raisons conscientes et inconscientes, multiples, telles que des tabous, des angoisses primitives, ou à la méconnaissance du fonctionnement du corps."

Le médecin accepte la définition ou la rediscute, voire la modifie.

Je vous propose de détailler différents points.

Non-dit conscient

- Est-ce qu'il vous semble que les patients se retiennent d'évoquer des choses importantes auxquelles ils pensent ? Est-ce fréquent ?

- Quel genre d'éléments ?

L'argent, le coût des traitements ? L'échec de traitements ? La consultation de confrères ? Les reproches ? Le motif réel de la consultation ?

- Pour quelles raisons ?

Cela s'apparente-t-il à de la réserve ? Un manque de temps ? Un hasard ? Un mensonge ?

- Est-ce que les cas d'omissions volontaires vous paraissent fréquents ? Pour quels sujets ?

Proposer : l'inobservance ? La diététique ? Le tabac ? Les drogues ? La sexualité ?

L'oubli

Définition Larousse : "action, fait d'avoir oublié quelque chose, défaillance ponctuelle de la mémoire ou de l'attention"

- Vous paraît-il fréquent que le patient oublie de parler d'un sujet ?

Je parle ici d'oublis involontaires.

- Y compris pour des éléments importants ?

- A quoi est-ce dû selon vous ?

Les tabous

NB : définition Larousse "Qu'il serait malséant d'évoquer, en vertu des convenances sociales ou morales"

Parmi les sujets qui sont peu abordés de façon explicite il peut y avoir des tabous.

- Y a-t-il un ou des tabous en particulier qui sont source de non-dit pendant les consultations ?

La mort ? La sexualité ? Les violences physiques et sexuelles ? L'argent/le prix des traitements.

- Est-ce que cela a une incidence importante ? Est-ce que c'est nuisible ou au contraire souhaitable ?

Faut-il respecter ces tabous ?

L'inconscient

L'inconscient est un vaste sujet, sans doute un sujet qui divise beaucoup. Votre expérience sur le sujet m'intéresse pour comprendre l'incidence des mouvements inconscients en médecine générale

- Vous semble-t-il que des mécanismes inconscients sont en relation avec l'état de santé des patients ?

Objectif : évaluer si le médecin est "porté" sur l'inconscient.

S'il écarte le sujet en disant que le médecin n'a pas le temps de s'occuper de ça, basculer vers "explorer le non-dit."

- Est-ce un mécanisme important ?

- Est-ce que cela touche des domaines en particulier ?

Digestif ? Auto-immun ? Dermato ? Migraines ? Algies chroniques ?

Si le médecin ne paraît pas très ouvert, aborder précisément le domaine de la psy.

- Est-ce qu'il vous paraît que l'inconscient du patient se manifeste aussi lors de la consultation ? (en dehors de la symptomatologie qui l'amène)

- De façon évidente ?

-(si Oui) Que peut percevoir le généraliste de cet inconscient ? En a-t-il la capacité ?

Le non-dit du médecin

Il y a aussi beaucoup de non-dit chez le médecin.

- Que pensez-vous de ce que le médecin ne dit pas ?

- Y a-t-il des sujets en particulier qui ne sont pas verbalisés par le médecin selon vous ?

Mort ? Cancer ? Sexualité ? Échec médical ? Ses doutes ?

- Est-ce nuisible ? Nécessaire ? Évitable ?

- Vous semble-t-il que le non-dit du médecin est perçu par le patient ?

(si Oui) Perçu consciemment ou inconsciemment ?

Exemple du médecin qui explore une image radio suspecte.

-Vous semble-t-il que l'inconscient du médecin est aussi à l'œuvre au cours de la consultation ?

-Personnellement, avez vous déjà remarqué cela ? Attachement à des patients ?

Identification ? Antipathie ? Contre-transfert ?

- Vous semble-t-il qu'il y ait un dialogue entre l'inconscient du médecin et celui de son patient ?

Est-ce un des éléments qui caractérisent le binôme médecin patient ?

Vous paraît-il adapté de parler de transfert, de contre-transfert ?

Les conséquences du non-dit

Il me semble que parfois quelque chose qui n'est pas dit peut avoir des effets à long terme.

- Dans votre carrière, des non-dits ont-ils eu des conséquences à long terme ? Ces conséquences étaient elles négatives ou positives ?

- Avez-vous parfois découvert après des mois ou des années qu'une pathologie était influencée par un élément dont vous n'aviez pas eu connaissance ?

- Au vu des conséquences que cela peut engendrer,

- Y a-t-il un bénéfice à explorer ce que le patient ne dit pas ? Ou est-ce sans intérêt ?

Explorer le non-dit

(bis)- Y a-t-il un bénéfice à explorer ce que le patient ne dit pas ? Ou est-ce sans intérêt ? Ou bien "ce n'est pas l'endroit" ? "Ce n'est pas le rôle du médecin" ?

-Le médecin généraliste en a-t-il les moyens ?

En termes de temps ? De formation ? Le cadre convient-il ?

- Comment peut-on l'explorer ?

- Quand doit-on le respecter ? Sur quels sujets ?

Le patient tend parfois des "perches" volontairement. Parfois par hasard.

- Etes-vous partisan de développer le sujet tout de suite ? De laisser le patient s'exprimer s'il le souhaite ? De mémoriser le thème et de l'aborder à nouveau par la suite ? Au cas par cas ?

- Est-il arrivé qu'un patient dévoile après des années un traumatisme qu'il avait vécu?

Si oui vous est il apparu alors que ce traumatisme avait eu des conséquences sur son état de santé ?

Conclusion

Reformuler le message du généraliste et lui proposer une conclusion telle qu'elle apparaît.

La lui soumettre pour qu'il la valide ou reformule sa conclusion.

Annexe 3. Guide d'entretien final

Prise de contact

- Organisation du cabinet
- Coursus professionnel

Définition du non-dit

Présentation de la thèse.

Le non-dit, tout ce qui n'est pas dit ou verbalisé, ou qui n'est pas *facilement* dit.

Je vous propose une définition un peu modifiée du non-dit, peut-être plus appropriée à notre domaine, afin que l'on s'entende pour le reste de l'entretien.

J'appellerai non-dit **“tout ce qui n'est pas formulé explicitement, pour des raisons conscientes et inconscientes, multiples, telles que des tabous, des angoisses primitives, ou à la méconnaissance du fonctionnement du corps.”**

Question de désamorçage

- Dans votre pratique, il vous semble que les patients ont des difficultés à dire certaines choses en particulier ?

- Quels sont les domaines qu'on aborde difficilement ?

-argent

-consommation de drogues

-sexe

-infidélité

-troubles de l'érection

-désir de grossesse

-violences physiques

-violences sexuelles

-obésité

-dépression

-envie de quitter ses proches

-suicide

-mort

-peur de maladie grave

-inobservance

-refus des génériques

-effets secondaire

-problème de contact avec le médecin

-attirait pour des thérapies non-conventionnelles

Conséquences du non-dit.

- Ces sujets que le patient aborde difficilement, on risque quelque chose quand on les néglige ?

- Lesquels doit-on traiter et pour quel bénéfice ?

- Vous est-il arrivé qu'un patient vous révèle après des années un élément dont vous n'aviez pas la connaissance ?

- Un élément qu'il vous avait caché ?

Quelles conséquences ?

Comment l'explorer

- Comment parler de ce dont il est difficile de parler ?

- Faut-il lutter s'il y a des résistances ?

- Comment le faire sans sacrifier un temps excessif ? Y a-t-il une méthode ?

- Que faire d'une perche tendue par le patient ?

- Comment cela évolue-t-il au cours de la carrière ?

- Est-ce que ça s'apprend ? Est-ce que l'on peut progresser dans ce domaine ?

Non-dit du médecin

Une question un peu délicate :

- **Pensez-vous avoir vos propres tabous ? Des sujets qui vous mettent mal à l'aise ?**
- **Pouvez-vous présumer qu'il y a un domaine particulier dont les patients ne vous parlent pas du tout, ou quasiment pas ?**
(la mort ? l'argent ? le suicide ?...)
- **Est-ce que le patient attend autre chose que des mots du médecin ?** Quoi d'autre ?
Peut-être y a-t-il une sorte d'échange entre le non-dit du patient et le non-dit du médecin ?
- **Quelle est la nature de cet échange ?**

Importance du non-dit

- **D'une manière générale quelle est l'importance du non-dit dans les différentes situations que l'on rencontre en médecine générale ?**
Est-ce fréquent ?
Est-ce important sur le plan symbolique ?
Est-ce quelque chose que l'on peut prendre en compte ? que l'on doit prendre en compte ?
Ou bien faut-il s'en tenir à la prise en charge médicale stricte ?

Annexe 4. Transcription intégrale des entretiens

Dr A

Profil : maître de stage, médecin masculin, seconde moitié de carrière.

Conditions d'exercice : Exercice en ville, à Saint-Dié-des-Vosges. Associé à un généraliste, une gynécologue. Deux secrétaires. La salle de consultation est une pièce carrée, unique. Consultations sur rendez-vous uniquement. Volume horaire dans la moyenne, consultations de 15 minutes.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 17/08/2012, dans son bureau, au calme, sans contrainte de temps.

Durée : 37 minutes

-Je fais cet entretien dans le cadre de la thèse sur le non-dit. Là c'est mon premier entretien. D'abord j'aimerais décrire votre activité pour refaire le point là-dessus avant qu'on commence. Vous travaillez quatre jours par semaine sur rendez-vous et un samedi matin sur deux. Et à peu de choses près uniquement sur rendez-vous.

-Oui c'est un peu plus compliqué que ça parce que quatre jours par semaine... Le jeudi matin on peut quand même dire que si tu veux c'est pas, euh, c'est souvent du boulot. C'est pas de la consult',... mais je vais à la banque, je vais faire des achats, je m'occupe des déchets médicaux. Enfin bon voilà...

-D'accord. Et ce que je voulais savoir aussi, c'est : au cours de votre carrière vous avez exercé différemment d'aujourd'hui ?

- Euh oui... est-ce que j'ai exercé différemment, euh...

-Par exemple est-ce que vous avez eu des dossiers papier à une époque.

-Euh oui.

-Et vous avez remplacé pendant longtemps ?

-Euh j'ai remplacé pendant... j'ai terminé, j'ai fait une année aux urgences, comme je t'avais dit, après j'ai remplacé pendant, on va dire, un an ou deux, avant de m'installer. J'ai fait une première installation, j'ai revendu au bout de cinq ans.

-C'était en ville ?

-Oui, c'était une installation ici, en ville. J'ai revendu au bout de cinq ans. Et puis j'ai fait autre chose que de la médecine, c'est ce que je t'avais dit. J'ai fait ça pendant 10 mois. Ensuite j'ai re-remplacé pendant 2 ans de nouveau, en attendant de retrouver un cabinet à racheter.

-Et donc c'était ici.

-Oui

-Et vous avez remplacé le médecin qui était ici avant vous.

-Eh non. A l'époque c'était beaucoup plus compliqué qu'aujourd'hui. Je voulais surtout pas qu'il m'oppose une clause de non-installation, qu'il y ait surtout pas un médecin qui me dise : "Ben voilà, vous avez remplacé, donc vous avez pas le droit de vous installer."

-Parce qu'ils faisaient signer des...

-Ouais, c'était un peu chaud à l'époque...

-D'accord... Bon donc pour en arriver au sujet de l'entretien... Au sujet du non-dit... Qu'est-ce qu'il vous évoque le terme de non-dit lorsqu'il est appliqué à la médecine, à la consultation de médecine générale ?

-Alors... qu'est-ce que ça m'évoque... Ben le non-dit c'est la raison qui fait que le gens viennent consulter, euh, avec une plainte qui est pas forcément ... comment expliquer ça... ils viennent consulter pour une plainte mais en fait ils ont une crainte par derrière, et c'est cette crainte qui les pousse à consulter. Et en fait cette crainte elle est parfois consciente et parfois inconsciente. Ils analysent pas forcément exactement en détail la, la pulsion qui les amène à consulter. Bon ils en sont souvent conscients, mais c'est ça le non-dit pour moi.

-Et il vous semble qu'il peut y avoir des consultations sans non-dit...

-Oui oui oui.

-...les gens qui viennent pour un motif bien établi ?

-Oui oui tout à fait, heureusement.

-Bon donc pour poser une définition, je vous propose "tout ce qui n'est pas formulé explicitement, pour des raisons conscientes ou inconscientes, multiples, par exemple des tabous, des angoisses primitives, même parfois la méconnaissance du fonctionnement du corps.

-Oui oui.

-Bon donc ce que je souhaiterais c'est détailler les différents points. Comme vous disiez y a du non-dit conscient et du non-dit inconscient. Pour la part consciente du non-dit, c'est-à-dire ce que le patient ne veut pas dire mais qu'il a bien en tête, est-ce que ça vous semble fréquent ? Est-ce que souvent le patient ne dit pas ce qu'il a en tête ?

- C'est pas forcément qu'il dit pas ce qu'il a en tête, si on lui pose certaines questions il va le formuler, c'est pas parce qu'il veut cacher quelque chose forcément. Mais euh... il a peut-être pas... comment dire ? C'était comment ta question ?

-Est-ce que ça vous paraît fréquent que le patient ne dise pas ce qu'il a en tête ?

-...ne dise pas ce qu'il a en tête...

-Il vient par exemple, disons pour une angoisse mais il n'ose pas ou ne souhaite pas...

-C'est quand même relativement courant, oui, quand on y réfléchit, qu'il dise pas exactement, oui bien sûr... Tu vois l'exemple caractéristique, tu vois bien, c'est quelqu'un qui a perdu son beau-frère d'un cancer digestif et qui lui-même d'un coup souffre, enfin souffre, c'est un bien grand mot, a quelques petits troubles digestifs... allez hop tu le vois qui arrive ici... En fait si t'arrives à le faire parler un petit peu, il va dire : "Ah ben voilà, je suis venu parce qu'il y a ci, y a ça" il a pris conscience de la mort, de l'existence du cancer, de machin, il avait pas été au contact de la maladie, il imaginait pas, donc tout de suite ça va l'angoisser un petit peu, mais il y aurait pas eu dans la famille cette histoire de cancer digestif, six mois avant, il aurait jamais consulté pour ces quelques troubles qu'il présente la actuellement. Voilà, donc oui c'est quand même relativement courant, quand même, malgré tout. ... Mais les gens ne te le disent pas forcément d'emblée. Ils ne cherchent pas non plus forcément à te le cacher.

-D'accord. Il ne vous semble pas qu'il y ait trop de malhonnêteté derrière ça.

-Non c'est pas de la malhonnêteté, non. C'est pas du tout comme ça qu'il faut l'aborder. C'est pas du tout comme ça qu'il faut l'aborder, surtout pas sur le versant malhonnêteté, "Je veux cacher quelque chose", etc.

-On pourrait imaginer que ce soit le cas.

-Ouais ça peut arriver, peut-être avec, tu vois, je sais pas moi, euh, je sais pas, certains effets secondaires de médicaments. Comme ce matin, quand on consultait. Les gens ont oublié un truc et ils vont pas te le dire. Ils ont lu un truc mais, euh, voilà, ils vont tourner un peu autour du pot, quand même, avant de te dire : "Tiens j'ai lu un article dans le journal" ou "J'ai lu un truc sur internet, ça me fait ci, ça me fait ça, c'est de la cochonnerie..." Mais moi je pense qu'il faut surtout pas l'aborder sur le plan... Non c'est plus sur le versant, en fait, angoisse, et donc il faut, par le dialogue, il faut arriver à déminer un peu le terrain et essayer de comprendre pourquoi, qu'est-ce qui les a amenés à consulter. Y a des fois c'est évident mais y a des fois tu comprends pas, tu dis : "Mais il vient avec telle plainte, pourquoi est-ce que ça ça le tracasse ?" C'est pas une plainte qui paraît bien dangereuse ou bien grave. Donc à ce moment-là c'est peut-être qu'il y a quelque chose derrière qui fait que, bon voilà... Ou bien parce que bon, j'sais pas, tu connais les patients, surtout quand tu connais les patients. Quand tu les connais pas c'est encore plus difficile parce que tu sais pas. Quand tu les connais et que tu sais un petit peu comment ils fonctionnent... Bon euh, si un jour ils viennent avec une plainte qui est pas du tout dans les trucs habituels, bon soit il y a quelque chose, soit il y a un truc organique, il y a peut-être autre chose, un non-dit, une angoisse de quelque chose qui fait que, qui les amène...

-Et donc en fait en conduisant bien la discussion, on peut peut-être réussir à mettre le doigt dessus.

-Ah ouais. Et puis c'est d'autant plus facile, je trouve, qu'on les connaît depuis longtemps. Parce qu'ils se confient beaucoup plus. Il y a vingt ans, moi je vois, les patients, c'était vachement plus long pour que... Maintenant des fois ils me disent les trucs, quasiment sans que je pose de questions. Parce qu'ils savent que vais leur demander ci ou ça donc euh, en fait on finit par avoir une connaissance l'un de l'autre qui fait que... Voilà je trouve que c'est plus facile en tous cas, en ayant de l'expérience. Parce que les gens en fait ils ont confiance, en fait, je pense. Ça c'est là-dessus. Ils ont confiance donc ils parlent. Voilà.

-Et donc, sur un sujet qui est un petit peu annexe à ce qui est conscient, j'aimerais parler un petit peu de l'oubli. Le patient qui oublie de parler de quelque chose, ou qui oublie quelque chose. Comme on a eu le cas avec la patiente qui a oublié de demander une prescription de benzodiazépines et puis qui ensuite le demande à la secrétaire. Est-ce que ça on doit plutôt le voir comme quelque chose de conscient, ou d'inconscient ?

-Ah non mais ça, le genre d'oubli, là comme ça, à mon avis c'est volontaire, c'est parce que voilà, euh, elle a peur que, enfin, elle se dit : "Si je lui demande pendant la consult' il peut me dire : "Oui pourquoi vous prenez encore ces produits-là, etc.", si je demande après c'est plus facile parce qu'il peut me les mettre sur une ordonnance, et il se passera rien." Dans ce cas-là, moi je le sens comme ça, après bon... C'est souvent des actes manqués un peu quand même quelque part. Après bon t'as, je sais pas, tu peux avoir effectivement des oublis qui sont liés, euh, véritablement à des pathologies organiques, mais bon ceux-là tu comprends qu'ils aient oublié, bon, c'est tout. Mais autrement souvent ça relève de l'acte manqué.

-Et est-ce que ça arrive que les patients oublient quelque chose qui soit franchement important ?

...

-Je sais pas ce qui est important ce qui n'est pas important. Pour elle ses benzodiazépines c'est quelque chose de très important...

-Mais dans d'autres cas que celui-là, est-ce qu'il vous semble que des fois les patients, ils oublient de parler d'un sujet qui en fait a quand même une grande importance ?

-Non quand tu les vois arriver avec des, avec des listes, c'est, c'est, voilà tu sais qu'il y a rien de grave. "Voilà docteur il y a ça, il y a ça, ah oui et j'ai oublié de vous dire, là j'ai mal, juste là, et puis alors je me suis réveillé lundi entre 2 et 3, à 2h du matin..." Bon, voilà tu vois, c'est, bon... Le type qui, euh... (il parle en bricolant le rideau) Ah j'arriverai pas, faut que j'aille chercher... Donc quand, euh, non c'est pas important. Quand il y a

des oublis comme ça c'est quand même pas important.

-D'accord.

-Le mec qui a une profonde dépression, il a pas besoin, il note pas sur un bout de papier, il te dit : "Docteur j'en peux plus", voilà enfin bon, il va te raconter des trucs. Voilà. "La vie est trop difficile, etc." Il note pas toutes ces choses.

-Voilà, au sujet maintenant des tabous. Euh, bon des tabous il y en a des tas, des tas de sujets qui sont tabous. Est-ce qu'il y a des tabous qui sont particulièrement gênants dans la consultation, qui gênent le travail du médecin ?

...

- Euh oui. Il peut y avoir des tabous. D'abord les propres tabous qu'on peut avoir soi-même, qui fait qu'on est mal à l'aise pour faire certaines choses. Bon euh, quand il faut faire certaines, je sais pas quoi, certaines euh, comment je dirais, certaines parties de l'examen clinique. Euh, si t'es pas à l'aise, t'arriveras pas à mettre l'autre personne à l'aise, quoi. Mais euh, la question c'était pas les propres tabous, c'était les tabous du patient est-ce que ça gêne... Ouais ça peut gêner parce qu'il y a des femmes, par exemple, moi je connais des femmes qui ont jamais voulu se déshabiller devant moi. Bon, quand je leur dis : "Je vais vous examiner", sans parler, bon mais, mais, bien sûr pour l'examen gynéco, mais parfois même ça peut arriver, des fois tu vas tomber je sais pas moi, y a des Turques qui viennent, elles veulent pas se déshabiller. Alors bon tu fais quoi. T'essaie de voir un peu si tu as quelqu'un sur place... C'est un peu compliqué, quand même. Est-ce que tu dis : "Bon finalement je la soigne pas, et puis voilà, qu'elle se débrouille." Bon euh... C'est une manière de faire, c'est pas forcément...des fois. Est-ce qu'elle va aller en voir un autre, c'est le même problème ? Enfin oui ça peut gêner les tabous, bien sûr. Y a des types à qui tu auras du mal à faire un toucher rectal. Bon euh y en a plus beaucoup mais y en a. Et puis il y en a qui justement viendront jamais te voir pour ça, parce qu'ils ont peur que tu fasses.

-Et au sujet du tabou de la mort, en fait, euh... est-ce que c'est quelque chose qui interfère beaucoup avec les échanges qu'on a avec le patient ?

...

Par exemple est-ce qu'il est fréquent qu'un patient ait peur de la mort et que ça interfère avec sa communication ?

...

- Euh je sais pas comment les gens, la plupart des patients, la vision qu'ils ont de ces choses-là. Parce que nous on a une vision de la mort, mais on a pas du tout la même vision que la population générale. La plupart des gens... il y en a, à soixante ans ils ont quasiment pas été... ils ont été confrontés à la mort à l'occasion du décès d'un des parents, un truc comme ça. Je

sais pas comment... Est-ce que... Euh on est tellement habitué à ça nous, on en rit, on en plaisante, en tournant autour comme ça. Est-ce que les gens ça les empêche... des fois... j'avoue que là...

-Difficile à dire ?

-Je suis embêté.

-Mais donc globalement, les tabous, à l'exception de quelques situations, ils ne sont pas trop trop gênants pour le travail du médecin, à vos yeux.

-Si je devais répondre comme ça, tous les patients en général ? Pas trop, pas trop. Pas trop, surtout si tu es relativement à l'aise avec ces choses-là. Les gens vont ressentir que tu es bien et ça va les aider, ça va... Voilà, ils vont t'en parler à ce moment. Pas trop, globalement, je trouve.

...

-D'accord. Alors un autre sujet que je souhaite aborder par rapport au non-dit, c'est l'inconscient. Bon c'est un vaste sujet, l'inconscient, c'est un sujet qui divise beaucoup. Euh, moi, votre expérience elle m'intéresse, pour ce qui est de l'inconscient quand il se manifeste au cours de la consultation. Est-ce qu'il y a des éléments inconscients qui vous semblent surgir pendant les consultations ?

...

-Ou motiver des consultations, peut-être ?

-(raclement de gorge) Il y en a certainement.

Mais là, moi je suis pas grand féru de... de tout ce qui est... euh, psychiatrie, et, analyse, et psychanalyse et toutes ces choses-là. Je suis pas... C'est pas ma tasse de thé. Enfin non pas c'est pas que c'est pas ma tasse de thé, c'est quelque chose que je connais pas, pas très bien finalement, finalement je maîtrise pas très bien. Mais c'est sûr que l'inconscient il agit, je suis persuadé. Dans plein de consultations... Euh...

-Mais il vous semble que c'est difficile à aborder en tant que médecin ?

...

-Je... ouais, j'en sais rien, est-ce que... Je sais pas... Est-ce qu'inconsciemment je réponds aux attentes de certains patients, aux attentes inconscientes de certains patients, j'en sais rien, peut-être, c'est possible. Mais j'ai du mal à l'analyser ça. Je sais pas.

-En fait le médecin, il vous paraît, c'est difficile pour lui d'essayer de savoir ce qu'il peut y avoir inconsciemment chez son patient ? C'est quelque chose qui est difficile à décoder, c'est ça ?

-Ouais, je pense que c'est... D'abord c'est quelque chose qui est difficile à décoder et puis, on est dans une consultation de médecine générale, on n'a pas les gens assis sur un divan, qui... "Racontez-moi ce qui vous passe par la tête..."

-C'est pas l'endroit ?

-Ça peut être l'endroit, j'en sais rien, avec certains patients ça peut fonctionner, même comme ça, mais... Si on a le plaisir, enfin l'envie d'aller explorer ces domaines-là, c'est certainement possible avec certains patients... Moi je sais pas, c'est des domaines que je maîtrise pas trop trop bien et que, sur lesquels je m'aventure pas trop trop. Je te dis, ou alors si je m'y aventure c'est peut-être inconsciemment. Mais j'avoue que bon, voilà.

-Et... Ce qui fait que vous vous y aventurez pas, c'est plutôt parce que c'est pas spécialement un sujet qui vous intéresse, ou parce que vous pensez qu'on est pas compétents pour ça ? Ou qu'on n'a pas le temps pour ça ? Ou que c'est pas le lieu ?

-Moi je pense que ça peut être... C'est parce que premièrement, première cause c'est parce que j'ai pas les compétences pour analyser ces choses-là. Si je commence à poser des questions sur l'inconscient des gens, ils vont me répondre des trucs, je saurai pas, je saurai pas quoi en faire, souvent. Donc euh, je le fais pas trop, de la même manière que si tu sais pas faire un examen gynéco tu soignes pas les vaginites, tu soignes pas les... T'es mal à l'aise quand tu as une prescription de pilule ou quand tu as une femme qui vient, peut être en aménorrhée, ou je sais pas, ou un truc comme ça. Ou le type qui fait pas beaucoup de... y en a qui font pas beaucoup de rhumato, qui envoient directement chez le rhumatologue parce que c'est un domaine qu'ils maîtrisent pas bien. Ouais non je pense que c'est d'abord premièrement parce que c'est pas un goût personnel non plus.

-Oui oui oui.

- Je crois que c'est possible aussi d'un autre côté. Les gens ils viennent voir le médecin généraliste, ils viennent pas voir un psychiatre, euh, je sais pas s'ils attendent, ni un analyste, donc je sais pas s'ils attendent de toi, euh... ils ont pas forcément envie... Je crois aussi un petit peu.

-D'accord. Alors bon, là on a surtout parlé, en fait de ce que le patient ne dit pas. Mais il y a aussi la part de ce que le médecin ne dit pas. Vous, il vous semble que, qu'est-ce qu'il ne va pas dire à son patient, qu'est-ce qu'il... Quels sont les domaines dont il ne parle pas à son patient ?

- J'en sais rien... Quels sont les domaines dont il ne parle pas...

-Ou bien vous pensez que le médecin peut toujours jouer carte sur table avec son patient et être, euh...

-Non il faut pas toujours jouer carte sur table, ça dépend... euh "carte sur table", c'est pas, il s'agit pas de... attention il faut pas mentir !

- Non, pas de malhonnêteté...

- Mais bon parfois il y a des omissions que... Voilà, des choses que tu ne dis pas qui sont,

voilà, qui sont bienvenues. Donc euh, bien sûr il y a des tas de choses que tu dis pas, euh... Pour prendre un exemple basique, quelqu'un qui vient me voir pour un cancer, on vient de lui dépister un cancer mettons du pancréas, t'es pas obligé de lui dire les chiffres de survie à cinq ans...

-D'accord.

- C'est pas reluisant... donc voilà. Mais tu vas pas lui dire non plus en lui tapant dans le dos, "Vous inquiétez pas dans six mois vous serez guéri", etc. Voilà, donc oui, non, tout n'est pas bon à dire, bien évidemment. Et tu vois, des fois...

-Donc dans le domaine du pronostic, ou de la mort ?

-Ouais dans ce domaine-là, euh... Qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre, comme domaine. Ça dépend de chaque patient. Il y a des représentations mentales, qu'il faut ch... des fois, qu'il faut modifier, ça c'est important d'essayer de comprendre comment eux, ils voient leur maladie. Comment ils s'imaginent ça... Voilà, parce que nous on a une vision qui n'est pas du tout, pas du tout la même qu'eux. Il faut essayer de comprendre comment ils fonctionnent et par petites touches, comme ça, leur apporter quelques infos. Il y a des infos qui sont intéressantes et il y en a qui présentent pas d'intérêt. Je sais pas, est-ce que tu as besoin, quand tu prescrites un traitement au long cours, un traitement chronique... Bon, tu vas donner un certain nombre d'infos au patient, en disant : "Ben voilà, ce médicament peut vous donner ça, c'est l'effet secondaire le plus courant, si vous avez cet effet-là vous m'en parlez parce que voilà..." , mais est-ce que tu as besoin de leur raconter tous les effets secondaires du médicament ? Bon voilà. Ils auront le temps de le lire sur la notice. Je sais pas. ... Je sais pas. La question initiale c'était ?

-Ce que le médecin ne dit pas, les domaines dans lesquels il y a un non-dit de la part du médecin...

Par exemple les échecs de traitements, ou l'échec en général de ce que fait le médecin, c'est peut être un sujet sur lequel le médecin s'attarde pas... ?

-Oui. ... M'oui enfin on se présente pas non plus comme omnipotents. Quand on commence à traiter quelque chose on essaie de relativiser les choses.

-Et par exemple pour en revenir à l'exemple du patient qui a un cancer du pancréas à qui on va pas détailler la survie à cinq ans, est-ce que vous pensez que le patient lui il perçoit que "c'est un sujet dont on m'a pas parlé", que c'est un non-dit que va avoir le médecin ?

...

-Ben ça dépend. T'as des patients qui vont t'interroger. Comment il le perçoit j'en sais rien. Ce qu'il y a de sûr c'est qu'il y en a beaucoup qui

te demanderont pas. Ils te poseront pas la question ouvertement. Bon... Ils poseront pas la question ouvertement. T'en as quand même un de temps en temps qui va te la poser, quoi.

-Mais certains vont répondre au non-dit par un non-dit.

-Ouais, bien sûr, bien sûr. Parce que quelque part la réponse les angoisse. Donc ils préfèrent, ils préfèrent ne pas savoir. Et si vraiment, si vraiment le patient me regarde entre quatre yeux, comme c'est arrivé quelque fois, et me dit : "Docteur écoutez voilà, moi il faut que je puisse m'organiser, euh, quel est le pronostic exact de ma maladie dans les mois qui viennent", euh voilà. Ça t'arrivera de temps en temps des mecs qui vont te poser la question comme ça. Ou des femmes... Bon, c'est d'ailleurs bien difficile des fois de répondre honnêtement à la question, parce que de même, bon les statistiques c'est les statistiques. Un individu c'est un individu, tu sais pas comment il va réagir, comment ci, comment ça, mais bon, si vraiment le mec il me regarde et il me pose les questions bon voilà, je lui dirai : "Écoutez voilà, bon euh, le pronostic à peu près... bon voilà, est comme ça à peu près comme ça je l'ai... voilà, il est comme ça. Je vais regarder quand même un petit peu de plus près, je vais vous dire un petit peu", mais je commence déjà à lui expliquer que le pronostic que je vais lui dire ça va être qu'une stat', puisque par définition on fait pas de pronostic... mais que je vais lui dire quand même à peu près quelle est la statistique. Parce que j'estime que je lui dois la vérité. Si vraiment il me pose la question comme ça, franchement, c'est que, c'est que voilà, il a le droit à la vérité.

-Bien sûr. Et à l'inverse dans la situation où le patient...

-Ben s'il me demande pas, je...

...et que donc on respecte une espèce de silence sur le sujet... Ça c'est plutôt quelque chose qui va être protecteur pour le patient ? C'est plutôt quelque chose de souhaitable qu'on maintienne de façon tacite un silence sur ce domaine-là ?

-Ben je pense, hein. Je pense, parce que la plupart des gens sont pas capables de recevoir l'information comme ça, c'est trop...

-C'est trop brutal ?

-C'est trop angoissant, je veux dire, c'est trop violent. Donc il faut respecter.

-D'accord.

-Ouais je pense, c'est essentiellement ce tabou-là qu'on est amené à respecter, en quelque sorte.

-D'accord. Et... bon je m'intéresse aussi aux conséquences que ça peut avoir, certains non-dits. Alors là, donc, j'en reviens plutôt au non-dit du patient. Vous vous avez eu l'expérience dans votre carrière de gens qui vous ont pas dit quelque chose pendant longtemps ? Et qui s'est avéré avoir des conséquences ? Ou il vous

semble que c'est quelque chose qui finit toujours par être mis à jour ?

-Ça j'en sais rien. S'ils me l'ont pas dit je ne peux pas le savoir. Bon, il y a des gens qui m'ont dit des trucs au bout de quinze vingt ans.

-Ça c'est arrivé, ouais ?

-Oui.

-Des choses qui sont personnelles ou des choses qui sont en rapport avec leur santé ?

-Nan mais euh... des choses qui peuvent être personnelles mais qui expliquent peut-être un certain nombre de consultations qu'ils ont pu faire, euh... Je sais pas, je pense, euh... Des trucs, euh... Je sais pas moi, euh... J'ai en tête quoi, euh, une femme qui m'a raconté plus de... au bout de dix ans, quinze ans que je la connaissais, elle est venue me voir toutes les semaines, pendant huit dix semaines, pour me raconter comment elle s'était fait violer quand elle était gamine. Et puis, voilà, et après, et ben... Depuis, elle m'en a plus jamais parlé. Elle vient en consultation pour des motifs x ou y, si tu la vois tu sauras pas, voilà, elle te paraîtra tout à fait normale. Et c'est marrant, elle m'en a parlé, voilà, elle me parlait que de ça, et euh, tu sauras peut-être qu'elle a besoin de sortir tout ça, et une fois qu'elle me l'a dit, je sais pas...

-Mais ce traumatisme-là, il interfère avec sa santé ? Ou il a interféré avec sa santé ?

-Forcément puisqu'il a interféré avec sa santé mentale, ça interfère aussi avec la manière dont elle a élevé ses enfants, avec pourquoi elle amené ses enfants en consult', enfin je veux dire bon, ça peut expliquer des motifs de consultation qui étaient pas toujours, euh, voilà.

-Organiques ?

-Ouais et puis les rapports qu'elle peut avoir avec son mari, enfin bon je sais pas. Ouais, oui, si ça peut agir, bien sûr.

-Et donc quand un patient se présente avec ce genre de, comment dire, de traumatisme, il vous semble qu'il est bon de...

-C'est l'histoire que je te racontais, du type qui t'explique, bon voilà, il vient consulter pour sa toux, tu te dis : "Bon il tousse, ça fait quatre jours qu'il tousse", bon puis, ça fait une fois, deux fois, trois fois, il tousse toujours, au bout de quelques consult' tu dis : "Nan attendez bon, c'est quand même pas non plus dramatique, et bon le pneumo... qu'est-ce qui vous inquiète dans cette histoire-là ?" bon le mec il va te dire : "Ah ben oui mais mon grand-père voilà il est mort d'une tumeur de langue, il toussait". Ils vont pas non plus te le cacher pendant des mois non plus, mais quelque part tu te dis, c'est disproportionné, euh, le nombre de consultations, il vient pour la troisième fois, pour un symptôme qui te paraît assez bénin, qui n'entraîne pas de dyspnée,

-Mais est-ce que, est-ce qu'il vous semble qu'on avait accès à cette information dès la première consultation ? Le fait que ce patient soit tellement inquiet sur la toux... on est obligé

d'avoir les trois consultations ou le patient revient pour avoir le fin mot de l'histoire?

-Des fois tu l'as dès la première consultation mais des fois tu l'auras pas.

-D'accord.

-Des fois tu l'auras pas...

-Peut-être que des fois on l'a jamais, l'information.

-Des fois tu l'auras jamais. Y a des patients tu comprendras pas pourquoi ils viennent, etc., euh. Tu vas les voir pendant vingt ans, et tu vas te dire quand elle s'en va, tu vas te dire : "Je sais toujours pas pourquoi elle vient. Qu'est-ce qu'elle veut me dire ? Elle veut me dire quelque chose ou il veut me dire quelque chose mais je sais pas quoi." Tu vas essayer de bon... voilà, de dépatouiller l'affaire, tu vas pas comprendre.

-Et dans ces cas là vous pensez qu'il faut un peu fouiller, essayer de voir ce qu'il y a derrière, ou est-ce que vous pensez qu'il faut laisser la personne ?

-Je pense qu'il faut fouiller un peu, parce que si t'arrives à leur faire verbaliser ce non-dit, souvent quand même, souvent... Encore que des fois tu soulages une plainte et puis tu en crées une autre, c'est le même problème ça, parce que bon, elle a peut-être besoin ou il a peut-être besoin d'avoir des plaintes pour exister. Donc, des fois c'est bien aussi de respecter. Mais bon, il y a des gens tu, tu comprends pas, tu comprends pas. T'as beau leur expliquer depuis des années un certain nombre de choses. Comme la patiente, ce matin, qui voulait pas que tu sois en consult'. Elle vient me voir, elle me dit toujours... Là elle revenait parce qu'elle dit : "J'ai mal à l'épaule, j'ai mal à mon bras, etc." Elle est en vacances, elle bosse pas. Quand elle bosse encore, bon, elle bosse à l'usine sur une chaîne, ils mettent des petites pièces pour l'automobile, bon ok je veux bien croire qu'il y ait des tendinites à droite à gauche, mais quelque part, ça paraît... les tableaux de ténomyalgies... Y a autre chose, mais quoi... Je sais pas, je sais pas ce qu'elle veut. Elle a quitté (*son confrère*) parce qu'il en pouvait plus, enfin, ouais...

-Oui.

-Il a dû s'énerver, moi... Alors des fois tu vas avoir des patients qui vont continuer à venir te voir sans que tu comprennes pourquoi, et ils continuent quand même. Et il y en a d'autres ils vont changer de médecin. Alors tu te dis : "S'il change de médecin c'est que j'ai pas compris. J'ai pas compris ce qu'il voulait, j'ai pas réussi à décrypter ce qu'il voulait." Voilà. Donc c'est toujours quand même, c'est toujours interrogatif ce genre de choses.

-Mais vous pensez qu'on a des outils pour explorer ça ?

-Euh des outils, actuellement...

-Euh non pas des outils mécaniques,

-...mais tu veux dire...

-des leviers... Comment on peut explorer ça en fait ? Comment on peut rechercher ce qu'il y a derrière ?

...

-Je sais pas. Je vois qu'une chose, c'est l'intuition.

-Ouais ?

-Bon c'est l'intuition, tu devines. Alors des fois tu peux comprendre à demi-mot parce que en plus, il y a des trucs qu'ils te diront jamais, quand même. Il y a des choses qu'ils peuvent pas euh... Mais tu peux comprendre à demi-mot dans certaines consultations, des choses qu'ils veulent te dire, comme... Voilà, t'en auras pas la certitude, t'en auras jamais la certitude, ce sera pas écrit noir sur blanc, je sais pas quoi moi, je veux dire, des choses "j'ai été violé", "je suis homosexuel" mais tu vas le comprendre, tu vas le décrypter. Bon voilà. Ou euh, "mon grand-père, je sais pas quoi, il a... enfin bon je sais..." *"il a eu la tuberculose" ou quelque chose de ce genre-là...*

-Ouais ouais. Bon. Mais des outils, genre, je sais pas... On n'a pas d'échelle, des échelles de questionnaires qu'on pourrait poser aux gens. Bon on a des échelles pour la dépression, pour l'autonomie, pour euh... Bon des échelles... Je sais pas, pour le non-dit, c'est vachement... C'est vraiment... T'es dans le relationnel complet.

-Et j'avais encore une question. Il y a des situations où le patient... ou il ouvre une porte, ou il tend une perche sur un sujet qu'il avait pas abordé. Est-ce que vous pensez que dans ces cas-là, il faut, un petit peu s'engouffrer, et profiter de l'occasion pour le faire développer...

-Peut-être

...ou est-ce qu'au contraire il faut respecter.

-J'en sais rien. Si t'es comme ça, tu auras des patients qui aiment bien qu'on s'engouffre là-dedans. Si t'es pas comme ça, t'auras des patients qui ont pas forcément envie qu'on aille se mêler de tout ça. Ta patientèle sera à ton image. Je te dis, si les patients sont pas contents du service rendu, ils iront voir autre part, hein. S'ils sont contents, bon voilà. Bon, on est comme on est, on peut pas plaire à tout le monde. Tu peux pas? Je pense qu'il faut pas se forcer à aller sur un terrain où on a pas envie d'aller.

-En fait c'est un peu ce que vous disiez, c'est intuitif, c'est un peu à l'intuition.

-Ouais je pense. Moi je pense vraiment. Bon... Ouais, non non, c'est sûr, ceux qui cherchent autre chose, mais que moi je suis incapable de comprendre ils iront voir un autre médecin. Ça c'est indiscutable.

-Merci.

Dr B

Profil : médecin masculin, maître de stage. Seconde moitié de carrière. Pratique aussi la régulation Médigarde.

Conditions d'exercice : Exercice semi rural, dans un cabinet sous sa maison, seul. Volume horaire plutôt supérieur à la moyenne. Travail à moitié sur rendez-vous et à moitié en consultation libre, créneaux de 15 minutes. Son épouse réceptionne les appels les matins. Pas de secrétariat. Une salle pour l'entretien et une salle pour l'examen clinique.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 19/09/2012, dans son bureau, au calme. Le temps disponible est de 45 min. Durée : 38 minutes

-Alors je fais cet entretien donc, dans le cadre de ma thèse. Donc une thèse sur le non-dit. Je vais faire des entretiens auprès d'une quinzaine de généralistes. Ensuite j'analyserai ça.

Donc la thèse elle est sur le non-dit. Juste avant qu'on commence j'aimerais revoir un petit peu... par rapport à l'organisation de votre semaine et de votre travail. Actuellement vous travaillez sur rendez-vous les matins, euh, la moitié de la matinée le matin et tout l'après-midi, avec un petit créneau sans rendez-vous. Euh ce que je voulais savoir c'est : est-ce que vous avez travaillé en vous organisant différemment par le passé ?

-Euh oui

-Euh vous travailliez...

-Euh je travaillais sans rendez-vous, euh, c'était le matin, je faisais de 10h à midi, et je travaillais le soir de 17h à 19h sans rendez vous. Je prenais des rendez-vous et je faisais des visites les après midi.

-Et vous avez remplacé pendant longtemps ?

-Oui.

-Et pendant combien d'années ?

-Avant de m'installer ? ... Moi j'ai fait mon service militaire à 27 ans, il m'a pris 2 ans, donc 29 ans, je me suis installé à 33. Voilà, 4 ans.

-Et, quand vous remplaciez, vous remplaciez toujours au même endroit, ou ça dépendait ?

-Non j'ai remplacé, euh... un peut partout, j'ai remplacé où...

-D'accord.

-...surtout campagne mais aussi à Nancy. J'ai remplacé un copain à Nancy... J'ai remplacé dans la Meuse, j'ai remplacé à Ramber', j'ai remplacé à Epinal, j'ai remplacé à Saulxures-sur-Moselotte, j'ai remplacé où encore ? J'ai remplacé à Dabo, donc dans la Moselle. Ouais j'ai remplacé cinq-six médecins...

-D'accord. D'accord. Bon donc pour rentrer dans le vif du sujet, euh, donc la thèse elle porte sur le non-dit, euh, vous, spontanément, il semble que ... qu'est-ce qui n'est pas dit en fait en consultation, qu'est-ce qui n'est pas verbalisé ? Principalement ...

...

-Moi je pense déjà que c'est une question de relation entre le médecin et le malade, hein. Plus on connaît les gens, plus ils ont confiance en leur médecin, plus de toute façon ils sont spontanés, et ils disent euh, ils disent tout. Souvent j'ai l'impression de, de remplacer le curé d'il y a quelques années. Il y a des choses intimes que je pense qu'ils disent à personne d'autre. Donc le non-dit il existe dans les discussions où les gens, comment dire, sont moins, ont moins l'habitude de voir leur médecin, ou pour des problèmes délicats, essentiellement des problèmes de couples, des problèmes... des problèmes sexuels, ou... ou encore il y a un non-dit avec certaines pathologies chroniques, dont ils ne veulent pas trop admettre l'évolution, et où ils essaient donc de tirer du médecin des éléments plutôt positifs, donc ils vont masquer... voilà.

-D'accord.

-...donc ils vont masquer sous des tas de questions... qui quelquefois, on se demande ce qu'elles viennent faire là, il n'y a pas de lien entre elles, donc on comprend vite la situation.

-D'accord. D'accord donc bon moi je pense avoir une définition qui est un petit peu proche de ce que vous me dites, que je vous propose pour la suite de l'entretien : on pourrait appeler le non-dit tout ce qui n'est pas formulé explicitement pour des raisons qui peuvent être conscientes ou inconscientes, qui peuvent être des tabous, des angoisses, parfois une méconnaissance de la biologie.

-Il y a ... ça c'est un non-dit de la part des patients, mais il y a aussi un non-dit de la part du médecin qui parfois se trouve... dans des situations, dans des situations disons difficiles. Alors il y a un non-dit qui peut être voulu de la part du médecin pour ne pas aggraver une pathologie chez quelqu'un hyper angoissé chez qui il sait très bien qu'il va lui faire plus de mal que de bien.

-Alors...

-Ça c'est le non-dit un peu contrôlé, et il y a des non-dits non contrôlés où le médecin peut être amené à, moi ça m'est déjà arrivé, à ne pas savoir comment annoncer à un patient la gravité de son état. Euh... Quand on le connaît bien, quand on sait comment il est, et... et voilà. Là on peut se retrouver soi-même dans une situation difficile, parce que là on sait qu'après avoir balancé une certaine vérité, ben, on n'a pas de recours pour essayer de, de, voilà.

-Et cette partie que le médecin ne dit pas, est-ce que ça vous paraît être nuisible, que le médecin...

-Non, non justement. Mais c'est un jeu de dupe ! C'est-à-dire que... On sent ça chez des cancéreux dont l'état s'est aggravé, dont on sait très bien que leur maladie est mortelle, qui sentent bien que ça va pas du bon côté, mais qui essaient de, de pêcher chez le médecin la moindre étincelle de...

-D'espoir ?

-...d'espoir, de positivité. Donc le médecin le perçoit, et en même temps ils posent des questions sur leur état, sur leur aggravation. Le médecin se trouve dans une position très difficile où soit on assène d'emblée la vérité, et on casse quelqu'un, et puis voilà, et puis la relation est très perturbée, et puis les soins après sont très difficiles ou alors on maintient euh...

-Un mystère ?

-...une espèce d'état... euh... Une fausse vérité quoi, dans le but de maintenir quand même de l'espoir, de rassurer, ce qui n'est pas en soit quelque chose de négatif. Mais par contre le médecin est mal à l'aise pour ça, et il ne faut pas que le patient le ressente. Et ça met le médecin dans une situation extrêmement difficile.

-Et vous pensez que des fois le patient le ressent, que le médecin ne dit pas tout ?

-Ah ouais. Quelqu'un qui est atteint d'une grave maladie il a les sens exacerbés et il perçoit tout, et il ressent tout, et ... et c'est une espèce de jeu de dupe. Et c'est un jeu qui est malsain mais qui en même temps... Dont personne ne veut entendre la vérité (*le fax sonne*). En ce moment j'ai par exemple monsieur D., que tu connais. Je vais te dire c'est un gars que je connais depuis que ses enfants sont tout petits, je sais toute la douleur qu'il a eue dans sa vie, je sais tout le mérite qu'il a, je sais que c'est quelqu'un qui se donne du mal, qui a des qualités, et tout. Et là il sent bien, bon tu as vu le médecin à Nancy qui lui a balancé ça, (*qu'il a un cancer bronchique inopérable*), maintenant le médecin dit vous êtes très bien soigné à D., à Epinal, donc il botte en touche "Démerdez-vous avec ça", et donc c'est sur toi que ça va retomber, et en même temps, ce gars-là, si tu veux le maintenir en survie encore quelque temps, tu peux pas lui assener d'emblée, comme le médecin de Nancy, qu'il est foutu, qu'il y a rien à faire. Parce que chaque fois qu'il vient il essaie d'aller à la pêche à une petite réponse qui va l'aider, pis toi t'es emmerdé comme tout parce que tu sais pas quoi lui dire qui puisse l'aider. Donc euh... tu peux toujours dire que... un miracle est toujours possible, et il y en a en médecine, des fois dans les cas désespérés on sait pas pourquoi ça fait marche arrière, mais, bon, c'est pas le truc qui... il va sur Internet et tout, donc en fait j'aime pas ce genre de truc et quand maintenant il prend rendez-

vous maintenant je, je, j'appréhende. Donc ça c'est...

-D'accord. Alors, donc là j'aimerais en revenir là... Donc ça c'était la partie non-dit par le médecin, par rapport à ce qui n'est pas dit par le patient... Bon il y a plusieurs éléments, j'aimerais décomposer. Pour ce qui est de ce que le patient ne dit pas, mais volontairement, par exemple ce qu'il cache. Est-ce que c'est quelque chose qui vous paraît fréquent ?

-... Ça... Je... Bon ça on peut le savoir que après, quand on découvre quelque chose et qu'il l'a pas dit avant, mais bon là je suis en train de chercher... c'est pas si fréquent que ça, non je pense pas. Une fois qu'il connaît bien son médecin... Bon c'est sûr que s'il change de médecin, si c'est un nouveau, il va d'abord essayer de jauger le médecin avant de lui dire certaines choses.

-D'accord.

-Donc là on subit un examen, un examen de passage. Mais après une fois que tu les connais bien, ils viennent, et il faut créer ce, ce lien qui permet au patient de s'exprimer, de se vider dans le cabinet médical. Généralement une fois que tu as réussi...

-D'accord, donc si le patient est dans un "bon cadre" disons, ça va pas trop arriver.

-Ouais, ouais je pense, c'est limité.

-Bon un autre élément, c'est l'oubli, ce que le patient oublie de signaler, donc là quelque chose qui n'est pas volontaire. Est-ce que les oublis ils vous paraissent fréquents ?

-... Ben si au début on le laisse s'exprimer, il va peut-être oublier de dire certaines choses, mais comme normalement le médecin après, doit par un questionnaire euh, ciblé, adapté à la situation, essayer de préciser les choses, généralement l'oubli, si vraiment il y a un oubli qui se produit... je crois que c'est que quelque part, ou le patient s'est vraiment très mal exprimé, ou le médecin n'a pas vraiment pris le temps pour, euh...

-Et il vous semble pas que ce soit fréquent que le patient oublie de parler d'un sujet qui soit franchement important.

-Par contre le truc typique, c'est qu'il y a des choses délicates, tournant autour de problèmes génitiaux, tout ça, dont ils vont parler une fois qu'ils sont rhabillés, et assis sur la chaise en face du médecin en sachant très bien que le médecin ne va pas leur redemander de se déshabiller, et dont ils vont pouvoir parler en évitant de voilà, de se faire examiner. Ça c'est classique. Et donc là, par contre, quelque fois là j'arrive encore à leur dire : "Il faut absolument que je regarde", on y arrive aussi, mais voilà, c'est dans ce but-là que c'est fait. C'est, c'est, ils le masquent jusqu'à la dernière minute et de toute façon, comme ils sont venus pour ça et qu'ils vont pas repartir sans le dire, ils l'annoncent à la fin, en se disant...

-D'accord. Quelque part ça c'est déjà plus quelque chose de conscient. C'est calculatoire.

-Oui

-Euh, alors bon, justement ces problème génitaux, qui sont pas forcément abordés facilement, je pense que ça rentre dans le cadre des tabous. Euh, bon les tabous ils surviennent dans plusieurs domaines en médecine, vous est-ce qu'il vous semble que les tabous posent un problème, posent un problème au médecin pour qu'il fasse son travail ?

-... Encore une fois moi je pense que... En expliquant les choses, puis en disant... (il ferme la fenêtre) en disant par exemple nous aux gens : "Bon moi voilà, il faudra qu'on regarde ça donc je vais vous redonner un rendez-vous, on va le re-prévoir", parce que il faut pas non plus se jeter sur les gens comme ça, ça permet d'arriver à sa fin souvent quand même. Les tabous...

-Mais dans d'autres domaines que génitaux, sexuels... ?

-Les tabous... Ils ont du mal à parler de leurs problèmes de couples ou des trucs comme ça...

-Et par rapport à la peur de la mort, la maladie ?

-Ah alors là, la peur de la mort. Euh, tout le monde a peur de la mort. Je pense qu'il n'y en a pas un seul... Les personnes âgées, c'est sous-jacent dans tout ce qu'ils disent, euh, dans toutes leurs questions, c'est une angoisse quasi permanente, une fois 70, et encore plus 75 ans, parce qu'ils savent que là ils sont presque en sursis, puisque la moyenne d'âge c'est 74 ans pour les hommes par exemple, donc il y a ça. Et, oui, donc je, on leur pose pas la question : "Est-ce que vous avez peur de mourir ?", parce que... mais bon, on voit bien, quoi.

-Et...

-Mais la mort est un sujet tabou, c'est un sujet... Parce que parler de la mort, c'est parler d'une évidence, et ils ont pas envie, forcément d'en parler, ils savent très bien que le médecin va pas leur dire qu'ils vont vivre éternellement donc voilà. Et en même temps, en même temps, bon, ce qu'on fait, ben on essaie de leur... de leur parler un petit peu de la vie au quotidien, d'essayer de les motiver, puis voilà. Mais la mort elle est quasi sous-jacente dans tout. Et c'est pour ça aussi que les personnes âgées peuvent aussi des fois consulter pour des choses qui sont relativement bénignes, mais dont ils ont peur, ils s'imaginent que ça va mal tourner.

-Euh... les violences physiques... les violences physiques, les violences sexuelles, c'est quelque chose qui reste tabou aussi dans la consultation, est-ce que les gens peuvent en parler parfois ?

-Ouais. Les femmes qui ont subi des violences, en ont souvent parlé spontanément. Parce que quand elles viennent c'est pour parler vraiment de ça, et je pense qu'actuellement, euh...

-Le médecin y a quand même accès, quoi.

-Tu vois la jeune pour laquelle je t'ai fait sortir, elle me connaît pas, bon elle a rapidement vidé

son sac, bon deux trois questions et puis hop. C'est peut-être prêt à sortir, il fallait amorcer et puis ça ça sort tout seul. Bon c'est sûr que quand tu vois une femme avec des ecchymoses partout bon... Si elle a été battue elle le dit généralement, parce que si elle vient consulter pour ça elle va pas raconter qu'elle tombée dans les escaliers comme ça, et qu'on lui a rien fait. Sinon elle vient pas. Et euh...

-En fait quelque part, le médecin il peut passer au-delà des tabous des gens ? Les gens laissent passer le médecin au-delà de leurs tabous ?

-Ouais je pense que le médecin traitant c'est un médecin qu'ils ont choisi, s'ils l'ont choisi c'est pour que ce médecin les aide dans les situations les plus variées possibles, donc s'ils viennent, s'ils prennent rendez-vous et qu'ils viennent en consultation c'est dans le but d'aboutir à quelque chose et donc de, de, généralement, dans ces cas difficiles s'ils viennent voir le médecin, c'est, c'est un médecin qu'ils ont choisi.

-D'accord. Alors encore un petit peu plus complexe et difficile d'accès : l'inconscient. Bon l'inconscient c'est un sujet assez vaste sur lequel les opinions divergent beaucoup. Votre expérience elle m'intéresse pas mal par rapport à l'exercice de la médecine générale. Il vous semble que le lien entre l'inconscient du patient et sa santé c'est un lien qui est important ? Ou que... c'est deux choses qui sont relativement distantes ?

-... entre son inconscient et sa santé ?

-Oui.

-... C'est-à-dire les choses qu'il peut ressentir et qu'il ne met pas en rapport avec sa santé ?

-...Euh oui ou par exemple une angoisse dont le patient n'est pas vraiment conscient, qui est en lui mais qu'il n'arrive pas vraiment à identifier, qui va se manifester au travers de sa santé...

- La psycho somatisation ?

-Par exemple, oui ?

-Oui, oui, c'est... la fréquence...Bon généralement les gens qui... Oui, ça arrive, ça arrive, oui, je sais pas quelle fréquence, mais ça arrive, oui... Généralement pour qu'il y ait des... des conséquences sur la santé, il faut quand même qu'il y ait des angoisses importantes et généralement ils le perçoivent par eux-mêmes. C'est rare que... Ils veulent pas en parler, ils veulent pas en parler tout de suite, ça fait partie du non-dit, mais c'est, ils en sont quand même conscients quelque part. C'est rare.

-D'accord, c'est pas rigoureusement inconscient.

-Oui

-Et est-ce qu'il y a des éléments dont le patient n'est pas vraiment conscient qui vous semblent visibles par le médecin généraliste pendant la consultation ?

-... Oui.

-Est-ce que c'est quelque chose qui est évident ?

-Non c'est pas, c'est pas franchement évident, mais il y a des signes... des signes physiques ou

des signes, des troubles du comportement qui... que le médecin peut bien percevoir, et dont le patient n'est pas conscient.

-Quelque part vous pensez que le généraliste il a la capacité d'avoir des éléments sur la psychologie, et la psychologie inconsciente du patient, quand il le voit en consultation, quand il l'entend, quand il l'examine ?

-Mmm...

-Est-ce que vous pensez que c'est quelque chose qui est complexe d'accéder à la psychologie du patient ?

-La psychologie c'est toujours complexe, c'est jamais simple. Mais, bon, ça dépend un peu de l'empathie du médecin et de la façon dont il arrive à percevoir... c'est toujours pareil, c'est... oui c'est ça, c'est de l'empathie, c'est arriver à se mettre un peu à la place des autres et à partir de ce moment-là, et avec l'expérience de la vie, on arrive quand même à mieux percevoir ce que peut ressentir le patient et donc à lui faire avouer certaines chose et à avancer, donc voilà...

-D'accord.

-C'est une question d'écoute et de perception des choses, mais ça ça dépend aussi du tempérament du médecin, de... Mais bon je pense pas qu'actuellement avec l'histoire du médecin traitant il y ait des gens qui signent une feuille chez le médecin traitant en se disant comme ça : "J'irai quand j'ai le nez qui coule, mal à la gorge et mal au ventre, et puis le reste, je..." Non, si y a qu'un médecin traitant c'est aussi savoir que c'est quelqu'un à qui un jour on sera amené à confier certaines choses, et à ce qu'il y ait un échange un peu plus profond.

-D'accord, D'accord. Par rapport au non-dit, pour en revenir au non-dit en général, est-ce qu'il vous semble que quelque chose qui n'est pas dit par le patient peut avoir des conséquences par la suite ?

-Sur son état de santé ?

-Oui.

-Ouais.

-Est-ce qu'il vous est arrivé dans votre carrière de voir des patients qui vous avaient pas dit un élément, et de l'avoir vu longtemps après, ou d'en avoir constaté les conséquences longtemps après.

-Ouais. Au début surtout. Maintenant beaucoup moins.

-Plutôt dans quel genre de domaine?

-Ben... Qu'est-ce que j'ai eu comme... C'est souvent, dans des problèmes de couple, ou des problèmes comme ça, qu'ils n'osent pas avouer parce que le médecin soigne le conjoint aussi, donc... Donc il y a une espèce de relation à trois, il y a une espèce de...

-De méfiance ?

-Oui de méfiance, et puis après on s'aperçoit des conséquences, des choses comme ça quoi.

-D'accord. Mais ça vous est arrivé de découvrir après longtemps d'évolution d'une pathologie,

un élément que, qui vous avait pas été dit... je sais pas une conduite addictive, l'inobservance du patient...

-L'inobservance du patient oui. Conduite addictive...

-Ou alcoolisme?

-Oh l'alcoolisme... A un moment donné on peut pas, non, on peut pas passer à côté, si y a vraiment un alcoolisme, il y a un certain nombre de symptômes, de signes. Si on passe à coté d'un vrai alcoolisme c'est que... non je pense que... Une addiction à une drogue c'est pareil, à un moment donné. Bon au début ça peut ne pas être évident du tout quand on connaît pas bien les gens mais après...

-D'accord. Est-ce qu'il vous semble que le médecin, est-ce qu'il vous semble qu'il y a un bénéfice à explorer ce que les patients ne disent pas, ou ne disent pas facilement ? Est-ce que c'est quelque chose qui mérite qu'on y consacre du temps ?

-Oui, oui bien sûr !

-Et est-ce qu'il vous semble que les médecins en ont les moyens, étant donné leur manière de travailler, la quantité de travail, etc. ? Ce qui vous semble poser problème principalement ?

-On a les moyens, euh, il faut du temps toujours, donc soit on revoit les gens souvent pour arriver à... Sinon il faut des consultations plus longues, et bon vu le tarif de la consultation et vu la quantité de travail c'est guère gérable dans ces moments-là. Bon souvent il y a des non-dits qui sont avoués par un tiers, ou par un membre de la famille, hein c'est souvent comme ça "Il vous a pas dit ça mais c'est comme ça, vous savez" et puis souvent on se dit "Ben oui je pensais bien mais bon maintenant j'en ai la certitude puisque vous le dites." Ça ça aide aussi.

-D'accord donc en fait quelque part les tiers...

-Parce que y a des gens, par exemple comme monsieur H. qu'on a vu ce matin, qui est assez jovial, bon qui picole un peu, bon qui a le nez rouge, voilà, bon. Et, euh, quand il dit qu'il bosse un peu, qu'il fait que ça, un peu comme tous les alcooliques qui embellissent toujours un peu la vie, qui ont une façon, une certaine jovialité, à un moment donné on s'en aperçoit, et on sait bien que ça colle pas trop, et puis bon, là son épouse a confirmé certaines choses et bon, qu'il faisait pas le quart de ce qu'il dit... Et ça bon on s'en aperçoit rapidement quand même, il y a un truc.

-Et dans quels moments, à l'inverse, on doit respecter le non-dit et ne pas plus...

-Ah mais je pense que le non-dit il faut le respecter au départ, parce que je pense qu'il y a un cheminement du patient qu'il faut le laisser faire si on veut que les choses se passent bien et qu'il y ait une bonne relation, si le patient préfère peut-être aller moins vite que voudrait aller le médecin, ça il faut le respecter, sauf si bien sûr il y a un danger vital pour le patient, ça

c'est évident. Mais autrement je pense qu'il faut le respecter au départ. Puis à un moment donné le patient va dire "Bon ben voilà" mais là il y a déjà eu une relation qui a tissé des liens un peu plus solides, c'est plus possible de rentrer dans le vif du sujet et d'abandonner les non-dits. Mais au début je pense qu'il faut le respecter. C'est une façon de s'exprimer du patient, ça correspond à son tempérament, et si on le brutalise et que d'emblée on lui rentre dedans, on va bloquer les choses plutôt qu'autre chose.

-D'accord. Et si le patient tend une "perche" pour parler d'un sujet que...

(Immédiatement)-Il faut la saisir.

-Il faut la saisir ?

-Oui.

-D'accord.

-Alors le problème c'est que la perche est tendue souvent en fin de consult', à un moment donné où on a pas le temps, la salle d'attente est pleine, ou je sais pas quoi, alors c'est toujours très délicat, mais il faut essayer de la saisir quand même à ce moment-là, et pouvoir reprogrammer quand même rapidement un suivi ou quelque chose comme ça, mais ça c'est sûr.

-D'accord.

-Il y a des gens qui ont des grosses angoisses, notamment des jeunes, qui vont prendre leur courage à deux mains en disant : "Allez ce coup-ci j'y vais, je vais chez le médecin" et qui ont longtemps tergiversé, qui ont longtemps retenu. Alors c'est toujours à une heure où ça convient pas, c'est sûr. Alors la tendance c'est de botter en touche, de prendre ça de haut, et rapidement. Et là on casse tout, puis c'est comme ça qu'après on peut avoir des catastrophes. Donc, à ce moment-là il faut savoir dire au jeune que... le prendre quand même un petit peu, lui dire qu'on a bien compris ce qu'il demande, lui dire qu'on est là pour l'aider, qu'on va l'aider, et que donc on veut absolument le revoir et lui donner un rendez-vous, hein, il faut, il faut surtout pas... Ça c'est classique.

-Et euh, une dernière question. Dans tout ça la part de l'expérience ? La différence entre aujourd'hui et vos premières années, vous la voyez comment ? ... Pour explorer le non-dit spécialement.

-Bah dans les premières années, on sort de la fac, ou de remplacement, ou... ou des gens on les voit épisodiquement, on les connaît pas bien, donc on traite plutôt du... quelque chose qui est demandé, on répond à une demande. Et puis avec l'expérience ben... on prend beaucoup plus de recul, on est plus méfiant... On fait un peu plus attention à toutes ces consultations parfois qui arrivent sur le pouce, en dernier, ou... à des gens qui ont un discours pas très cohérent dans leur situation, donc on reste vigilant, sans pour autant être inquisiteur dès le début, on sait que ça cache quelque chose, on fait en sorte de pas rompre le lien, de les re-convoquer et voilà quoi,

ce que je faisais pas au début. Au début on attend, on fait totalement confiance aux gens, on les écoute, etc. avec l'expérience on est plus prudent, et plus méfiant.

-Mmm. J'ai l'impression que le fait de re-convoquer les gens c'est une bonne manière de bien cerner les choses ?

-Ah oui... Il faut bien leur dire qu'on les a compris, qu'on, qu'on veut les aider, que pour ça il faut qu'on puisse en parler tranquillement, et donc le mieux c'est se revoir, et donc il faut remettre en rendez-vous assez rapidement. Il faut que ça vienne d'emblée derrière, voilà.

-Ok.

-Mais déjà, oui, de, de voir des gens à midi et quart, midi vingt, des jeunes qui arrivent comme ça, qui sont pas bien du tout dans la salle d'attente. Et ces jeunes-là bon, on a pas envie qu'il se passe quelque chose après, on sait, malheureusement on est coincé parce que... donc on peut pas non plus l'expédier parce qu'on est coincé. Donc c'est de prendre cinq minutes, de lui dire : "Bon écoute repasse ce soir à 18h30, à 19h même, je tiens à te revoir, on en discute tranquillement, je comprends, voilà", voilà, et on prend les coordonnées éventuellement pour le rappeler mais on rompt pas le lien, et généralement ça se passe bien.

...

-D'accord.

-Les gens, les gens qui se suicident, ben c'est comme ça. Il se sentent que ça va pas du tout, ils vont essayer de se raccrocher une dernière fois, ils ont pas envie d'y aller, ils tournent en rond, ils débarquent chez le médecin comme ça, manque de bol c'est toujours comme un cheveu sur la soupe, et le médecin les... ou quand c'est des secrétaires c'est ça aussi, souvent qui, qui accueillent, qui peuvent dire : "Ben écoutez il y a pas de place, pas avant trois jours" pis après il arrive un truc. Donc il faut que tout le monde soit en alerte là-dessus, et ce genre de choses il faut pas le négliger, parce que quelqu'un qui débarque à midi vingt, comme ça, c'est que... bon sauf si c'est un emmerdeur bien connu, mais bon, si c'est quelqu'un qui va pas bien comme ça, c'est que, il faut jamais refuser de... faut au moins le voir, au moins le voir, l'accueillir, euh, et garder la main dessus, quoi, parce que, voilà.

... Ça par contre c'est un truc, que maintenant... je suis sûr de, de pas passer à côté... Voilà.

-D'accord. Ben je vous remercie.

-C'est... Je crois que le non-dit c'est inévitable, dans un problème de relations humaines où... où en plus le médecin n'est pas là pour faire du mal à son patient... Et à l'aider, y a un moment donné où... on est obligé nous aussi de faire des non-dits. C'est... la vérité à tout prix c'est n'importe quoi. ... Les cancéreux c'est le truc.

... Le cancéreux qui va pas bien, il est à l'écoute de la moindre petite chose qui va bien, donc toi quand tu vas les voir par exemple chez eux, ils

sont grabataires, tu peux leur dire que leur escarre, ben ça va mieux, t'insistes sur ce qui va. Tu dis pas ce qui va pas. Pis en même temps ils sentent bien qu'ils vont de moins en moins bien. Quelque fois à la fin ils te demandent : "Vous pouvez me dire pour combien de temps j'en ai encore ?", voilà ce qu'ils te disent des fois. Et puis toi t'es bien emmerdé parce que tu vas pas leur dire : "Ben écoutez je pense que vous ferez pas la fin de la semaine" tu vas pas leur dire ça. Qu'est-ce que tu fais ?

-Et est-ce que des fois vous pensez que leur dire...

-Ils le savent qu'ils feront pas la fin de la semaine. Mais ils veulent l'entendre et ne pas l'entendre en même temps. Quand ils te posent la question c'est pour que tu les rassures, pas pour que tu enfonces le clou. Et toi si tu leur balances ça, alors qu'ils le sentent, ben tu les enterres...

-Alors du coup vous proposez de réagir comment ? de faire quelle réponse ?

-Ben du coup j'essaie de leur dire : "Ben écoutez votre état s'est aggravé, effectivement, vous le ressentez, vous le ressentez bien, voilà il y a ci, il y a ça". En même temps à côté je mets toujours en balance des trucs qui vont, puis je leur dis : "Vous savez le corps humain c'est comme ça, il encaisse des coups, des fois ça va pas bien, des fois ça va un peu mieux, maintenant répondre à une question comme vous me posez, moi je suis pas devin et c'est pas moi qui peux vous répondre ça. Votre état pour l'instant évolue, bon il y a du bon, il y a du moins bon, mais vous voyez on arrive, bon... Moi j'essaie de vous aider au maximum, il faut vivre... Il faut essayer vous accrocher", et puis voilà, on essaie de dire des trucs comme ça. Alors en même temps ils doivent peut-être sentir que tu joues un jeu qui n'est pas clair, mais en même temps si tu leur assènes : "Ben écoutez vous êtes au bout du rouleau, c'est la fin". Je pense que dire qu'il y a des gens qui sont capables d'encaisser ça c'est faux. Les gens ils posent la question mais ils veulent pas l'entendre ça, donc il faut pas leur dire. Donc, euh... En plus tu es le médecin, normalement t'es pas là pour donner le coup de grâce, donc... Mais ça c'est extrêmement difficile. ... C'est un jeu de dupe. Toi tu triches, eux ils trichent aussi, et ils le savent pertinemment. Mais ils veulent surtout pas entendre ce qu'ils te demandent. Ça ils peuvent pas l'entendre, il faut le savoir. Donc... tu essaies de... faut rentrer dans leur jeu en fait. Il faut accepter ce jeu-là, qui... c'est pas du tout dégradant, c'est un jeu qui sert à adoucir quelque part... C'est pas pour enfoncer. Ça, c'est très dur. En plus c'est toujours à des heures, c'est tard le soir, quelque fois c'est la nuit, des fois... ... Et voilà ça c'est le côté pénible de la médecine...

Dr C

Profil : médecin masculin, seconde moitié de carrière. Donne quelques cours au département de médecine générale.

Conditions d'exercice : travaille à mi-temps dans un cabinet semi-rural, associé à cinq généralistes. L'autre partie de son temps est dédiée au service de convalescence.

Consultations sur rendez-vous uniquement, 5 à 6 consultations/heure. Pratique l'ostéopathie.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 30/09/2012, dans le Service de Rééducation Réadaptation (SRR), dans son bureau. Il nous a demandé que l'entretien dure moins d'une demi-heure.

Durée : 24 minutes

-Voilà, donc je fais cette thèse sur le non-dit. J'ai déjà fait des entretiens chez mes maîtres de stage. Là je suis chez Dr A, en ville, et Dr B qui est près d'Epinal. Donc juste avant de commencer, en fait, j'aimerais voir un petit peu comment vous répartissez votre travail au cours de la semaine, puisque vous êtes à cheval entre L... (le SSR), et votre activité en cabinet. Vous travaillez donc quels jours (au SSR) et quelle quantité (au SSR) ?

-Tous les matins sauf le mercredi au cabinet, pendant quatre heures et demie - cinq heures, et puis le mercredi matin, je suis (au SSR). Les autres fois c'est l'après midi (au SSR). Et (le SSR) c'est 3h.

-D'accord. Et au cours... avant de travailler (au SSR), dans votre vie vous avez travaillé dans d'autres conditions que... ?

-Non qu'en cabinet. Dès ma première installation, et y en a pas eu d'autre.

-D'accord et vous aviez remplacé pendant combien d'années ?

-Très peu.

-Très peu ? D'accord donc une installation rapide à Senones. D'accord.

Donc la thèse, elle porte sur le non-dit, l'ensemble des choses qui ne sont pas dites lors des consultations. Vous, au premier plan, d'emblée, il vous semble que c'est quoi le contenu de ce que le patient ne dit pas ?

-Le non-dit du patient ou du médecin ?

-Alors pour commencer, par exemple, celui du patient.

-Tout ce que tu vas me poser comme questions maintenant c'est sur le non-dit du patient ?

-Et ensuite du médecin.

-Voilà, d'accord, que ce soit bien clair. Le non-dit du patient ben ça alors c'est surprenant. Si tu connais pas le patient tu peux pas savoir. Quand tu le connais tu le sens, c'est gros comme une

maison, quand tu le connais pas il faut que tu apprennes à le connaître.

-D'accord.

-Quand tu connais le malade, le non-dit, il apparaît tout de suite.

-D'accord. Et donc il vous semble que c'est assez difficile quand on connaît pas le patient.

-Voilà.

-Mais en substance, il s'agit de quoi ? Ce qu'il ne dit pas c'est quoi ?

-Ce qu'il ne dit pas c'est son angoisse par rapport au diagnostic. C'est ça. Qu'est-ce qui n'est pas dit... Sa vraie demande quand c'est une demande qui n'est pas... qui n'est pas très licite, par exemple un arrêt de travail. Ça c'est le non-dit, euh, où tu tournes autour du pot pour dire que, ouais, finalement, t'aimerais bien qu'il t'arrête une semaine. Ou alors ton angoisse d'un cancer, et tu vas tourner autour du pot jusqu'à ce qu'on te dise : "Ben non, y a pas de cancer là", voilà, ce genre de... Ça c'est les non-dits principaux de la part du patient. Parce que bon, les autres non-dits, si tu veux, c'est exceptionnel, je veux dire.... Ne pas dire qu'on fume...

-C'est plus rare ?

-...quand tu pue le tabac ou quand tu tousses, ça n'existe plus. Ou alors chez l'ado qui... qui dit pas qu'il fume, qui dit pas qu'il prend du cannabis, voilà. Les déviances de l'ado.

-D'accord. D'accord. Bon alors j'aurais tendance à proposer une définition.... Le non-dit étant tout ce qui n'est pas formulé explicitement, ça peut être pour des raisons conscientes ou des angoisses, parfois même ça peut être par méconnaissance du fonctionnement du corps.

-Mmm.

-Alors j'aimerais détailler en plusieurs sections. Donc toujours en parlant du côté du patient, les choses que le patient ne dit pas consciemment, c'est à dire les choses qu'il a en tête mais qu'il ne souhaite pas verbaliser, est-ce que c'est un élément important ? Est-ce que c'est une grosse quantité de ce qui n'est pas dit ?

-Ben c'est pas si important que ça.

-Euh...

-Je sais pas, tu veux le quantifier ?

-Non pas forcément le quantifier, mais essayer de l'aborder.

-Peut être que parfois sur un malade ça va être énorme.

-D'accord.

-Un gros truc qui sort pas, et puis faut... Mais ça, ça va être exceptionnel, c'est rare quand même.

-Chez quelques patients donc.

-Tu sais je pense que plus on est vieux médecin... Enfin on verra le côté médecin après, mais... On a moins de non-dit chez nous ? Quand t'es jeune oui.

-J'en profite justement, quand on est jeune c'est parce qu'on connaît pas les patients ou c'est par manque d'expérience ?

-Ben dans les deux cas. Je pense que le jeune médecin y aura du non-dit des deux côtés. Parce que, ton inexpérience et puis le manque de confiance que le malade il a, fait que, ben il va tâtonner un peu, il va voir un petit peu comment tu réagis, il aura pas... trop confiance pour lâcher le morceau, tu vois, je pense que... Après quand tu es connu toi, ils savent qui t'es comme médecin. Donc s'ils viennent avec l'idée de quelque chose, ils le diront.

-D'accord.

-Ils viendront pas avec un non-dit qu'ils vont garder jusqu'au bout, parce qu'ils te connaissent, tu vois ?

-D'accord.

-Par exemple, tu sais les malades ils disent : "Oh oui, tel docteur, je peux lui dire" tu sais ils disent : "Oh ben ça on peut tout lui dire à lui" voilà, ils le disent les gens, ils le verbalisent ça.

-D'accord.

-Au pire... Avec l'ostéo', si tu veux, j'ai des gens que je vois dont je suis pas le médecin traitant, ils vont me dire certains trucs, je dis : "Mais vous l'avez dit, ça, à votre médecin traitant ça ?" - "Oh ben non, on ne peut pas tout lui dire, euh..."

-Et il vous semble que c'est quoi justement ces choses-là ? Quel genre de domaine ?

-Mouais sur quel domaine.... euh... Juste sur leur hygiène de vie, des fois, par exemple sur leurs pratiques, des choses comme ça. Bon la sexualité, hein, par exemple aussi. Des fois tu entends des trucs qu'ils voudront pas dire...

-Mmm ... D'accord. Euh il y a une chose qui a un statut un petit peu à part, c'est les oublis... Les oublis, il est parfois difficile de savoir à quel point ils sont inconscients ou conscients. Vous, vous en pensez quoi du statut spécifique de l'oubli ?

-L'oubli de dire quelque chose ?

-L'oubli de dire quelque chose... L'oubli d'un objet... L'oubli d'un rendez-vous même....

-Tu veux dire... L'acte manqué ?

-Justement est-ce que vous ça vous paraît être vraiment accidentel ?

-Non... Oh oui

-C'est quand même plutôt accidentel...

-Oui là moi je vais pas... Je vais... Je vais pas y ajouter quelque chose, je pense pas que c'est si volontaire que ça, c'est pas un acte manqué, j'y crois pas trop.

-D'accord, vous le voyez pas trop comme ça.

-Oui je le vois plutôt comme une négligence plus que... L'oubli c'est... Ouais tu vois, je le psychiatrie pas plus que ça...

-D'accord, d'accord. Donc autre domaine, les tabous. Bon des tabous, il y en a beaucoup...

-Ah oui, ça je pense quand même que...

-Euh, il y en a qui sont difficiles à percer, même quand on est en consultation ?

-Ah oui, je pense que les tabous sexuels, par exemple... Ça, il y en a qui ont du mal, par exemple... L'homosexualité, les pratiques

sexuelles différentes, la maîtresse, l'amant, ça ils ont du mal à le lâcher.

-Ils le disent pas trop.

-Bon ça nous regarde pas forcément, ça a pas non plus une incidence sur les pathologies. Mais bon, si parfois ils viennent pour certains problèmes psychologiques, dépressions, etc., ça importe, mais... c'est pas tout de suite dit.

-Une autre idée qui me vient : l'argent. Est-ce que l'argent ça reste... est-ce qu'ils disent facilement par exemple : "J'ai des problèmes d'argent" ou est-ce qu'ils le cachent un petit peu ?

-Ça dépend le milieu. Milieu... chez les... certaines gens n'ont pas du tout de pudeur par rapport à l'argent, ils te disent très bien : "J'ai des soucis par rapport à ça", puis d'autres qui peuvent le cacher. Mais ceux qui vont le cacher, c'est une toute petite proportion à mon avis. Chez nous, hein, chez le médecin.

-D'accord.

-Bon peut-être aussi parce que je les mets, moi, facilement à l'aise avec ça. Voilà.

-D'accord.

-Je pratique facilement un tiers payant, je facilite... Donc je mets vachement à l'aise avec ça en leur disant : "D'façons si y a un problème de sous, c'est pas grave". Donc comme je le mets...

-Ça facilite.

-Je crois que là-dessus je les mets à l'aise. Ce qui permet vite qu'ils disent : "Ben oui oui, c'est vrai que l'argent c'est pas facile". Je crois que là-dessus...

-Euh... encore un autre domaine, un autre tabou : les violences physiques.... plus ou moins sexuelles...

-Ouais...

-Est-ce c'est quelque chose qui se dit ? Est-ce que les gens le...

-Oh non, ça ils ont du mal, ça. Ouais. Ça c'est quelque chose qu'ils ont quand même du mal à lâcher.

-Et...

-On l'apprend souvent bien après. Quand il y a des procédures juridiques, de déclenchement de séparation, etc., ils t'apprennent que ça fait des années que... qu'il y a des violences mais qu'ils te l'ont pas dit.

-Et en tant que médecin vous pensez que c'est facile d'essayer de suspecter ? Ou est-ce que ça reste quand même compliqué ?

-Ça reste quand même très compliqué parce que dès l'instant que tu te mouilles un peu les gens se fâchent, et les gens ne viennent plus te voir. Parce que tout d'un coup tu sais un truc qu'ils avaient vraiment pas envie que tu saches.

-Ah d'accord.

-Donc tu vois... ça c'est vraiment... tu t'en aperçois. Dès l'instant où tu mets le doigt sur un truc, tu mets la suspicion sur un hématome mal placé, etc., on t'en veut. Parce que... c'était pas

le moment, quoi. Ils étaient pas mûrs pour te dire. Donc c'est pas la peine de venir, se remettre mal à l'aise en face de toi, et...

-Alors du coup c'est un abord difficile, parce qu'on peut pas vraiment mettre ça.

-Oui, il faut marcher sur des œufs. Parce que tu peux tout casser, la relation, en allant un peu trop loin dans la... Dans leur faire avouer les choses. Comme par exemple les enfants battus. Ça c'est, pour nous c'est très difficile. C'est très difficile l'enfant battu. L'enfant battu c'est ce qui fait le plus peur, parce que tu as peur de passer à côté, et puis tu as peur de mettre les pieds dans le plat, parce que tout d'un coup tu vas passer pour un horrible personnage qui a pensé à ça, tu vas les foutre dans la merde parce qu'il va falloir aller voir les gendarmes, puis tu les accuses... C'est horrible. Mets-toi à la place du malade, à qui un moment, on va suspecter d'un truc qu'il a pas fait... Ça c'est... c'est très très difficile, ça ça fait peur l'enfant battu. C'est pour ça que nous on détourne un petit peu, et là on est un peu faux-culs, on détourne en hospitalisant pour suspicion...

-D'accord.

-Et là on... Là il y a du non-dit de notre part parce qu'on n'est pas très honnête, on dit : "Écoutez ces hématomes-là nous paraissent un petit peu bizarres, vaudrait mieux qu'on voie..." et ça permet d'écartier l'enfant du danger, si tu veux, sans trop rompre avec la famille. Tu comprends ?

-Oui oui. Justement pour rebondir sur ça, le non-dit du médecin, il consiste en quoi ?

-(en riant) De moins en moins quand tu vieillis... Plus tu es vieux médecin... je crois qu'il y a de moins en moins de non-dit, parce qu'on risque plus rien, parce que notre clientèle elle est faite, donc on n'a plus de soucis par rapport à ça, et puis parce qu'on sait le dire, on a appris à le dire. Tu comprends? Là ce matin j'ai encore un malade qui vient, il a fait une écho, scanner abdominal, il a des méta' hépatiques, on sait pas le primitif, il dit : "Ah ben de toute façon c'est mieux qu'un cancer"... Je dis : "Non c'est pas mieux..." Tu vois, là je mets les pieds dans le plat, je... J'ai pas peur de dire : "Non il y a un cancer ailleurs, il faut qu'on le cherche, etc." tu vois ? Aujourd'hui. Alors qu'un jeune médecin, des fois, quand ton client, il tombe malade depuis peu de temps, toi tu, tu es mal à l'aise par rapport à ça, tu veux pas blesser, tu veux pas faire peur, etc. Donc tu sauras pas trouver les mots, etc. Et donc je pense que plus l'expérience est là, plus les mots sont faciles à trouver parce que tu les as déjà utilisés et plus tu vas dire la vérité sans faire... en faisant le moins de mal possible. Je pense que là-dessus la maturité aide bien à aider les non-dits qui peuvent te coûter cher après, parce qu'on peut te dire après : "Ah mais vous m'avez pas dit que

ça pouvait être dangereux !" Ce genre de bêtises, quoi.

-Et ce qu'on doit ne pas dire, on doit ne pas le dire pour quelles raisons ? Les choses que...

-On doit tout dire...

-On doit tout dire ?

-Oh ouais. Je crois qu'il y a pas grand chose qu'on doit pas dire, et... Mais ça... Faut apprendre à le dire. Il n'y a pas grand chose qu'on doit pas dire. Moi je crois qu'il faut tout dire. Maintenant il y a une façon de dire les choses, hein. Tu découvres un cancer du pancréas, tu sais très bien que le diagnostic il est catastrophique, et le pronostic il est on ne peut plus noir, mais tu vas quand même pas raconter des conneries, les gens ils vont s'en apercevoir tout de suite que tu as dit des mensonges, et ils auront plus confiance en toi, et c'est fini. C'est fini après, il faut qu'ils aient confiance en toi les patients, donc si tu veux les aider, les suivre, il est difficile de mentir, mais il y a façon et façon de dire les choses. Faut être progressif, tactique, etc. C'est de la communication.

-Et il vous semble pas y avoir d'exceptions, il n'y a pas de choses que vous voudriez ne pas dire à un patient?

-Je réfléchis...

-Par exemple si le patient s'intéresse au pronostic d'une affection...

-T'es peut être pas obligé de rentrer dans des précisions qui vont faire mal. Mais il faut... Faut pas mentir non plus, faut pas inventer un chiffre de pronostic, dire "Il y a dix ans" alors que tu sais qu'il y a qu'un an. Peut être pas dire "un an" parce que... d'emblée dire "un an" ça va être...

-Dur ?

-Ah ben oui mais pas mentir. Pas dire "Dix ans".

-Enrober ?

-Ben, peut-être dire : "Écoutez, pour l'instant je peux pas vous dire, il faut qu'il y ait encore plus d'exams, voir comment vous réagissez aux traitements et puis on verra bien". Voilà, il faut peut-être pas aller trop vite dans le détail, surtout qu'on est sûr de rien en médecine. Tu peux pas non plus affirmer les choses.

-Parfois c'est peut être mieux que le patient constate par lui même l'évolution que de lui dire à l'avance ?

-Ouais, non, je suis pas sûr non plus.

-Non plus ?

-Constater par soi-même c'est aussi...

T'interprètes par toi-même. Et interpréter tu peux interpréter très mal. Dans les deux sens, en pensant que c'est bon, que ça a passé, que t'es guéri. Ben, je suis pas sûr que non. Et inversement. "Ma chimio n'a rien fait, au contraire, je suis moins bien qu'avant..." Je crois qu'ils ont besoin de nous, il faut les encadrer.

-D'accord.

-Mais c'est pas facile, hein, évidemment que c'est pas facile.

-D'accord d'accord. Bon donc euh...

-Pis je suis pas sûr que ça s'apprend.
 -D'accord.
 -Je crois qu'il y a quand même beaucoup d'inné par rapport à ça. Tu sais moi j'enseigne en pédagogie médicale, on s'aperçoit qu'après un an de diplôme, ceux qui sont prédisposés à être de bons pédagogues ils seront de bon pédagogues, ceux qui sont pas prédisposés, même s'ils apprennent... bon ils seront un peu moins mauvais. En communication tu apprends des méthodes, des techniques, mais il y a aussi pas mal de prédispositions.
 -Mmm.
 -Vas-y, qu'est-ce que tu voulais me demander ?
 -Alors bon, pour en revenir plus à...
 -(lisant sur le guide d'entretien) L'inconscient ?
 -...l'inconscient. Est-ce qu'il vous semble qu'il y ait des éléments inconscients qu'on peut percevoir chez son patient ?
 -Inconscient de sa part ?
 -Oui l'inconscient du patient, est-ce que vous pensez que le médecin le perçoit ? Et est-ce que c'est quelque chose sur quoi on doit s'interroger ? Est-ce qu'on doit l'explorer ? Ou est-ce que c'est pas le lieu ?
 -Alors si tu veux moi je suis de formation, comportementaliste. Donc je suis, j'ai un diplôme, hein, en thérapie comportementale et cognitive. Donc je suis pas du tout un analystique. Donc l'inconscient, c'est bien gentil, mais euh, je vais pas rester trois heures là-dessus, quoi. Le passé d'un patient, j'en ai besoin pour faire un constat, mais je vais pas rester dessus. Ce qui m'intéresse c'est son avenir. Comment il va gérer son état, son état présent. Donc en tant que comportementalistes, on est des gens beaucoup plus terre à terre, pieds sur le plancher des vaches, et puis on avance, tu vois, je sais pas si tu connais un petit peu.
 -Mais bon sans forcément rentrer dans la psychanalyse, il peut y avoir des éléments inconscients qui peuvent avoir une incidence ? Peut être...
 -Oui, oui. Tu comprends vite, ça c'est pas quelque chose...
 -Et ça, on comprend parce qu'on apprend ? Ou parce qu'on a de l'expérience ? Ou est-ce que ça aussi c'est un peu inné ?
 - Je pense qu'il faut un peu apprendre, (rire) ça mange pas de pain d'aller apprendre un petit peu. Je pense que l'expérience va nous en amener énormément.
 -Et est-ce que dans votre carrière ça vous est arrivé de découvrir des éléments qui n'avaient pas été dits par un patient, longtemps après ?
 -Oui oui c'est arrivé.
 -Et est-ce que des fois c'était des choses qui avaient une incidence sur leur santé ?
 -Oui. Surtout en psy, je sais pas, des névroses. Plus là-dedans que dans toute chose. Des personnes qui ont des névroses, quelles qu'elles

soient, des névroses qui sont responsables de dépressions récurrentes. Si tu commences un peu, des fois, à gratter tu retrouves un truc, tu te dis : "C'est parti de là". Mais d'un autre côté c'est vachement iatrogène aussi. Parce que d'un coup tu donnes une légitimité à leur maladie. Donc faut faire très attention, donc tu peux peut-être le garder pour toi, mais pas forcément s'en servir comme légitimité. Tu comprends ?
 -Oui, oui.
 -T'as des femmes comme ça qui tout d'un coup te disent : "Depuis... oui tout a commencé..." Après plusieurs années comme ça, "Oui mais moi on m'avait touchée quand j'étais petite et puis c'est depuis là, j'y pense de temps en temps" bon... Tout d'un coup tu peux te servir de ça et dire : "Ben voilà vous êtes pas bien". Et puis c'est fini, comme tu pourras pas enlever cet élément du passé, comment tu les guéris ? Parce que tu peux pas l'enlever, pas revenir sur le passé. Donc il faut s'en méfier quand même. Même si bien entendu c'est une grande influence pour leur avenir, se méfier de pas passer ça au premier plan.
 -D'accord, d'accord.
 -Ouais ?
 -Et je pense... Est-ce qu'il y a des fois... C'est un sujet un peu particulier, par exemple une chose inconsciente, ou préconsciente qui n'est pas toujours verbalisée par les patientes ça peut être un désir de grossesse, ou un non-désir de grossesse...
 -Oui.
 -...et puis la patiente n'est pas forcément au clair sur ce qu'elle veut...
 -Oui ça peut... ça existe.
 -Et c'est apparent pour le médecin ? Est-ce que le médecin arrive à...
 -Oui le médecin arrivera à le sentir, ça sortira, des symptômes vont converger vers cette sphère-là.
 -D'accord.
 -Mais tu sais des médecins, il y en a qui veulent voir et puis il y en a qui veulent pas voir. Dans leur pratique de tous les jours, t'as des médecins qui sont très orientés "psy" et puis d'autres qui sont pas très orientés "psy". Le malade ira voir... Puis ils le savent les malades ! Ils savent qui ils vont voir. Le malade qui aime bien voir un mec qui va vite, je dis pas que c'est pas bien, qui... Tu vas le voir parce que t'as mal à tel endroit et tu veux pas qu'il t'emmerde pour autre chose, les malades savent qui il faut voir et puis ça leur convient très bien. Et puis il y en a d'autres qui aiment bien gratter un petit peu, etc., le malade sait que celui-là on ira le voir parce que justement ils pourront peut-être un peu plus exposer leurs soucis. Donc ça il faut le savoir aussi que les malades ils se rendent vite compte de qui ils ont en face.
 -Une adaptation un peu, de la patientèle...

-Et puis tout médecin généraliste fait la médecine qu'il aime faire. Donc t'en as qui aimeront jamais aller creuser le côté inconscient etc., donc, ils s'orientent sur quelque chose de très basique, très concret, et puis voilà.

-Mais en un mot, justement, creuser tout ça, bon l'inconscient, mais d'une manière générale le non-dit, ça vous semble avoir un intérêt ?

-Oh oui. Parce que tu vois même moi qui fais de l'ostéo' et qui vois beaucoup d'orthopédie en ostéo'. Je retrouve dans les rachialgiques des gens qui viennent pour leur dos, il y a un moment donné, tu comprends pas pourquoi ils récidivent leurs dérangements vertébraux etc., et puis finalement à un moment tu comprends parce qu'il y a autre chose derrière, il y a une souffrance derrière, qui bien entendu abaisse le seuil de la douleur par leur inconscient, donc du coup leur donne plus facilement mal au dos. Sans qu'on soit dans la simulation, tu comprends ? Donc de temps en temps il faut comprendre pourquoi ils récidivent leur douleur, des symptômes assez organiques apparemment.

-D'accord. Et donc justement pour explorer ce qu'il peut y avoir derrière, vous pensez qu'on doit procéder comment ?

-Euh... Ben, écoute, c'est pas toujours facile... En SSR c'est facile parce que je demande à ce qu'on fasse, la psychologue elle demande, je lui fais faire des questionnaires, des scores : Hamilton, HAS, voire même des (*inaudible*), puis ces scores ben, ils reflètent parfois des souffrances psychologiques que les gens n'ont pas avouées dès le départ. Tu t'aperçois qu'ils ont un score élevé d'angoisse dont ils ont pas parlé. Hein tu vois, voilà. Donc ça c'est bien en SSR, parce que c'est pas moi qui fais, parce que je perds pas trop de temps et c'est pas moi qui fais. Et au cabinet c'est plus du feeling, ben on sent, à force de parler avec les gens tu ressens bien les choses et t'as pas besoin de score, le score il est inconscient pour nous, donc...

-D'accord. Et si le patient tend une perche, on doit réagir comment ? S'il fait affleurer un élément qu'on savait pas, est-ce qu'on doit rebondir et vite explorer ?

-Faut pas tomber dans le panneau. Faut le noter.

-D'accord.

-Faut pas tomber dans un panneau et dire : "Je fonce là-dedans". Tu le notes dans ton dossier, ou dans ton ordinateur, pas dans celui d'Aubrège, il en a pas, (*rire*) mais il faut le noter, il faut que ça apparaisse, pour que tu puisses revenir calmement dessus. Parce que ça peut être un gros panneau.

-Euh un panneau, vous voulez dire quoi ?

-Volontaire. Sur une hystérique, sur un truc comme ça...

-Ah, d'accord !

-... qui va te sortir le truc, pour que toi tu dises : "Ah ça y est ! J'ai trouvé !" Voilà, tu comprends ?

-Mmm. D'accord. Plutôt le noter et y revenir...

-Le noter et puis en tenir compte, évidemment, parce que si tu n'en tiens pas compte les gens vont dire : "Ben à quoi ça sert que je lui parle ?" Mais... se méfier quand même. Des fois tu sais tu as des grosses révélations, tu te dis : "Ça y est, ben j'ai trouvé pourquoi il n'est pas bien." C'est trop beau (*rire*) C'est trop beau ça...

-D'accord. Bon, ben je vous remercie. Je vous remercie.

Dr D

Profil : Médecin féminin, premier tiers de carrière.

Conditions d'exercice : exercice rural moitié horaires libres, moitié sur rendez-vous. Médecine conventionnelle. Secrétariat téléphonique. Une pièce rectangulaire pour la consultation.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 16/10/2012, dans son cabinet, au calme. Fin de journée, pas de contrainte de temps. Nous ne nous étions jamais vus avant.

Durée : 26 minutes

-Voilà, alors je fais cet entretien dans le cadre de ma thèse. C'est une thèse que je fais avec le professeur Aubrège, euh, et qui porte sur le non-dit. Euh, donc je fais des entretiens avec plusieurs médecins, j'ai commencé par mes maîtres de stage et puis je glane des médecins autour de moi. Juste avant qu'on commence, j'aimerais juste faire le point sur votre activité...

-Oui...

-...et l'organisation de votre cabinet.

-Oui. Tu veux savoir quoi ?

-Alors ben du point de vue des horaires, des...

-Alors ben moi déjà je travaille tous les jours sauf, bien sûr, le mercredi. Euh et pareil, ça vient de se décider avec mon collègue, on va faire un samedi sur deux. Euh je mélange des plages avec rendez-vous et des plages à horaire libre. Faut que je te détaille ou pas ?

-Euh, en gros, juste la quantité de votre activité sur rendez-vous et la quantité sans rendez-vous.

-La moitié.

-Moitié-moitié ?

-Moitié-moitié.

-D'accord.

-Ensuite quoi d'autre... Au niveau du volume tu veux savoir aussi ?

-Oui un ordre d'idée peut-être ?

-Euh c'est minimum en général la vingtaine de patients par jour.

-D'accord. Et les consultations durent en gros combien de temps ?

-J'essaie, j'essaie de faire en sorte que ça dure un quart d'heure... C'est entre quinze et vingt minutes quand même.

-D'accord. Euh vous avez un secrétariat ?

-J'ai un secrétariat téléphonique, donc qui fonctionne en permanence du Lundi matin à 18h, jusqu'au Samedi midi.

-D'accord. Et vous avez un collègue en fait ? Vous êtes associée ?

-Alors non, je suis pas associée, c'est le deuxième, c'est le premier médecin qui était là sur M..., avec on s'entend très très bien, et puis donc en général quand on a pas de remplaçant, on essaie de se partager les vacances pour qu'il

y ait toujours quelqu'un sur Moyen'. Voilà. Et puis donc là récemment on a décidé de se partager les samedis.

-D'accord... D'accord. Bon alors pour entrer un petit peu dans le vif du sujet, donc ma thèse porte sur le non-dit. Euh...

-C'est compliqué ça !

-C'est un vaste sujet, donc on va détailler les différentes parties. Euh, au premier abord, comme ça, quand je vous dis que je fais une thèse sur le non-dit, ça vous évoque quoi le non-dit appliqué au domaine de la médecine générale ?

-Le non-dit ça m'évoque le sujet pour lequel le patient veut consulter mais qu'il ose pas aborder.

-D'accord.

-Et donc il va tourner autour du pot. Et donc soit il va nous le dire de lui-même, bien évidemment à la fin de la consult', hein, c'est plus drôle. Ou alors, euh, bon ben on va y arriver mais ça c'est souvent à cause du feeling, quoi, avec l'habitude. Voilà ce que ça m'évoque.

-D'accord. Et vous diriez que les... comme ça, là, vous diriez que les causes de ce non-dit...

Pourquoi le patient ne dit pas certaines choses ?

-Alors ça dépend. Soit parce que c'est un sujet...

Euh comment dirais-je... un sujet qui le gêne un petit peu, donc il va pas l'aborder directement.

Soit c'est un patient qui vient depuis pas trop longtemps, et dans ces cas-là il ose pas forcément aborder la question avec son généraliste. Quelquefois il leur faut du temps dans la relation pour pouvoir aborder les choses.

-D'accord. Alors je vous propose une petite définition du non-dit. J'aurais présenté ça comme "tout ce qui n'est pas formulé explicitement..."

-Mmm.

-...pour des raisons qui peuvent être conscientes ou inconscientes ...

-Tout à fait...

-...multiples, telles que des tabous,

-Oui.

-...des angoisses primitives, parfois la méconnaissance du fonctionnement du corps, de la biologie..."

-Oui c'est vrai aussi.

-Donc bon je vais vous proposer de détailler un petit peu les différents points. Euh, tout d'abord concernant le non-dit conscient, donc je pense à ce que le patient a en tête mais qu'il ne verbalise pas.

-Oui.

-Le médecin, il doit l'aborder comment cette chose-là ? Comment il peut révéler cette chose-là au patient ?

-Déjà ça, ça dépend aussi du motif, enfin du premier motif, enfin qu'il donne. Et, euh, ça peut être en fonction de l'interrogatoire. C'est compliqué, hein, ce que tu me demandes ! Ça peut être en fonction de l'interrogatoire, quelquefois l'interrogatoire nous amène à ce sujet-là. Euh ça peut être les résultats de

l'examen clinique, si jamais on trouve rien de spécial, donc on va plus creuser le problème, et c'est à ce moment-là qu'apparaît, tu vois, qu'apparaissent les choses.

-D'accord. Et, est-ce que le médecin, il a une attitude euh... qui favorise le fait que le patient...

-Faut être à l'écoute, hein. Parce que sinon, si par exemple la salle d'attente est bondée, c'est clair que là... C'est compliqué.

-D'accord.

-On fait pas forcément attention. Moi j'avoue que je fais plus attention quand j'ai le temps.

-D'accord. Parce que... vous êtes plus disposée dans votre attitude ?

-Voilà. Parce que tu sais que t'es pas... ben t'es pas pressé par le temps. Parce que c'est vrai que normalement quand même, la consultation elle est censée durer quinze minutes. Si t'as encore cinq six personnes en salle d'attente tu peux pas te permettre de passer une demi-heure avec quelqu'un. Donc après c'est... Mais ça tu... C'est ça le problème, c'est que des fois tu sens, au niveau de la consultation que t'es pas allé au bout des choses, qu'il y a quelque chose qui va pas, mais t'as pas forcément le temps d'approfondir sur la consultation.

-Et alors justement si on n'a pas le temps d'approfondir et qu'on a l'impression qu'il y a quelque chose ?

-On peut dire à la personne de revenir. On fixe un autre rendez-vous pour vraiment tout voir, rien laisser de côté. Et maintenant que j'ai du rendez-vous, en général, quand je vois que c'est des patients qui vont être compliqués je me prévois la plage de trente minutes, puis voilà.

-D'accord, prévoir un rendez-vous avec une plage plus longue.

-Voilà.

-D'accord. Et... Il peut arriver qu'on n'arrive pas du tout à explorer quelque chose que le patient ne veut pas dire ?

-Oui. Oui surtout quand c'est conscient. S'il a pas envie, si pour lui c'est pas possible de le dire maintenant, il le dira pas.

-Et parfois il peut même vouloir volontairement cacher au médecin un élément ?

-Ouais. Élément qu'on peut arriver à retrouver par la famille aussi ! Et ça c'est... Après c'est le secret médical... Donc on peut ne pas parler, mais c'est la famille qui vient nous voir quelquefois, bon qui vient pour un problème, et qui va nous dire : "Ben tiens au fait docteur vous avez vu mon mari, vous avez vu ma femme, je voulais quand même vous dire que.. il y a ça qui se passe."

-Et alors justement c'est quel genre de domaine que la famille va dire et que le patient ne va pas vouloir dire.

-C'est souvent les sujets tabous. C'est souvent... par exemple les histoires d'alcool, les choses comme ça. Ou des troubles sexuels, des choses comme ça.

-Alors c'est justement ce que je voulais aborder après. Ce qui est spécifiquement de l'ordre du tabou. Euh, est-ce que le médecin il a une manière de faire tomber les tabous ?

-Euh...

-Pour que ça soit dit.

-Euh oui quand même. Il faut, premièrement il faut être assez ouverte, être à l'écoute des gens. Si les gens ont l'impression qu'on les écoute pas, c'est même pas la peine, ils vont se refermer, on en tirera rien. Donc euh, c'est essentiellement ça. Et ensuite pour des, ben des problèmes par exemple pour l'alcoolisme etc., on peut s'aider des prises de sang. Quand il y a des petits stigmates biologiques qui nous font penser à, on peut amener doucement le sujet. Sans dire bien évidemment "Monsieur vous êtes alcoolique". Non on va pas dire ça, mais on va amener doucement le sujet. Ou par exemple un taux de triglycérides super élevé, "Ben tiens c'est bizarre vous avez un peu trop de graisses dans le sang, vous savez qu'il y a trois choses dedans, il y a l'alcool dedans..." Donc hop, ça vient, ça vient comme ça.

-D'accord.

-C'est pas... Quand le patient veut pas le dire il faut pas avoir une approche frontale, il faut dévier.

-D'accord. Et... quand il s'agit de problèmes d'ordre sexuel, et pour vous qui êtes un médecin femme, je pense en particulier chez un homme.

-Ouais, et bien curieusement euh... Alors les hommes en parlent de plus en plus facilement quand ça fait un certain temps que je les suis. Donc ils me disent : "ben oui au fait docteur j'ai tel problème ça fait des mois, et ben j'osais pas vous en parler, etc. etc." Euh, qu'est-ce qu'il y a d'autre. Il y en a un que j'ai vu par surprise, j'avoue. Euh c'était pour des problèmes de testicules, il m'en a jamais parlé, et c'est sa femme qui m'en a parlé. Et donc j'ai dit à sa femme : "Ecoutez faudrait qu'il vienne parce que tel problème, il y a besoin d'antibiotiques, par exemple". Donc le monsieur est arrivé. Et là je lui ai dit : "Bon ben avant de mettre un antibiotique il faut quand même que j'ausculte, je peux pas mettre un antibiotique sans avoir ausculté." Donc euh... Bon ça il apprécie pas trop.

-D'accord.

-...quand je fais ça.

-Mais c'est une manière... Et par exemple dans le cas de ce patient-là, il a répondu à vos questions, il vous a donné les éléments quand vous...

-Oui

-D'accord.

-Bon j'ai eu ma petite réflexion : "Docteur vous m'avez bien eu". Voilà c'est tout, mais après ça va quoi.

-D'accord. Et... pour le tabou que constituent la mort et la maladie. C'est quelque chose qui...

-La maladie, euh... Alors effectivement il y a aussi tout ce qui est problème de cancer, tout ça. Euh... Par exemple quand on retrouve sur des examens des choses, bon... que toi en tant que médecin tu sais très bien qu'il y a 99% de chances que ce soit un cancer, mais tu peux pas le dire, enfin moi je franchement je peux pas le dire aux gens comme ça, déjà sans avoir, là... comment dirais-je, sans être sûr à 100% que c'est ça, sans résultat anapath' moi je n'irais pas sur ce terrain-là. Et ensuite, oui, il y a des patients qui ont besoin, ben qu'on les voie pour en discuter, moi ça m'est arrivé de partir chez une personne à 8h30 et d'en sortir à 10h parce qu'il s'est avéré que c'était un cancer et que la personne avait vraiment besoin de parler de ça. Ça c'est aussi un sujet tabou. C'est vrai.

-Et plus précisément la mort ? On peut en parler; on peut des fois... ?

-Ben les patients n'osent pas trop en parler. Et j'avoue que s'ils ne me posent pas de question là-dessus, je n'irai pas sur ce domaine-là. Alors c'est peut-être moi. Quoique j'aie pas l'impression que c'est un gros tabou pour moi. Mais pour les gens je saurais pas comment aborder les choses. Bon après quand c'est des patients qui sont en soins palliatifs, et qu'il faut expliquer à la famille ça me pose pas de problème. Mais l'expliquer à la personne c'est compliqué parce qu'il faut qu'elle puisse psychologiquement intégrer la chose quoi.

-Et le patient qui pose la question au sujet de son pronostic ou de sa mort, vous pensez qu'on doit réagir comment ?

-S'il pose la question c'est qu'il veut la réponse. S'il pose pas la question c'est que, ça l'intéresse pas et qu'il veut pas savoir. Donc j'essaie de m'approcher le plus possible...

-Et vous pensez que des fois il souhaiterait savoir mais qu'il arrive pas à poser la question. Qu'il arrive pas à trouver...

-Ça c'est possible mais je tenterais pas.

-Mmm.

-Ça je tenterais pas parce que j'aurais trop peur de faire une boulette.

-D'accord. Alors, bon un sujet un petit peu annexe, les oublis. Toutes les formes d'oublis qu'il peut y avoir dans les consultations, que ce soit oublié de parler d'un sujet, oublié de demander quelque chose, ou même oublié de venir au rendez-vous, ou même oublié d'un objet. Est-ce que vous pensez que c'est quelque chose qui a une signification ? Ou est-ce que c'est du hasard ?

-Moi je... Pas forcément, je pense pas qu'il y ait forcément de signification à un oubli. Après ça peut être une personne qui a, comment dirais-je, qui a un travail, qui a un emploi du temps assez serré, bon ben voilà, elle oublie, bon ben c'est pas grave. Après ce qui m'intéresse c'est les patients qui oublient régulièrement, ouais de

façon régulière. Donc là effectivement je me pose des questions.

-Et vous pensez que ça peut donner lieu, qu'on peut interpréter d'une certaine manière les choses qui sont oubliées, que c'est pas n'importe quoi qui a été oublié par le patient.

-Là ça relève plus de la psychologie... C'est pas trop ma tasse de thé, hein. (rire)

-Ben justement la psychologie, alors, ça va un petit peu plus loin, même si c'est pas votre tasse de thé ça m'intéresse. Euh, il y a des éléments... Est-ce qu'il vous semble qu'il y a des éléments de l'inconscient du patient qui apparaissent à certains moments en consultation. Qui affleurent...

-Là il faudrait que tu me détailles. Tu veux, tu veux me lancer sur quel sujet exactement ?

-Ben, je suppose que les patients sont animés par des, par des mouvements inconscients, des pulsions, des sentiments d'attrance, des sentiments de rejet par exemple vis à vis du médecin, ou des peurs primitives, dont ils se rendent pas forcément compte. Est-ce qu'il vous semble que des fois le médecin, il se rend compte de quelque chose que le patient il saurait pas dire sur lui-même ?

-fin, c'est plus facile de s'en rendre compte chez des personnes qu'on connaît déjà bien. Quand c'est des nouveaux patients, des patients qu'on suit depuis très peu de temps, c'est... Fin moi je le vois pas quoi.

-D'accord.

...

-Globalement ça reste quelque chose qui est compliqué ?

-Oui c'est compliqué et je pense pas que ce soit... comment dirais-je, les cas les plus fréquents. Et j'ai certaine..., je suis déjà, je pense, passée à côté de certaines choses ça oui, je le reconnais, mais je pense pas que ce soit le plus... le cas de figure le plus fréquent.

-D'accord. Bon alors sans parler spécifiquement de l'inconscient mais ce qui n'est pas dit en général, euh, comment... quelles conséquences ça peut avoir en fait si on loupe quelque chose ? Est-ce que ça peut avoir des conséquences...

-Ça dépend sur quoi, par exemple si... Euh quand... Les choses inconscientes ça peut aussi être des traumatismes que les gens essaient d'oublier, et puis elles arrivent, là je parle par exemple, le cas d'une femme qui, euh... qui me dit : "Ben j'ai des problèmes d'ordre sexuel avec mon mari, gnagna gni gangna gna, ça a toujours été comme ça, etc.". Euh, à un moment ou à un autre moi je vais poser la question est-ce qu'il y a eu des événements traumatisants dans l'enfance, des viols et des trucs comme ça. Donc euh... Alors des fois elles marquent un petit temps de pause et puis oui après, elle disent...

-Ça c'est le genre d'élément qui est intéressant à ressortir entre guillemets ?

-Je pense que oui parce que ça peut faire aussi... Ça peut donner... Comment dirais-je. Ça peut faire la relation entre le problème qu'elle vit actuellement et cet événement traumatisant qui en général est lié. Bon ça c'est vraiment des cas, c'est gros comme une montagne, après les petites choses, c'est un peu plus compliqué...

-Spécifiquement ce genre de, donc par exemple les violences sexuelles.

-Ouais, ça m'est déjà arrivé de...

-Et il vous semble que c'est apparent, que c'est facile à détecter ?

-C'est pas facile à détecter, et je vais pas en parler comme ça spontanément, chez une femme que je vois pour la première fois.

-D'accord. Est-ce que dans votre carrière ça vous est arrivé, après longtemps de suivi, de découvrir un élément dont vous aviez pas la connaissance, chez un patient ?

-Ben quelque chose comme ça oui.

-Et d'autres domaines que les traumatismes sexuels ?

-Euh c'est toujours la même chose, traumatisme sexuel, problème de dépendance.

-Oui.

-Donc euh, dépendance à des drogues, des choses comme ça, chez des patients qui ont pas l'air, bon, c'est pas que je le savais pas, je me doutais quand même, mais un patient qui vient me voir en me disant qu'il est pas bien, qui a toujours un symptôme x, et puis, et puis... Le truc c'est que je l'avais déjà croisé avec des personnes... un petit peu louches entre guillemets. Et en fait il est venu me voir en me disant : "Ben tiens en fait, ben je prends de la drogue. J'aimerais bien arrêter." Donc ça il a mis du temps à me le dire. Mais je me doutais bien parce que je l'avais vu. Enfin c'est peut-être un concours de circonstances, hein, je l'aurais jamais croisé avec telle et telle personne, je me serais jamais doutée que. Mais...

-Et est-ce qu'il vous semble que peut être si vous l'aviez pas croisé peut être qu'il en aurait pas parlé ?

-Il m'a pas vue, hein !

-Ah, il vous a pas vu cette fois-là. D'accord.

-Donc là quand il est venu m'en parler c'était vraiment de son plein gré.

-Et l'alcoolisme, une autre dépendance. Ça peut rester inapparent pendant longtemps vous pensez ?

-Quelqu'un qui le gère bien. Euh, longtemps ça dépend ce que tu entends par longtemps.

-Plusieurs années. Plusieurs mois ou années.

-Plusieurs années non. Plusieurs mois, oui, je pense que c'est possible.

-Et euh, autre chose que le patient ne verbalise pas forcément. L'inobservance, est-ce que ça c'est quelque chose qu'on peut...

-On peut quoi ? On peut se douter ?

-Oui ?

-Oui ! Quand je vois... Alors là ça se voit surtout avec les patients diabétiques. Donc tu constates que le diabète est pas du tout équilibré, donc tu montes les antidiabétiques oraux et bizarrement les glycémies s'améliorent pas. Donc là oui.

-D'accord.

-C'est pas tant l'inobservance du traitement, c'est l'inobservance du régime. Dans le cadre du régime. Dans le cadre du diabète, bien sûr.

-D'accord. ... Euh, alors une autre question. Il peut y avoir des moments dans la consultation, où le patient "tend une perche", sur un sujet dont il avait pas forcément parlé avant. Vous pensez que c'est quoi la bonne réaction ?

-Il faut la saisir.

-Faut la saisir ?

-Ah ouais.

-Sur le...

-Après ça dépend quand il tend la perche. Si c'est en fin de consultation, si c'est en fin de consultation, et que vraiment je sais que j'aurais pas le temps de l'aborder, ben j'aborde vite fait le sujet, je dis : "Ben tiens là il y a peut-être un souci, il faudrait qu'on se revoie, juste pour ce problème-là".

-Et est-ce qu'il y a certaines perches qui méritent plutôt qu'on les note ou qu'on les enregistre, et qu'on les aborde...

-Ouais. A la prochaine... la prochaine fois qu'il viendra en consult', oui ça m'est arrivé. Comme ça m'est arrivé de ne pas relever, parce que je savais que je pourrais pas, que je n'aurais pas le temps. C'est toujours une question de temps, en fait. J'aurais pas le temps de gérer. Ça m'arrive pas souvent mais c'est vrai que quelque fois je ne relève pas.

-D'accord.

-Mais en fait c'est là qu'on s'aperçoit que dans la pratique on est quand même drôlement limité par le temps. C'est même tout ce qui est prévention tout ça, on peut pas prendre le temps nécessaire pour expliquer les choses quand il y a trop de monde, c'est pas possible.

-Et, à vos yeux, ce qui fait qu'un médecin va être bon pour faire parler ses patients sur des domaines qu'ils pourraient garder pour eux, c'est quel genre... enfin qu'est-ce qui permet au médecin d'être bon à faire parler les patients ?

-L'écoute.

-Et l'écoute c'est quelque chose qui est inné ? qui s'apprend ? qui vient avec le temps ?

-Inné, euh... Alors là tu me poses une colle. Je pense que c'est lié au caractère du médecin. Je veux dire si c'est quelqu'un qui, euh, pour qui ça n'intéresse pas, qui veut faire sa consultation rapidement, "Alors pourquoi ? vous avez mal aux oreilles, allez hop hop hop, on regarde et puis voilà, je vous donne le traitement, c'est terminé." Euh, bon voilà, c'est pas, enfin pour moi c'est pas la définition de la médecine. Donc euh, je pense que c'est lié à la personnalité, au caractère du médecin.

-Est-ce que ça peut s'apprendre ? Est-ce qu'on peut l'apprendre à la fac ?

-Non.

-Non ?

-On peut être sensibilisé. Par exemple l'histoire du non-dit, je me rappelle très bien, au cours d'un cours à la fac, on nous avait parlé des sujets, euh, comment dirais-je, du sujet que le patient... Ben du non-dit, oui. Le patient aimerait aborder un sujet mais il va pas le faire de suite. Il va y venir mais doucement avec un premier symptôme. Puis ça va se broder dessus. On nous avait sensibilisés sur le sujet.

-D'accord.

-Mais bon, comment, comment aborder le non-dit, ça je pense que ça s'apprend sur le terrain, et avec l'expérience.

-Donc vous pensez que c'est un domaine dans lequel on progresse au cours de sa carrière ?

-Ouais je pense. Mais c'est fonction aussi des attentes du médecin. Si le médecin est plutôt intéressé par le chiffre... Ça c'est des sujets qui passeront à la trappe. Je sais, c'est quand même... Après je connais pas mes confrères, je sais pas du tout comment ils fonctionnent. En tous cas des médecins chez qui j'ai été, chez qui j'ai fait mes stages, c'était plutôt bien, quoi.

-D'accord, je vous remercie. Je pense que j'ai ce qui m'intéressait.

-Je t'ai bien répondu, c'est bon ?

-Ah ben, très bien.

Dr E

Profil : Médecin masculin, milieu de carrière.
Conditions d'exercice : exerce semi-rural, seul.
Pas de secrétaire. La salle de consultation est une pièce unique. Consultations sur rendez-vous uniquement. Volume horaire dans la moyenne, consultations de 10 à 15 minutes. Petite activité d'homéopathie.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 12/10/2012, dans son cabinet, l'après-midi.
Contrainte de temps : un patient a la même heure de rendez-vous que moi.
Durée : 16 minutes

-Voilà, je fais une thèse sur le non-dit, le non-dit sous toutes ses formes. Donc, euh, c'est une thèse que je fais avec le professeur Aubrège... (il me demande par signes si ça enregistre) ouais, c'est une thèse que je fais avec le professeur Aubrège, à Nancy. Euh, donc je fais des entretiens avec des médecins, que j'enregistre. Et puis je leur pose un certain nombre de questions sur leur expérience.

-Ok.

-Euh, alors euh, juste pour commencer, j'aimerais avoir quelques petits renseignements sur votre organisation, sur le plan pratique. Vous travaillez quels jours et comment ?

-Tous les jours, du lundi au samedi.

-D'accord.

-Sauf le mardi après midi.

-Et sur rendez-vous ?

-Ouais, que sur rendez-vous. Bon ce qui est urgent je le prends, hein.

-D'accord. Vous avez pas de secrétaire ?

-Non.

-Euh, vous faites des rendez-vous en gros de combien de temps ?

-Dix minutes un quart d'heure, ça dépend.

-D'accord. Et du point de vue du volume horaire ? vous pensez...

-La journée ?

-Ouais.

-Boh huit heures - dix neuf heures.

-D'accord.

-Avec ma pause entre midi. (rire)

-D'accord. Ok. Bon alors pour rentrer un peu dans le vif du sujet, euh, le non-dit, quand on parle de non-dit, euh, en médecine générale, ça vous évoque quoi, là, spontanément ?

-Le cancer. On évite d'annoncer spontanément, de but en blanc.

-Donc vous pensez au non-dit au premier plan du médecin.

-Ouais. Ou certains machins qui nous disent pas grand-chose. Des deux côtés.

-Ouais, parce que ce sont les deux facettes qui m'intéressent.

-Ouais.

-Bon, moi je vous propose de définir le non-dit comme étant "tout ce qui n'est pas formulé explicitement, pour des raisons conscientes ou inconscientes, multiples, par exemple des tabous, des angoisses primitives, euh, parfois la méconnaissance du corps quand il s'agit du patient"

-Oui.

-Euh alors j'aimerais détailler les différents aspects. Parlons du non-dit patient. Le non-dit qui est conscient, c'est-à-dire ce qu'il ne veut pas dire.

-...ne veut pas dire, oui.

-Est-ce que ça vous paraît fréquent ?

-Assez fréquent, ouais.

-Assez fréquent oui ? Y a souvent un décalage entre le motif annoncé de consultation et le motif réel ?

-...motif réel. Ouais.

-Et plutôt dans quels domaines ?

-Dans ce qui est, plus, problème de couple... Le tabac....

-Le tabac au sens, le patient... ?

-Il veut pas arrêter, 'fin qui, comment je pourrais dire ça, qui nie fumer en grande quantité.

-D'accord. D'accord.

-Pis souvent le couple est là, on peut pas parler aussi spontanément que s'ils venaient seuls.

-Et...

-Y a aussi ce qu'ils cachent et qu'on voit.

-Et ça comment on peut l'aborder en tant que médecin ? Comment on peut essayer de faire tomber ces barrières-là ?

-Oh en posant des questions adéquates... A force on les connaît on sait... quand on peut aborder des sujets ou pas. Quand c'est des gens qu'on connaît pas, c'est plus dur.

-Mmm. Et, je pense à un des domaines qui peut, qui peut prêter au non-dit, le patient qui vient en ayant derrière la tête d'obtenir un arrêt de travail...

-...un arrêt de travail.

-...ou un certificat...

-Ça ça arrive souvent.

-Ça c'est quelque chose qu'on peut déceler ou explorer comment ?

-Ouais, parce qu'il tourne autour du pot, il émet plein d'arguments pour qu'on comprenne qu'il veut s'arrêter un peu.

-D'accord. Le patient qui argumente donc.

-Ouais. Ben de toute façon,... pas vraiment franco...il nous voit on va dire.

-D'accord. Un sujet que le patient va peut-être pas verbaliser facilement, l'échec de traitements qu'on a pu proposer auparavant.

-Oh non ils le disent carrément.

-Ça ils le disent ?

-Ouais. "Votre truc n'a pas marché." (rire)

-D'accord

-fin du moins ici.
 -D'accord.
 -Ça on se prend... Fin ça arrive.
 -Et le fait que le patient aille voir un confrère, quelqu'un d'autre ou des médecines non conventionnelles, des choses comme ça, ...
 -Moi ils le disent.
 -Ils vous le disent ?
 -Moi je fais un peu d'homéopathie, donc ils voient que je suis un peu ouvert, donc ils me le disent, là-dessus ils me le cachent pas. ... Mais en aigu l'homéo', 'trucs chroniques moi j'en fais pas.
 -D'accord. D'accord donc dans des domaines un petit peu plus poussés, tout ce qui touche aux tabous, tous les tabous que le patient peut avoir, est-ce que c'est facile à aborder, par exemple...
 -Problème d'érection ?
 -Oui par exemple.
 -Moi ils m'en parlent, peut-être parce que je suis un mec, peut-être qu'une femme c'est peut-être plus dur.
 -Et justement les problèmes gynécologiques, une femme va vous en parler plus difficilement ?
 -Non, parce que moi ils savent que je fais un peu de gynéco, quand elles viennent pour ça elles me le disent spontanément. Bon des fois elles refusent l'examen mais elles m'en parlent.
 -Est-ce qu'il vous semble qu'il y a une manière de procéder pour faciliter le fait de parler de ces sujets-là ?
 -Mouais. Moi je leur demande si elles sont d'accord pour qu'on les examine. Et là ça passe.
 -D'accord en mettant à l'aise en fait ?
 -Ouais voilà. Essayer de détendre.
 -D'accord. Alors bon, autre tabou, tout ce qui touche à la mort. Est-ce que les... on peut l'aborder ça en consultation.
 -Oui, on peut.
 -Et... par quel moyen ?
 -Quand les pa... quand ils sont décédés ?
 -Tout ce qui touche à la mort, oui, un membre de la famille qui est décédé...
 -Oui, on peut l'aborder facilement, moi je l'aborde facilement. En leur demandant comment ça va.
 -Et si le patient a des interrogations relatives à la mort, comment on peut l'aider à les verbaliser ?
 -Ça ils m'en parlent pas trop, non, c'est plus quand c'est arrivé.
 -D'accord. Surtout le décès d'un proche.
 -Voilà.
 -D'accord. Et, quelque chose qui est un petit peu proche, le pronostic. Le pronostic par exemple d'un cancer, ou d'une maladie grave ?
 -Ils demandent. Enfin, certains veulent savoir tout de suite, "savoir où ils vont" comme ils disent... "J'en ai pour combien de temps ?" Pas facile à répondre.
 -Alors là vous suggérez de réagir comment ?
 -Boh, je leur dis... Quand c'est vraiment, on peut parler, je leur dis : "trois à six à mois", mais

sinon, on peut dire : "on peut pas savoir", "en fonction de l'évolution, des traitements". Ça dépend des personnes je pense.
 -Il doit bien y avoir des patients qui n'osent pas demander...
 -Mmm.
 -...mais qui s'interrogent sur le sujet... Est-ce que vous pensez que dans ces cas-là on doit essayer de déceler qu'ils ont une interrogation ?
 -Moi s'ils me demandent pas je fais pas de...
 -D'accord.
 -C'est peut être une erreur... Si y a pas vraiment de...
 -Donc si, s'il le dit pas, le médecin le dit pas non plus.
 -Oui. Voilà. Sauf si on voit qu'ils essayent de tourner autour du pot. Se renseigner sur le pronostic, donc là on comprend qu'ils veulent.
 -D'accord.
 -Mais s'il y a pas de question qui se rapporte au pronostic, c'est vrai que je l'aborde pas directement.
 -Autre tabou, bon ça n'a rien à voir, ce qui est relatif à l'argent. Et aux problèmes d'argent. Est-ce qu'on peut le verbaliser facilement ?
 -Oui.
 -Ouais ?
 -Après ils me demandent si je peux attendre, par exemple pour poser le chèque, attendre la fin du mois, qu'ils reviendront payer plus tard.
 -D'accord.
 -De temps en temps ils ont un petit peu honte vis à vis de la CMU, ils ont honte de le dire, enfin comment dire ça, vous voyez ce que je veux dire.
 -Oui oui ils sont un petit peu embarrassés.
 -Mais sinon ils demandent souvent si on peut encaisser le chèque à la fin du mois, ou...
 -D'accord.
 -En campagne, ils sont plus, je pense qu'ils sont plus... En ville...
 -Ils en parlent plus aisément ?
 -Ouais ouais.
 -D'accord. Alors encore un autre domaine : les patients qui ont vécu ou qui vivent des violences physiques. Est-ce que ça ils en parlent ?
 -Non.
 -Non ?
 -Non.
 -Et est-ce que vous pensez qu'en tant que médecin on doit un petit peu fouiller pour chercher ça ?
 -Ouais je pense. Enfin ça dépend : si on voit des marques sur le corps, on demande s'il est tombé, s'il y a un petit malaise... ... En parlant de malaise, s'il est tombé s'il s'est fait un bleu. Donc là on voit, on voit que les gens ils... Surtout le conjoint qui, qui... Je pense qu'en parlant de malaise on peut détecter... Une chute ou un malaise.
 -En fait c'est... J'ai l'impression que c'est une question de feeling, c'est ça ?

-Ouais, ouais.
 -A la réaction des gens quand, quand on touche un petit peu du doigt le problème ?
 -En posant la question au patient on doit voir du coin de l'œil la réaction de...
 -D'accord.
 -Du violenteur entre guillemets.
 -Et si c'est des violences qui sont dans le passé ? Par exemple des violences sexuelles qui ont été vécues dans l'enfance, ou des choses comme ça ?
 -Moi j'ai une dame qui en a parlé, mais c'est... Ça fait dix ans que je la connaissais, elle m'en a parlé que récemment.
 -D'accord donc pendant longtemps elle a gardé ça pour elle.
 -Oui elle a gardé ça pour elle.
 -Est-ce qu'il vous semble que c'est une bonne chose de verbaliser ce genre de chose-là ?
 -Mmm mmm. (il acquiesce)
 -Et est-ce qu'il vous semble qu'on peut aider ce genre de patiente à le verbaliser plus tôt ?
 -Plus tôt... Moi je pense qu'elles le font quand elles sont prêtes.
 -D'accord.
 -Là-dessus il faut pas forcer.
 -Il y a comme une maturation ?
 -Ouais. Là c'est venu spontanément. Elle est venue pour autre chose et puis c'est venu.
 -D'accord.
 -Faut pas les brusquer je pense, dans le cas-là.
 -D'accord. Et est-ce qu'il vous semble qu'il y a des domaines, parmi ces choses-là, des choses qu'il ne faut pas, qu'il ne faut pas fouiller, qu'il faut respecter ? Il faut respecter un certain silence ?
 -Ouais. Plus sur tout ce qui est ancien.
 -D'accord. Pas forcément, euh, ressortir toutes ces choses-là.
 -Ouais. D' façons je pense qu'ils en ressentent le besoin, et quand ils ont envie de parler...
 Moi, vu que je suis en rendez-vous une fois une dame m'a dit : "Vous pouvez me laisser un peu plus de temps, il faut que je vous parle" donc elle...
 -D'accord.
 -Quand elles sont prêtes je pense.
 -D'accord. Alors encore un petit peu plus, euh, profond si j'ose dire. Tout ce qui est relatif à l'inconscient. Euh, est-ce qu'il vous semble que l'inconscient des patients est parfois apparent dans les consultations, des mouvements inconscients ?
 -Qui bloquent ? Des mouvements d'œil, des comportements de retrait, vous voulez dire ça ?
 -Ouais, euh, je pense par exemple à du transfert vis-à-vis de vous, vous percevoir comme leur père, leur fils, leur frère, etc. Est-ce que ces mouvements on les perçoit en tant que médecin.
 -Non. 'fin moi je pense pas.
 -D'accord. Et est-ce qu'il vous semble que des mouvements qui viennent de vous...
 -...pourraient être perçus ?
 -Ouais, des transferts vis-à-vis du patient, que vous verriez comme : vos parents, vos enfants...
 -Non.
 -Non plus ? Ça c'est quelque chose qui reste assez à l'intérieur ?
 -'fin je leur dis souvent, de temps en temps, "Si c'était mes enfants je ferais ça", dans le sens-là, la question ? Non ?
 -Non, c'était plus sur quelque chose de, de, de fondamental, mais...
 -Non, non.
 -D'accord. Un petit cas à part : l'oubli. Le patient qui oublie quelque chose, qui oublie un objet, qui oublie son rendez-vous. Est-ce qu'il vous semble que c'est quelque chose qui peut se prêter... s'interpréter ?
 -Ou il a pas envie de venir... Mais souvent quand ils oublient, il y a une excuse, un autre rendez-vous, il a pas pu venir...
 -Mais il vous semble que c'est quelque chose qui est de l'ordre pratique, ou est-ce que des fois il y a quelque chose derrière ?
 -Plus souvent pratique.
 -Plus souvent pratique, d'accord. D'accord. Euh, le fait qu'un patient ne verbalise pas quelque chose, euh, ça peut avoir des conséquences ?
 -Oui.
 -Est-ce que par exemple dans votre carrière ça vous est arrivé de découvrir après longtemps de suivi d'un patient un élément dont vous aviez pas la connaissance.
 -Pas encore.
 -Non ?
 -Non.
 -Les... avec le temps, il vous semble qu'on arrive à bien "englober"... avoir une vision globale du patient ?
 -Pis à partir du moment où ils ont confiance, ils disent. 'fin c'est une histoire de confiance. Vous verrez ça bientôt (sourire).
 -D'accord. Et, euh... Pour... Quand on veut un petit peu fouiller ce que le patient ne dit pas ou ne dit pas facilement, euh.. Bon ça demande du temps.
 -Oui.
 -Est-ce que vous pensez que c'est quelque chose qu'on peut apprendre ? Ou est-ce que c'est plutôt par rapport...
 -Je pense que ça ça vient avec l'expérience.
 -Ça vient avec l'expérience.
 -Et puis le feeling. Apprendre non. Enfin ... C'est du domaine du sensitif, ça s'apprend pas.
 -Et c'est quelque chose qui est coûteux en temps, d'explorer ?
 -Ouais.
 -Donc qui se heurte à des contraintes de travail.
 -Mais bon quand ils nous préviennent... Et quand on arrive, on voit, on peut les re-convoquer éventuellement.
 -D'accord.

-Une fois qu'ils ont abordé le sujet ils reviennent sans problème. C'est vrai que c'est chronophage.

-Quelque part si le patient participe c'est plus facile ?

-Plus facile.

-Et quand le patient s'y oppose, quand il veut pas trop qu'on fouille.

-Non.

-On fouille pas, on respecte.

-Sauf s'il y a un danger de mort, ou par rapport aux enfants ou tout le truc-là, mais sinon... faut respecter.

-D'accord. ... Et en termes de formation, vous pensez que pendant les études, on peut... ?

-Non. Non formé.

-Donc c'est plutôt sur le terrain que ça vient

-C'est peut-être pas bon pour les gens de la fac, ils vont m'en vouloir (rire)

-D'accord d'accord.

-C'est vrai qu'on n'est pas trop formés.

-Et globalement vous pensez que, en tant que médecin, on doit s'investir dans la recherche de ce que le patient ne dit pas.

-Je pense.

-Ouais ? D'accord.

-Et soit ça casse tout parce qu'ils disent : "De quoi il se mêle celui-là", soit ça crée un lien plus fort. C'est à double tranchant.

-Mmm. Ça peut faire partir le patient en fait ?

...

-Après une fois j'ai eu le cas il est revenu en disant : "Vous aviez raison".

-D'accord.

-Alors après en ayant réfléchi chez lui. Mais bon c'est à double tranchant.

-D'accord.

-Certaines personnes n'aiment pas qu'on se mêle de leur vie.

-Ok. Très bien.

Dr F

Profil : Médecin masculin, troisième tiers de carrière.

Conditions d'exercice : Cabinet attenant à sa maison. Exercice rural profond, seul. Pas de secrétaire, consultation sans rendez-vous. Une pièce avec cheminée pour l'entretien, une pièce pour l'examen clinique. Volume horaire supérieur à la moyenne, en particulier activité de visites à domicile et en EHPAD supérieure à la moyenne.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé au cabinet, le 19/10/2012, entre midi et deux. Pas de contrainte de temps.

Durée : 28 minutes

-Voilà donc je fais une thèse qui porte sur le non-dit...
-Ouais.
-...avec le professeur Aubrège qui est à Nancy...
-Ouais.
-...et dans le cadre de cette thèse je vais à la rencontre de généralistes...
-Ouais.
-...pour profiter de leur expérience. Euh, juste pour commencer, j'aimerais, j'aimerais savoir comment s'organise votre semaine du point de vue du travail.
-Du point de vue du travail ? Et bien ça commence le lundi matin à 7h et demie, et ça se termine le samedi à midi.
-D'accord. Vous travaillez sur rendez-vous ?
-Non, en réalité je prends un rendez-vous le matin, c'est tout. Je prends une personne sur rendez vous mais je travaille pas... Je vais à l'inverse des confrères qui travaillent plus que sur rendez-vous ; moi je travaille comme ça parce que c'est trop... difficile à gérer les rendez-vous.
-D'accord, donc principalement sans rendez-vous
-Oui
-D'accord. Et donc toute votre activité c'est ici dans ce cabinet, qui est à côté de votre maison
-Oui, oui oui oui.
-D'accord. Vous faites uniquement de la médecine conventionnelle ?
-Oui oui.
-Pas d'acupuncture, d'homéopathie...
-Non non, j'ai déjà bien du mal avec la médecine classique (sourire)
-D'accord. Et, euh, au cours de votre carrière, vous aviez travaillé dans un SSR, c'est ça ?
-Alors, je travaille toujours dans...
-D'accord.
-Raon-L'étape, oui. (Note : en fait ce n'est pas un SSR mais une maison de retraite)
-Et ça ça occupe quelle partie de votre semaine ?

-J'y vais tous les jours, mettons une heure par jour.
-D'accord.
-Moui, des fois c'est une demi-heure, des fois c'est un peu plus, des fois c'est deux heures, en gros, oui, une heure par jour.
-D'accord. Et par rapport à votre volume horaire, euh, vous pensez travailler dans la moyenne, un peu moins, un peu plus que la moyenne ?
-Ben, je travaille depuis sept heures le matin jusqu'à la fin de la journée, euh c'est jamais terminé quand même avant vingt heures, des, des bons jours.
-D'accord.
-Par exemple aujourd'hui j'ai deux gros jours, parce qu'on est dans un coin relativement isolé, et le mardi et le vendredi je fais le tour de tous les villages, et dans chaque village, c'est un vieux système d'autrefois, c'est-à-dire dans chaque village j'ai une boîte à lettres à la mairie, et les papis mamies, parce que bon c'est beaucoup de troisième âge, mettent un petit bout de papier dans la boîte à lettres, moi ça m'intéresse parce que ça m'évite de faire des allers-retours.
-Pour vous dire quels sont leurs...
-Qu'il faut passer, s'il faut que je passe ou pas.
-D'accord.
-...pour faire les renouvellements de traitements. Ça m'évite des allées et venues et puis dans l'autre sens, je collecte pour ceux qui le souhaitent, les ordonnances que le pharmacien leur ramène à domicile après.
-D'accord.
-Donc ça permet de, aux papis mamies qui ont pas de voiture, ça leur évite de demander aux voisins s'ils ont besoin de, de ... s'il faut aller à la pharmacie, parce qu'ils sont tout seuls.
-D'accord.
-Et le pharmacien délivre à la maison.
-D'accord. Alors pour rentrer un petit peu dans le vif du sujet, euh, ma thèse elle porte sur tout ce qui n'est pas verbalisé, et tout ce qui n'est pas dit au cours des consultations.
-Ouais.
-Ce qui m'intéresse c'est, euh, de savoir comment on peut explorer ça... Comment on peut, euh, faire dire ce qui est difficilement dit ?
-Ben là c'est peut-être à nous d'aller au-devant. 'fin bon, les patients, quand même par rapport à quelques années en arrière sont quand même beaucoup plus ouverts.
-D'accord.
-Ils viennent, bon. Prenons par exemple le truc tout bête, les troubles de l'érection chez l'homme. Euh quelques années en arrière, c'était rare. Enfin c'était rare, ça existait mais les gens n'en parlaient pas. Maintenant souvent ils viennent, ils me disent : "Ben tiens j'ai un problème", quoi.
-Vous expliquez ce changement par un changement des mentalités ou de...

-Non je pense pas à un changement des mentalités, je pense, parce que tous les sujets sont... Même en cancéro, bon on a quand même pas mal de cancéro, hein, et... il y a quelques années euh, c'était pénible. 'fin c'est beaucoup plus facile, c'est vrai, quand on adopte les attitudes qu'ils ont au CAV, dire : "Madame, monsieur, machin, vous avez un cancer, ça va, ça va pas, on tente la chimio..." Maintenant vous avez les gens qui vous disent, "cancer du sein", qui vous disent : "Ben voilà, j'ai un cancer du sein, j'ai des métastases osseuses, on me fait ça, etc." C'est beaucoup plus ouvert. Enfin là je pense qu'il y a eu une ouverture au niveau des hospitaliers, hein, qui racontent plus de conneries, fin qui... on en racontait tous, moi le premier, je te le dis, pour essayer de faire passer la pilule. Mais quand vous dites à quelqu'un "Vous avez rien, vous inquiétez pas, on va faire un peu de chimio" derrière ça travaille dans la tête, ils disent : "Mais ils prennent les gens pour des imbéciles." Alors que là je crois que c'est beaucoup plus clair. Oui, non, les gens sont beaucoup plus ouverts, sur tous les plans, on arrive à discuter des... Alors bon, bien sûr, la gêne... Moi d'une façon générale je trouve qu'on arrive à donner les diagnostics et y a pas de.... Ça se passe bien, ça se passe bien.

-D'accord.

-Mais ils savent que (*en souriant*). J'étais avec une patiente il y a une paire d'années, avec le professeur Conroy. Et, il lui a demandé, il lui a dit : "Mais qu'est ce que vous voulez savoir de votre maladie ?" Bon la patiente a répondu "Tout". Bon cancer du sein, métastases, etc. Donc il a, il lui a tout dit. Bon. Ben moi j'utilise un peu son truc, maintenant, je, les patients quand ils viennent, quand je les sens, quand je les sens bien, je lâche le morceau. Et puis quand je les sens pas tout à fait à l'aise, je leur dis : "Mais qu'est ce que vous voulez savoir de votre maladie ? L'aspect traitement, l'aspect pronostic ?" et puis bon, on joue cartes sur table, et puis bon. Parce que les patients sont pas idiots, les patients sont pas idiots. La patiente en question dont je vous parle, elle était... quand elle est sortie du CAV, elle est tombée sur un interne, euh... Tout bête : l'infirmière lui a fait un signe parce qu'il fallait pas, lui annoncer le truc, quoi, ils voulaient pas lui, ou ils voulaient shunter ça. Et il a fait une grimace, la patiente m'a dit : "Moi, je suis pas plus bête, j'ai bien vu qu'il a fait une grimace, donc il y avait quelque chose" donc au contraire ça a plutôt activé son angoisse que de, que de lui dire franchement en face, "Voilà, vous avez ça", voilà. Moi je pense, c'est l'aspect tout simplement plus direct des médecins, d'une façon générale, et puis le changement des mentalités aussi, voilà.

-Et est-ce qu'il vous semble que des fois le patient voudrait savoir des éléments, mais qu'il

ne sait pas comment le demander, qu'il va pas du tout poser la question ?

-Ben, oui, oui, oui, oui peut-être. Je vous dis, maintenant j'ai pris sa recette à Conroy, (*rire*), j'ai pris sa recette : "Qu'est-ce que vous voulez savoir, le traitement ? le pronostic ? les examens ? comment ça va se passer etc. ?" Et puis je dis des fois on sait pas, on n'est pas, des fois on sait pas comment ça va se passer. Voilà.

-Et... est-ce qu'il y a des éléments qui, qui, pour lesquels il est intéressant de plutôt pas parler, pas expliquer ?

-Ah les trucs sur lesquels moi je reste encore un petit peu limité, j'ai un peu de mal avec ça, c'est quand c'est la... quand vraiment c'est la fin, et puis qu'il faut annoncer, qu'il faut annoncer la, l'évolution finale, encore. En disant : "Il n'y a plus rien à faire...". Alors là, je... Ouais, c'est vrai que j'en ai eu une récemment, un néo' de l'œsophage avec des métastases partout. Elle revient de Strasbourg, Strasbourg lui a dit, à Paul Strauss, "Vous voyez avec votre médecin, nous c'est fini." Ça lui a cassé un peu la baraque, hein, euh... Ben j'ai pas... C'est vrai que j'ai, honnêtement je me sentais pas d'attaque de lui dire : "C'est fini". Je lui ai dit : "Écoutez si vous voulez on peut redemander un deuxième avis." J'ai redemandé un deuxième avis. Qui a confirmé le premier. Donc bien sûr...

-D'accord.

-Mais ça, là je me suis un petit peu défaussé, avec la patiente.

-D'accord.

-C'est pas toujours évident. Surtout quand on sent que la patiente était mal. Bon, elle va claquer, bon elle est encore en vie, elle va claquer, mais on la sentait désespérée.

-Alors en dehors du domaine de ces maladies graves, et des cancers, il y a d'autres sujets qui sont, qui sont pas forcément facilement abordés par les patients. Tout ce qui touche aux problèmes génitaux, gynécologiques, etc.

-Oui alors, alors... Ouais, moi ça... J'ai pas, j'ai pas trop de soucis, moi je trouve que les mentalités ont vachement bien évolué. J'ai souvenir, il y a quarante ans, d'un patient qui est venu. Sa femme est venue faire un frottis, il est venu foutre le bordel à midi parce que j'avais fait un frottis à sa femme, quoi. Il m'a dit : "Écoutez j'accepte pas ça, etc." il était... bon. C'est tout, je lui ai expliqué, je lui ai dit : "la prochaine fois on fera pas le frottis, sous votre responsabilité, celle de votre épouse", voilà. Bon, non, moi je trouve que tout ce qui est, tout ce qui est gynéco, tout ça, ça se passe bien. J'ai pas de... Peut-être à cause de l'âge, aussi...

-Alors justement...

-...quand on est plus vieux, quand on est plus vieux ça passe mieux, les gens, les gens se confient peut-être plus, c'est peut-être plus, euh...

-Est-ce que c'est parce qu'on est plus âgé ou est-ce que c'est parce qu'on a de l'expérience ? sur la manière de s'y prendre...

-Ben je sais pas vous répondre. Moi je pense que c'est peut-être parce qu'on est plus âgé. Les gens font peut-être plus, peut-être à tort, certainement a tort d'ailleurs (*rire*) parce qu'on est plus vieux ils s'imaginent qu'on sait plus de choses. Et je pense qu'ils se confient peut-être d'avantage.

-D'accord. D'accord. Et est-ce que ça a changé quelque chose dans votre manière de...

-Ah oui quand même, oui, oui oui. Oui, moi je vois, 'fin là c'est l'inverse, quand c'est avec les, en pédiatrie, avec les gamins, c'est vrai que, bon avec le recul, il y a des trucs que je faisais que je ferais plus maintenant, je m'embarque dans des examens complémentaires. Bon c'est tout, faut rester, faut savoir patienter un peu.

-D'accord. D'accord.

-Mais bon, moi je pense que c'est plus c'est plus... Les gens se disent : "Tiens il est vieux, il a de l'expérience."

-D'accord. Euh, alors un autre domaine, tout ce qui touche aux addictions, aux drogues.

-Alors là j'ai beaucoup de mal, parce que (*rire*) parce que je supporte pas les toxicos.

-D'accord.

-J'ai beaucoup de mal, ben je les supporte pas, pas parce que... ils sont trop... Bon moi j'arrive pas à bosser avec eux, j'arrive pas à bosser avec eux. J'ai tous les ... Bon j'ai une mauvaise expérience déjà, un truc tout bête. Je stocke, j'ai un placard dans la salle d'attente. Je stocke mes boîtes de seringue d'avance dans le placard. Et une fois, une fois, mais ça suffit pour me ... me confirmer qu'il fallait, qu'il fallait me séparer de ces gens-là. Une fois en fin de consultation, j'entends un grand, il m'en restait un, j'entends un grand bang, je me dis : "Tiens c'est bizarre, c'est tombé... une chaise, je sais pas quoi." Pis ça rentre, ça sort, bon. Je me dis : "C'est tout". Bon je passe mon patient, pis je vais pour éteindre les lumières, mon placard était ouvert, il m'avait barboté toutes mes seringues. Bon je l'ai jamais revu, hein, mais c'est le genre de... Les toxicos... J'ai eu plus de facilité avec les problèmes d'alcool. On en discute plus facilement. Mais les toxicos je les fous dehors. (*rire*)

-Et les problèmes d'alcool est-ce que...?

-Ah les problèmes d'alcool, ça va, ça va. J'arrive à discuter avec eux, j'arrive à soulever le problème, oui.

-Après quelques temps ou dès les débuts on peut en parler ?

-Non, il faut... C'est vrai que c'est... "Après quelques temps", non, parce que c'est des patients que je connais depuis longtemps donc, euh, mais quand ça dérape trop, on arrive quand même à les... à discuter avec eux, non ça va. Mais les nouveaux peut-être, je sais pas,

d'expérience sur des nouveaux patients qui seraient soumis à ça, quoi.

-D'accord. Avec... Si, si on a un nouveau patient qui se présente, qui paraît avoir une trop forte consommation d'alcool, comment on doit s'y prendre pour aborder le sujet ?

-Ah ben moi je lui demande directement : "Est-ce que vous consommez vin, bière, et tout ça ?"

Bon, quand c'est des gros consommateurs, ils nient. 'fin, je... C'est souvent comme ça.

-Donc s'ils nient, c'est du non-dit !

-C'est du non-dit, et... moi je les re-cerne de l'autre côté avec les bilans sanguins, je dis : "Ecoutez vous me dites que vous avez pas... que vous buvez pas mais vous avez vu la biologie ? ou alors vous supportez pas bien mais il se passe quelque chose qui n'est pas terrible."

-Donc on peut se permettre entre guillemets de les "coincer" ?

-Ah ouais.

-De les mettre face aux...

-Oui, faut les mettre...

-D'accord. D'accord. Et par rapport au tabac, les patients ils vous disent facilement leur consommation ? Vous pensez qu'ils vous disent leur consommation réelle ?

-Je pense qu'ils disent moins ce qu'ils consomment en alcool que ce qu'ils consomment en tabac. Le tabac ils le disent. Bon mais là aussi c'est assez clair, ils viennent en me disant : "Je fume, je fume deux paquets, j'ai pas du tout envie d'arrêter, c'est même pas la peine de m'en parler." Bon là, c'est clair. Enfin, pour la plupart, je vous dis.

-D'accord.

-Pis avec les augmentations de prix, il y en a de temps en temps un qui déboule en me disant : "Ce coup-ci j'arrête."

-Ben justement, les augmentations de prix... Ce qui est du domaine de l'argent, et des problèmes d'argent, les patients ils en parlent facilement en consultation ? ou ça reste tabou ?

-Les problèmes d'argent ?

-Leurs problèmes d'argent, leurs problèmes pour se payer les traitements, des choses comme ça.

-Alors, ceux qui ont des ... ceux qui aiment bien être assistés en parlent volontiers, et puis il y en a quelques-uns qui restent dignes et qui n'en parlent pas. Moi j'ai une patiente, il y a ... c'est son enterrement aujourd'hui d'ailleurs, cinquante-six ans, elle s'est foutue à la rivière parce que, ben parce qu'elle arrivait plus à vivre. Elle a jamais parlé de ses difficultés d'argent. Jamais, toujours souriante etc. Bon. Elle en a parlé un peu à une de ses copines de travail.

-Et vous les suspectiez ces difficultés d'argent ?

-Non pas du tout, pas du tout.

-Alors ça c'est typiquement le genre de sujet qui m'intéresse : est ce que vous pensez que d'une certaine manière le médecin il a les moyens de pénétrer ce genre de non-dit ?

-Ben honnêtement... alors en plus c'est une personne qui travaillait à l'hôpital de ..., je suis allé après au service des cuisines en disant : "Mais vous étiez au courant qu'elle était pas bien etc. ?" parce que le, bon, les gendarmes quand je suis allé constater le décès, les gendarmes ont dit : "Oui une de ses collègues était au courant etc." Je dis merde ! Alors après j'arrive à l'hôpital je demande à l'infirmière, je dis : "Mais vous étiez au courant ?" elle me dit : "Non elle était toujours souriante, tout allait bien..." Bon... Mais elle avait une de ses copines de travail à qui elle avait confié ça. Je pense que j'aurais su, j'aurais peut-être, j'aurais peut-être agité un petit peu les choses pour que ça se solutionne. Pour éviter l'issue qu'on a aujourd'hui.

-D'accord. Mais est-ce que quand vous essayez de repenser à cette histoire vous vous dites que vous aviez les moyens de savoir ça ? Est-ce que...

-Je pense que... Je pense que si j'avais gratté un peu, oui, j'aurais pu, ouais non quelque part j'avais pas conscience tout à fait... (son téléphone portable annonce un message)

-Mais vous aviez des éléments ?

-Non pas du tout...

-Pas du tout ?

-...puisque c'était quelqu'un, qui était, c'était "neutre" si vous voulez. "Je suis malade, je suis malade." "Je suis pas malade, ça va mieux."

-Mais d'une certaine manière si on n'a pas d'éléments pour le suspecter on peut pas le regretter de pas l'avoir vu ?

-Ouais mais bon c'est quand même, c'est quand même con qu'elle se soit suicidée, bon alors donc, si j'avais eu... On a des fois des... On a des fois quand même des coups de fil de voisins ou de membres de la famille, qui téléphonent en disant... bon j'ai par exemple, je vais voir dans les jours prochains un entrepreneur, c'est son fils qui en cachette m'a téléphoné, qui m'a dit : "Écoutez, essayez de le voir parce que..." bon pis lui il m'a appelé en me disant : "Je veux un rendez-vous, je veux vous voir" Bon là je suis au courant par le fils que son moral n'est pas bon. Parce qu'il y a des difficultés professionnelles par exemple. Donc là on va pouvoir mettre ça sur le... Alors que peut-être il serait venu me voir "Voilà..." bon il fait de l'hypertension "C'est mon renouvellement de traitement", bon il vient pour son renouvellement, point barre, on va pas aller forcément gratter derrière.

-Alors justement pour quelle raison on va pas gratter derrière ?

-C'est une faute de temps.

-C'est une faute de temps ?

-Ah oui. On n'a pas, on peut pas se permettre de... Parce que vous savez des fois des gens qui n'ont rien du tout... Je suis méchant, tant pis, vous prenez un enseignant, vous lui dites : "Vous avez pas des problèmes ?" - "Ah ben si j'ai des problèmes" Pis vous y passez deux

heures... Donc on peut pas se permettre de... Parce que des fois on est embarqué dans des histoires d'enfer par des gens qui n'ont rien à foutre de leur journée, par des gens qui vous baladent, qui vous baladeraient des heures durant ...

-Et le médecin vous pensez qu'il peut avoir une attitude qui facilite le fait qu'ils se confient ou parlent de choses difficiles ?

-Ouais, c'est une ... il faut les écouter, faut les écouter les gens. Surtout une attitude d'écoute. Et puis les laisser parler. Bon je dis pas que je suis parfait parce que des fois bon, je coupe la parole. Souvent je leur coupe la parole. Le moyen de couper la parole aux gens c'est... moi j'ai, pareil, j'ai pioché ça dans une revue, euh, je prends un abaisse langue, je dis : "Tiens venez voir, tirez voir la langue" ils savent plus où ils en sont, ça leur coupe les pattes (rire) donc bon on peut enchaîner sur la suite de la consult'.

-D'accord.

-Non parce qu'il y en a qui sont trop bavards.

-D'accord. ... Euh un autre domaine où il y a du non-dit, c'est les patients qui attendent un certificat ou un arrêt de travail, et qui viennent avec cette idée derrière la tête. Le médecin peut suspecter ça comment ?

-Comment on peut suspecter? Bon, on les connaît (rire) on les connaît quand même... Vous avez...Moi j'en ai un, il vient l'autre jour, euh, bon, alors maintenant on est vachement aidé par l'informatique, à savoir que quand vous faites votre arrêt de travail pour la sécu', vous cochez lombalgie, sur l'arrêt de la sécu', et en dessous vous avez le tableau, "trois jours"

-Qui conseille...

-Alors moi je tourne l'ordi "Vous avez vu, lombalgie : trois jours". Ben en principe ils reviennent pas (rire). Mais des fois on se fait entuber, bien sûr. Des fois on se fait entuber. Oui des fois vous avez des gens, vous leur donnez quatre séances de kiné, ou cinq séances de kiné, ils font une séance toutes les trois semaines, alors bon on en sort pas. Mais à côté de ça on les voit sur le tracteur, avec des grosses charges de bois, en train d'aller tronçonner. Alors faut arrêter quoi...

-D'accord. D'accord. Autre domaine où il y a des tabous : ce qui touche aux violences physiques et violences sexuelles, les patients vous en parlent ?

-Euh... Non, on a du mal.

-D'accord.

-Non on a du mal, ouais.

-Et est-ce que c'est le genre d'élément qu'on doit essayer de mettre à jour ? Ou est-ce que si les gens ne parlent pas il faut ne pas spécialement débiller ?

-Ben si on arrive.... Là je, ouais je sais pas trop bien vous répondre parce que, moi j'ai une fois... On a des colonies de vacances en été, et j'ai une gamine qui était régulièrement entre guillemets

“torturée” par son père parce qu’il s’amusait à lui brûler des endroits avec des cigarettes. Et quand on a découvert ça avec le directeur de la colo, on a fait le bazar, j’ai envoyé la smala en pédiatrie à l’hôpital, retour sur assistante sociale etc. Résultat la gamine elle est repartie chez elle et elle s’est fait encore plus tabasser après. Alors... Bon, voilà, quoi. C’est un peu difficile. C’est des... Il faudrait avoir derrière des services sociaux qui soient vachement efficaces pour... Et ça à ma connaissance ça fonctionne pas bien.

-Et les violences physiques et sexuelles du passé, c’est-à-dire un adulte qui en a vécu dans son enfance, est ce que c’est le genre de chose...

-... qu’on rencontre ? De temps en temps, oui.

-Oui ? Est-ce que ça vaut le coup d’explorer et d’en parler ? ou est-ce que...

-C’est difficile parce que là aussi, c’est lourd. Là moi je pousse pas trop parce que je me suis fait échauder une fois ou deux fois avec une gamine qui a été violée par son beau-père etc., et... J’ai eu l’impression... Alors évidemment gendarmerie, tribunal etc. J’ai l’impression que ça l’a ... je sais pas si ça lui a apporté quelque chose ? Ça l’a vachement déstabilisée mais je sais pas, je sais pas si au bout... Parce que tous les gens qui se font violer, on a l’impression qu’ils sont pas libérés après une fois qu’on en parle... La gamine je la trouve pas très, pas très dans ses bottes. Voilà, c’est peut-être...

-D’accord. Alors si on va un petit peu plus en profondeur : ce qui touche à l’inconscient. Euh, est-ce que vous pensez que l’inconscient du patient est apparent lors des consultations ? Il apparaît au médecin ?

-Ouais, oui, ça peut. Oui il y a des fois des choses qu’on peut dépister quand même. Oui, j’ai un bouquin, je m’en sers peu, j’ai pas... J’ai un bouquin de l’autre côté sur les attitudes des patients quand ils sont assis en face de vous. Euh, s’ils mettent la main au menton, s’ils croisent les jambes, etc., ce que ça veut dire. Et, ben des fois c’est intéressant parce qu’on se dit : “Tiens il y a un petit signe d’appel, il y a quelque chose qui se passe.” Mais il faut y être attentif, on n’a pas trop le temps de faire ça.

-D’accord.

-Ou alors je possède pas assez bien le sujet aussi, c’est plutôt ça.

-D’accord et à l’inverse est ce que vous pensez que le patient perçoit des choses inconscientes de la part de son médecin.

-Ah oui, je me souviens un jour j’étais de mauvais poil, une patiente, amie.... et bon, effectivement j’ai peut-être... j’étais de mauvaise humeur. Et elle m’a repassé un coup de fil le lendemain et m’a dit : “Écoutez vous me cachez quelque chose ? Je vous ai pas trouvé comme d’habitude”. Ah oui oui ils sont sensibles à ça, faut faire vachement gaffe, parce qu’on a souvent quand même des gens qui disent :

“Tiens, vous voulez pas me dire ça” et tout. Alors que bon, des fois on est préoccupé par autre chose.

-D’accord. D’une manière générale, les outils qui permettent d’explorer ce que les patients ne disent pas, enfin les attitudes du médecin... Est-ce que c’est quelque chose qui peut être appris à la faculté ?

-Je crois que ce serait bien qu’on fasse ... Moi j’ai pas connu ça, je sais pas si ça se fait maintenant. Mais les histoires de programmation neurolinguistique, ce serait pas mal d’avoir une base, quoi.

-En tous cas il vous semble que techniquement ça peut s’apprendre.

-Ça peut s’apprendre, bien sûr.

-Ça peut s’enseigner, c’est pas quelque chose qu’on apprend de soi-même sur le tas.

-Ben après il faut, à chacun de se débrouiller sur le terrain pour adapter. Mais bon, dans la PNL, dans la programmation neurolinguistique, il y a quand même des choses de base. Et qu’on n’a pas, enfin moi j’ai jamais eu cours là-dessus. Enfin je sais pas ce qu’il y a maintenant, peut-être pas mais ça va peut-être venir.

-D’accord. Et encore quelques petits éléments. Parfois le patient tend une perche au médecin. Et il parle de quelque chose dont il avait pas parlé avant.

-Oui.

-Quelle est la bonne attitude, dans ces cas là, selon vous ?

-... Si on la sent venir, si on veut bien prendre le temps, oui. Mais bon c’est pas toujours... c’est pas toujours réalisable, mais c’est vrai que de temps en temps il y en a qui nous tendent des perches, oui.

-Et ces perches-là il faut plutôt les saisir sur le moment ? Ou à la consultation suivante ? Ou attendre que le patient en parle vraiment complètement tout seul ?

-Si je le sens, si je m’en rends compte, j’essaie de répondre, dans la mesure du possible.

-D’accord, mais vous semblez dire que principalement le problème c’est qu’on n’a pas toujours le temps.

- On n’a pas toujours le temps, on est pris, la salle d’attente qui déborde, vous avez des gamins qui foutent le bordel partout dans le cabinet, ben il faut qu’on avance quoi...

-Et si on imagine qu’on avait le temps techniquement, ce serait souhaitable de saisir ces perches-là ?

-Ce serait intéressant, on pourrait des fois découvrir des choses importantes.

-Et donc plutôt immédiatement quand le patient tend la perche.

-Oui, parce que dans les cas par exemple de suicide... Moi j’ai un patient une fois il m’appelle à huit heures du soir, un gars qui est jamais malade, il me dit : “Je sais pas ce que j’ai”, bon puis ça me faisait suer, huit heures du soir,

j'avais pas fini ma journée encore, j'y vais, bon, je l'écoute, disons, mais, peut-être pas bien, certainement pas bien, et... il me dit : "Vous savez, j'ai pas le moral, ça va pas." Bon, je dis : "Bon, c'est bien, on va arranger ça." D'autant que c'était le patient qui était jamais malade. Et, bon moi je m'en vais... Deux heures après il s'est pendu. Alors quelque part là aussi, j'ai pas répondu... Hein, il appelle jamais, il appelle pour une fois, un soir, donc c'était aussi quelque part... Le fait qu'il appelle le soir ça voulait dire : "Je veux peut-être discuter cinq minutes, qu'on ait le temps" et voilà, quoi.

-D'accord.

-Après j'ai douté.

-D'accord. Au cours de sa carrière, comme ça, on a la sensation d'avoir fait des loupés à certains endroits ?

-Ah ouais, ah ouais bien sûr !

-Et on apprend de ces épisodes-là ?

-Ah ben oui, c'est vrai qu'après, quand vous avez quelqu'un qui vous appelle le soir, qui vous appelle jamais, qui vous dit : "Je suis pas bien", on fait gaffe.

-D'accord. Donc bon, le principal obstacle c'est le temps.

-Oui, ah oui tout à fait.

-Et le meilleur outil, c'est une attitude d'écoute, c'est ça ?

-Moi je trouve, moi je trouve, parce que si les gens se sentent écoutés, ils vous disent ce qu'ils ont à dire. Mais c'est vrai que bon, le truc c'est le téléphone. C'est vrai que souvent le téléphone sonne. Alors ça casse la consult'. Alors là on est foutu, là les gens ils ont plus envie de parler. S'il y a cinq coups de téléphone dans dix minutes, voilà c'est foutu. Mais si on n'est pas dérangé, si on arrive à les écouter, pour les choses importantes, je crois qu'il y a du boulot à faire.

-Et les choses importantes on peut les aborder de façon frontale ? Cartes sur table ?

-Moi je crois. Pour la... Si on prend... Non, faut pas prendre les gens pour des imbéciles, la plupart sont... assez adultes pour encaisser des tas de choses.

-Très bien.

-Voilà.

-Et bien merci.

Dr G

Profil : Médecin féminin, premier tiers de carrière.

Conditions d'exercice : Travaille dans une maison médicale. Consultation sur rendez-vous, secrétariat partagé avec 5 autres médecins, activité de ville.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 19/10/2012, dans son cabinet, avant la consultation. Nous ne nous étions jamais vus avant.

Durée : 27 minutes

-Voilà, donc je fais cette thèse sur le non-dit, avec le professeur Aubrège à Nancy, euh... avant qu'on commence j'aimerais juste voir un petit peu comment vous organisez votre planning sur la semaine.

-Alors moi je consulte tous les après-midis sauf les jeudis, mon jour de congé, les mardis matins, les vendredis matin, je suis en visite et surtout à l'hôpital où je m'occupe et des patients en maison de retraite, et des patients en convalescence médecine.... et les samedis matins je travaille en consultation ici, un samedi matin sur deux. Et le mercredi matin est plus ou moins, on va dire, je l'adapte un petit peu en fonction de la demande. Je consulte s'il y a pas trop de monde au cabinet, s'il y a des visites... c'est un peu plus libre, quoi...

-D'accord. Vous travaillez sur rendez-vous ?

-Tout sur rendez-vous ... tout le cabinet on travaille uniquement sur rendez-vous.

-D'accord.

-En sachant que malgré le fait qu'on soit tous sur rendez-vous, euh... moi je vois des urgences, les enfants moi je les vois tout le temps, en plus s'ils sont malades l'après-midi. Nos patients, s'il y a des urgences on s'arrange, voilà, en sachant qu'il y a quand même les internes de SASPASS, c'est pas parce qu'on est sur rendez-vous qu'on voit personne en plus, quoi.

-D'accord. Et, euh, vous faites de la médecine conventionnelle uniquement ?

-Euh... quand tu dis conventionnelle...

-Ben je pense acupuncture, homéo'...

-Homéo' moi j'en fais un petit peu parce que dans le cadre de la médecine, moi je suis médecin du sport en plus, donc chez les sportifs pour pas qu'il y ait dans le cadre de, tu vois tout ce qui est produit dopant et tout, j'ai pas mal recours. Pour les enfants aussi, avant deux ans, parce qu'on n'a pas énormément... Donc homéo' de plus en plus sur des indications limitées, sinon médecine conventionnelle, y a pas de soucis, axée peut-être... J'ai beaucoup d'enfants, et puis la médecine du sport. Et puis moi cette année en plus je ferai, je fais mon DU d'ostéopathie.

-D'accord.

-Sinon ouais un petit peu tabaco', parce que je suis tabaco'. Quand même quelques consultations là-dessus. Donc très large, et puis moi j'avais pas mal aussi, tout ce qui est petite chirurgie, donc euh, tout ce qui est médecine non conventionnelle, dans le sens de ta question.

-Et les rendez-vous, là, c'est... les consultations c'est à peu près combien de temps ?

-Dix minutes, un quart d'heure, les enfants c'est dix minutes larges, même voire moins quand c'est de l'infectieux, et sinon c'est oui, quinze minutes quoi, à peu près, un peu moins, ça dépend. Ça peut être beaucoup plus dès qu'il y a un problème, sinon entre dix et quinze minutes la consultation.

-D'accord. Alors pour rentrer un petit peu dans le vif du sujet, donc ma thèse elle porte sur le non-dit, euh, bon par non-dit j'entends tout ce qui n'est pas verbalisé, pas formulé explicitement, euh, pour des raisons qui sont parfois conscientes, parfois inconscientes, euh, parfois des tabous, des angoisses, et parfois la méconnaissance de la biologie quand il s'agit des patients. Euh... euh... comment il vous semble que le médecin doit aborder ce que le patient ne dit pas ou dit difficilement ?

-Euh, ça c'est un petit peu compliqué, ça dépend de la relation que l'on a avec le patient, si c'est un patient, si c'est notre patient ou non. C'est-à-dire si on le voit pour la première fois, et qu'on voit un ou deux signes, patient alcoolique, ou dans le déni, c'est peut être un petit peu compliqué la première fois qu'on le voit. Quand c'est nos patients et qu'on les suit, je pense que quand on a une relation de confiance, on arrive, moi j'arrive en tous cas, je suis quelqu'un d'assez franche, et euh, d'aborder le sujet et d'essayer un petit peu de dire : "Alors, le problème qu'on a parlé la dernière fois, ou est-ce que vous pensez qu'il y a..." voilà. En sachant que quand ils ont décidé de pas en parler, c'est qu'il y a une raison, et qu'on peut pas tout le temps avoir la réponse. Je suis quelqu'un qui a quand même tendance à aller... à pas mettre les pieds dans le plat, mais en tous cas quand il y a quelque chose, au moins qu'on a déjà parlé, qui a été déjà au moins évoqué, essaie de reparler si ça pose soucis.

-Et la manière d'en parler la première fois, il vous semble que c'est comment ?

-Oh c'est, ça c'est quand même compliqué de répondre en sachant que c'est, c'est complètement dépendant du patient, c'est-à-dire si c'est des gens très timides, ça va... moi j'essaie de m'adapter en fonction, surtout de la personnalité de la personne en face. Si c'est des qui ont de l'âge aussi, parce que c'est quand même plus... En sachant que je pense qu'il y a peut-être plus de non-dit chez des patients peut-être plus jeunes,

-D'accord.

-Enfin moi je le ressens plus comme ça, j'ai pas l'impression que des personnes... Les personnes âgées disent tous leurs soucis souvent. Enfin moi j'ai pas trop l'impression qu'il y a du non-dit chez les personnes âgées. Y en a certainement, sur certaines choses, mais euh...

...

-Plutôt chez les jeunes ?

-Peut-être plus, oui, le problème de l'alcool, ce genre de chose.

-Vous sauriez... vous avez une idée de la raison pour laquelle c'est plus ?

-Oh... en tous cas je sais pas mais je pense qu'il y a des non-dits dans différentes catégories de soucis, mais je pense que par exemple que ça soit en addic... je pense beaucoup en addicto', parce que c'est la honte, on n'a pas... Les gens sont pas fiers, euh je pense peut-être après tout ce qui est trouble érectile chez les hommes, ils ont du mal à en parler, peut-être à moi parce que je suis jeune et je suis une femme, donc troubles érectiles. Donc peut-être en un la honte, oui.

-Alors bon, si on prend par exemple les hommes, les problèmes génitaux type trouble érectiles, y a une attitude qui facilite le fait que le patient parle ?

-Euh, je pense que oui, une attitude je sais pas, mais en tous cas y a peut-être tout de suite la barrière qui fait que je sois une femme, qui est peut-être pas la bonne... Surtout que nous on a quand même six médecins dont quatre hommes, donc peut être que eux, moi je suis peut-être... L'attitude pour les mettre en ... Surtout que ça s'ils m'en parlent pas je peux pas je peux pas le deviner, donc ça c'est des choses un peu compliquées. Mais euh, quand on sent peut-être que ça va vers là, qu'ils veulent pas le dire franchement, euh, moi j'aurais peut-être tendance à dire : "Si ça vous gêne parce que je suis une femme il y a quatre hommes dans le cabinet, vous pouvez en parler".

-Donc renvoyer vers...

-Renvoyer vers un confrère pour qu'il se sente en confiance pour ce genre de chose en tous cas.

-D'accord.

-Et puis sinon les rassurer sur le côté professionnel des choses même si c'est totalement humain pour quelqu'un de vouloir en parler à un homme pour ce genre de problème en tous cas.

-D'accord. Et, euh, concernant l'addicto', y a une manière de faire parler les gens ? ou de réussir à accéder à ça ?

-Je pense qu'il faut être patient, parce qu'après en médecine générale, ça dépend comment se déroule la consultation, c'est pour ça que j'aime bien l'addicto' en début d'après-midi pour prendre des fois un peu le temps. Mais je pense qu'il faut surtout de temps en temps faire le

point, de les obliger à dire : "Oui ben qu'est-ce que vous avez pris, est-ce que vraiment y a pas de soucis ?" Peut-être un peu plus en alcool parce que c'est un peu plus caché. Tout ce qui est substitution, ils viennent, ils en parlent assez facilement, on leur demande, puisque c'est le but, voilà, est-ce qu'ils prennent autre chose à côté. En addicto', on a souvent le doute parce qu'ils sentent l'alcool quand ils viennent, donc ça nous aide un petit peu à... Moi je, je me base là-dessus, en leur demandant, "Alors niveau alcool, vous tenez ? Où est-ce que vous en êtes ?" Et puis quand ils sentent l'alcool, "Là quand même vous sentez un petit peu l'alcool", donc moi j'ai quand même tendance à, quand j'en suis sûre, à essayer de les induire et souvent, ouais ils enchaînent parce que des fois ils attendent justement que ça, c'est qu'on en parle...

-...et qu'ils puissent s'en décharger quoi.

-Et qu'ils puissent, euh, parce que je pense que des fois en parler ça, surtout quand on est déjà au courant du problème. Après ils disent pas trop, quand il y a des rechutes ils le disent pas, mais comme ils en ont déjà parlé, et qu'au moins si c'est nous qui en parlons en premier, peut-être que... Mais ça c'est aussi patient dépendant, comme je te le disais tout à l'heure. Ça dépend un peu de la psychologie des gens.

-Alors est-ce que, à l'inverse, il y a des sujets, des domaines dont le patient va pas vouloir parler, et dont on ne doit pas parler, sur lequel on doit respecter le non-dit ?

-Ah oui, ça. Parce que s'il y en a qui ne veulent pas me parler de quelque chose, c'est quand même... Nous on est là pour les aider pour tout, mais des fois on n'a pas réponse à tout, et s'ils n'ont pas envie de parler de leurs problèmes, ils ont... Moi je trouve que voilà, on est quand même libre. Et puis on a pas forcément, voilà, on n'est pas Dieu sur Terre non plus, ah non ça là-dessus, le premier choix du patient c'est de nous parler de ce qu'ils veulent. Donc après...

-D'accord. Alors un domaine un petit peu annexe, les patients qui viennent avec une idée d'obtenir un arrêt de travail ou un certificat... (Le téléphone sonne, elle répond, deux minutes environ)

-...voilà, excuse-moi.

-Pas de soucis. Oui donc le patient qui, qui vient avec l'idée d'obtenir un arrêt de travail ou un certificat...

-On le sait tout de suite, généralement...

-alors avec quels éléments ?

-Alors, cert... des fois on les connaît aussi, y en a qui viennent beaucoup pour ça, et qui sont des fois pas plus malades que ça, mais bon, nous, dans nos patients, on connaît ceux qui, dès qu'ils ont une petite rhino', vont demander la semaine, ça on les devine un petit peu. Après souvent moi je pars sur tout ce qui est arrêt de travail, à part vraiment, euh, là où je suis le plus, c'est-à-dire tout ce qui est lumbago, traumatisme, où là de toute

façon c'est facile parce que moi c'est ce que je fais le plus, c'est ce que je sais faire. Je les arrête parce que c'est l'indication médicale. Tout le reste, en infectieux, à part chez les enfants ou c'est un petit peu particulier, j'attends qu'ils me demandent. S'ils me demandent pas c'est qu'ils vont au boulot et je vois un petit peu quand c'est vraiment... C'est rare que je refuse parce que, voilà... Quand je trouve que c'est pas spécialement... tout le temps justifié, je vais mettre un jour et puis voilà. Mais on les connaît quand même ceux qui sont un petit peu.

-Mais il vous semble que c'est fréquent le phénomène de différence entre le motif annoncé de consultation et le motif réel de consultation ?

-Pas forcément non, parce que quand ils viennent, ils sont malades, donc voilà, c'est souvent en rapport à ce que... après souvent y a des digressions. Ils vont venir au départ pour ça, et puis "Ah oui au fait..." Ça, ils ajoutent des petites choses...

-Au passage...

-Oui mais généralement moi les gens qui viennent me voir, c'est plutôt, voilà s'ils viennent pour un certificat, ils viennent, tout ce qui est maladie professionnelle tout ça, ils viennent pour ça, et l'arrêt de travail généralement, soit ils viennent pour le renouveler dans certains cas, soit ils le demandent en fin de consultation et c'est en rapport avec ce pour quoi ils sont venus.

-D'accord. Alors là plus spécifiquement ce qui est relatif au tabou, est-ce qu'il y a une manière, euh, selon vous, d'aborder les maladies graves, le tabou que constituent les maladies graves.

-Ouais tout ce qui est en cancéro ? Une manière de...

-Ouais.

-Je pense que c'est surtout de la communication, je pense qu'il faut... C'est pas toujours facile en fonction qu'on parle à la famille du malade, au malade en soit, parce que c'est pas forcément le, le même discours, mais je pense que c'est de l'inné, je pense que c'est pas forcément, c'est du ressenti entre par... entre la personne et comment on, on perçoit le patient, soit dans sa souffrance, soit dans ses questions, en tous cas... Ouais c'est assez di... Moi je pense que c'est compliqué pour dire une approche stéréotypée parce que c'est pas stéréotypé justement. Et, euh voilà, je pense que c'est vraiment une adaptation à...

-Alors il vous semble pas qu'il y ait une manière qui puisse s'apprendre ou s'enseigner.

-Ah non pour moi la communication c'est inné. Après je sais que nous y a eu pas mal de formations sur l'empathie, oui je pense que peut-être certaines personnes qui ont pas ça, qui ont pas la conversation innée, peut-être qu'il y a certaines pistes à apprendre, mais pour moi, oui, c'est de l'inné.

-Et il vous semble qu'avec l'expérience, est-ce que ça change, ça ?

-Alors moi mon expérience, ça fait deux ans que je suis installée, alors... Je pense que l'expérience qu'on peut dire c'est plus le fait d'être tout le temps là, ben les patients savent que t'es là, que tu restes, donc ils ont confiance. Donc là, peut-être la différence, moi je pense que j'aborde les personnes de la même manière, peut-être avec plus, euh, de... je les connais plus donc peut-être un petit peu différemment sur ce plan-là, mais humainement je pense que je suis la même qu'il y a deux ans. Mais ils me connaissent, ils savent que je suis là donc peut-être la confiance qu'ils ont en moi, peut-être plus qu'au tout début. Mais après...

-Et vous pensez qu'avec le temps ça va changer ?

-Je sais pas...

-De ce que vous voyez des autres médecins ?

-Je pense... Si je compare à mon père qui fait ça depuis trente ans, il a toujours été le même que... J'espère que non, en tous cas.

-Mmm. Ça a peut-être changé dans le sens d'une amélioration ?

-(en riant) Peut-être, je sais pas.

-D'accord alors autre tabou, ce qui est relatif à l'argent, les patients qui ont des problèmes d'argent, est-ce qu'on le sait, est-ce que...

-Euh... Oui, euh, est-ce qu'on le sait : pas toujours. Y en a qu'on devine, forcément, par rapport à, ne serait-ce que les patients CMU, qui amènent les quatre enfants, qui sont pas toujours propres, ça nous permet un peu de deviner, mais c'est pas toujours ceux-là qui nous posent soucis. Mais c'est vrai que moi, ils nous parlent pas, ils me parlent très très peu d'argent.

-Il vous semble que c'est possible que les patients, par exemple on leur prescrit des traitements qu'ils ne prendront pas à la pharmacie parce que c'est pas remboursé ?

-Ah oui, je pense que c'est tout à fait possible.

...sans que vous le sachiez ?

-Je pense que ça arrive mais de plus en plus les gens ils disent, parce que c'est d'actualité tout ça, les produits remboursés, non remboursés, donc généralement ceux-là ils nous demandent, oui, "Mettez-nous des remboursés", donc généralement...

-D'accord, ça les patients ils osent.

-Ah oui.

-D'accord. Bon là je pense à un autre tabou : les violences physiques, les violences sexuelles, est-ce que les patients ils en parlent ?

-Alors ça moi franchement j'ai pas eu le cas. Les violences physiques, des f... C'est souvent peut-être plus des gens, des agressions intra couple, comme ça, j'en ai pas. Et enfants non plus, mais alors ça c'est vrai que je pense...

-Et vous pensez qu'il y a une manière d'essayer de les suspecter, et de les déceler ?

-Ah ben les enfants c'est facile, s'ils sont tout nus et qu'on a des suspicions, ça c'est notre devoir d'aller... si on a une suspicion, au moins de le

dire, après euh... je pense que c'est pareil, sur une seule fois c'est compliqué, après si on a une suspicion, euh, essayer de lancer le sujet, dire : "Mais euh, ça fait un peu beaucoup, vous trouvez pas que c'est bizarre de tomber souvent" et de voir un petit peu, mais c'est vrai tant qu'elle a pas de... C'est aussi l'acceptation d'un état, pour nous en parler, donc ça c'est, euh...

-D'accord. Et globalement les tabous des patients, on les respecte ou est-ce que des fois on doit un peu les... Enfin je pense pas les brusquer, mais les pénétrer, pénétrer ces tabous-là ?

-Ça dépend, je pense qu'il y a certaines choses des fois à respecter, parce qu'on peut pas non plus arriver, dire : "Ah oui faut en parler, faut en parler" mais je pense que si nous on perçoit du bienfait que ça leur fera d'en parler, je pense qu'il faut aller dans ce sens-là. S'ils sont pas prêts, peut-être y aller pas à pas, mais je pense qu'avant tout il faut voir le bienfait que ça peut apporter d'en parler. Après...

-D'accord. D'accord. Et, par exemple dans le cas des violences physiques ou sexuelles qui sont dans le passé, dans l'enfance par exemple, est-ce que ça, c'est quelque chose qu'il faut déterrer ? Ou est-ce que...

-Pas forcément si ça influence pas. 'fin moi je suis pas du genre à... Parce que nous des fois on le sait, ce sont des patientes qu'on nous vend, on sait que c'est noté dans le dossier, voilà. S'ils viennent pas pour ça, et que les gens nous paraissent pas être en souffrance ou déprimés, je vais pas aller recréer un souvenir douloureux, qui en plus a déjà été évoqué. Donc je vais pas aller recréer des choses, sauf si...

-Et s'ils sont déprimés ?

-Et ben oui, pourquoi pas aller rechercher, s'ils viennent pour ça, et si on cherche une cause au fait qu'ils vont pas bien tout de suite, "Est-ce qu'il y a des souvenirs de votre passé qui reviennent ?" Mais ça doit être en rapport avec le... si les gens vont très bien et qu'ils viennent pas du tout pour ça, "Oui voilà, j'amène la gamine..." et elle elle a rien de spécial, on va pas aller chercher des...

-D'accord. D'accord. Alors, un petit peu plus spécifiquement, ce qui est relatif à l'inconscient, est-ce qu'il vous semble qu'on perçoit des éléments qui relèvent de l'inconscient du patient ?

-Alors ça franchement j'en sais rien. Peut-être, je sais pas. Vu comme ça, sans exemple concret, j'en sais rien, peut-être, mais...

-Pas trop ?

-...l'inconscient, c'est pas trop

-Difficile à dire ?

-...ben franchement l'inconscient du patient... oui c'est : est-ce que nous, on capte des choses que eux, ils sont pas conscients... Peut-être oui mais bon.

-Pas manifestement.

-Ben non, franchement.

-Et est-ce que vous pensez que les patients ils peuvent capter des choses qui sont inconscientes chez vous ?

-Peut-être qu'ils pensent croire (rire) capter certaines choses, et que je sais pas, peut-être...

-Alors, par exemple, j'ai un exemple : si vous avez un sentiment de rejet vis à vis du patient qui... pour telle ou telle raison... Est-ce que vous pensez que le patient peut s'en rendre compte ?

-Ah oui je pense qu'on est tous humains, qu'il y a certaines expressions, et qu'on est pas toujours de marbre tout le temps, et qu'autant les marques de sympathie ils le savent et que quand on est en colère ils le voient aussi, même si on leur dit pas, ils le voient sur notre visage, ça c'est sûr, après c'est pas inconscient, parce que ça se voit, c'est ce qu'on dégage. C'est pas forcément inconscient chez nous. C'est plus du ressenti, c'est peut-être pas dit tout le temps de notre part, c'est-à-dire que quand ça fait trois fois qu'on leur dit qu'il faut refaire une prise de sang, qu'ils la font pas, par exemple, bon on va peut-être pas le dire mais ça se voit, on va peut-être être moins loquace, on va faire moins de blagues que d'habitudes, mais en fait ils vont le ressentir même si c'est pas dit.

-D'accord, d'accord. Euh, alors là pour la partie qui est du non-dit du médecin, c'est-à-dire euh, ce que le médecin ne va pas dire mais qu'il a éventuellement en tête, est-ce que vous pensez que c'est quelque chose qui est nécessaire, de pas tout dire à ses patients ?

-Je pense... moi je suis pour vraiment dire les... tout dire. Ça dépend. Par exemple quelqu'un qu'on sait fragile, et que, l'annonce de diagnostic je sais pas, ça dépend ce que nous on sait de la personne, après, tout dire, peut-être pas tout d'un coup, y a beaucoup de choses, c'est-à-dire qu'il faut aussi connaître la psychologie du patient et lui annoncer, Euh par exemple le patient gros cardiovasculaire où y a plein de choses à faire, et qui est pas du tout... 'gros tabagique qui a pas trop envie de se faire soigner, si on a envie qu'il fasse quelque chose, peut-être lui annoncer une chose à une chose, pas lui dire tout : "y a ça, ça, ça à faire" pour qu'il ait confiance, qu'il revienne, et qu'on puisse l'aider. Mais après, honnêteté complète, je suis pas du genre à cacher les choses.

-Donc quelque part on doit essayer d'en dire "le plus possible".

-Ben c'est pas en dire "le plus possible", c'est dire les choses au bon moment, en tous cas c'est dire les choses qui sont appropriées au bon moment, c'est pas une question de quantité, c'est la bonne information au bon moment pour que le patient ait confiance, et revienne, et qu'on puisse faire les choses qui lui seront utiles, pour sa santé.

-Et dans le domaine, pour en revenir à la cancéro, dans le domaine de la cancéro, qu'est-

ce qu'on doit dire, et qu'est-ce qu'on ne doit pas dire ?

-Ben pour moi tout, je pense qu'à partir du moment, la personne nous dit : "Oui moi je veux savoir" on essaie... en sachant que nous des fois on sait pas, "Est-ce que je vais mourir ?", on peut pas forcément leur répondre... Donc à partir du moment qu'on est honnête, essayer de leur répondre le plus honnêtement possible, mais...

-Et si c'est un pronostic qui est vraiment défavorable ?

-S'ils veulent savoir euh, je sais pas, c'est... je pense qu'on n'est pas tout seul à prendre la décision. Je pense aussi, faut voir avec la famille, avec les cancérologues, parce que je pense qu'il n'y a pas que nous dans ce cas-là, et que nous on a peut-être un statut différent parce que c'est nos patients, qu'ils nous connaissent plus, qu'ils ont besoin de l'entendre de notre bouche pour certaines choses, mais c'est pas que une personne qui peut annoncer ce genre de chose.

-D'accord. D'accord, d'accord. Et s'il y a des choses qui... là j'en reviens au non-dit en général, s'il y a des choses qui sont pas dites, vous pensez que ça peut avoir des conséquences qui sont néfastes pour le patient ?

-Franchement c'est assez vague, je sais pas trop. C'est, là je pense que, généraliser sur ça... Des fois y a pas forcément, par exemple quelqu'un qui boit, et qui... qui est censé faire un sevrage, puis je vois bien qu'il recommence à boire, s'il le dit pas là, ça va pas être forcément néfaste, déjà s'il le dit pas là, voilà, mais peut-être qu'à la prochaine consultation il va en parler. Donc pas forcément toujours néfaste. Et que dans certains cas si on fait la sourde oreille, fin si on voit bien qu'il y a un problème et qu'on met jamais les pieds dans le plat peut-être qu'un jour ça va porter préjudice, donc il faut aussi savoir se mouiller au bon moment.

-D'accord.

-Entre le non-dit et la sourde oreille, c'est aussi.... Quand on voit qu'il y a un problème et que personne n'en parle, ça peut aller loin.

-Et si le patient il tend une perche, il aborde un sujet dont il avait encore jamais trop parlé, vous êtes d'avis qu'on doit saisir cette perche ?

-Ben oui, il faut essayer d'enchaîner...

-Et sur le moment ? Ou à une consultation ultérieure ?

-Ben, en tous cas, ne pas le rejeter ce, cette perche là, parce que voilà, et en profiter pour faire une première démarche, et essayer de leur dire : "Ben écoutez, c'est bien vous en avez parlé, mais je pense que c'est compliqué, il faut qu'on en reparle, revenez"... Essayer de voir, surtout si c'est compliqué. C'est sûr que s'il nous lâche ça en fin de consultation, alors qu'il est debout devant la porte, "C'est bien on en a parlé mais il faut revenir", essayer de faire ça

correctement. En tous cas faut pas l'ignorer parce que ça peut ne pas se représenter, mais en même temps, il faut aussi que ce soit fait correctement, parce que nous il y a quand même le critère temps ici, qu'on ne peut pas ignorer de toutes façons, mais qui est à prendre en compte, parce que la gestion du temps c'est aussi...

-D'accord. D'accord. Donc d'une manière générale pour bien réussir à faire parler les patients, ça prend du temps ?

-Ça dépend de leur caractère, mais en tous cas pour les patients un peu timides ou à problèmes, je pense que le temps il se prend surtout dans la confiance, la relation de confiance qui s'installe, et du coup c'est pas forcément, ça s'installe pas forcément du jour au lendemain, mais ça peut potentiellement prendre du temps. Ou des fois il y a le *feeling* qui passe tout de suite, ou il y a un patient qui va venir, c'est la première fois, il va tout de suite se sentir en confiance, il va parler de choses qu'il a peut-être par parlé avant.

-D'accord.

-Mais ça je pense que c'est des critères individuels, des gamines qui ont été suivies peut-être par mes collègues masculins ici, elles vont venir une première fois à quinze ans, me parler pour autre chose, et elles vont me parler peut-être de problèmes qu'elles ont pas parlé aux hommes à côté, donc ça c'est aussi des petites choses...

-Et il vous semble que ce problème-là, est-ce que vos collègues hommes ils auraient pu réussir à en faire parler ?

-Réussir à en faire parler, par forcément tout le temps, parce que les critères individuels sont importants, donc moi en tant que femme plus jeune, les gamines vont me parler de choses qu'elles parleront pas à des hommes plus vieux.

-Et ces critères individuels, on peut aller contre ?

-Je pense que c'est humain, ça c'est de l'humanité, c'est même plus... Pis je pense qu'après c'est sûr que le problème en soi, homme ou femme, âge confondu, on pourra de toute façon régler le problème médical, mais peut-être que psychologiquement on a une approche différente, mais ça c'est des critères humains.

-D'accord. Ben merci beaucoup.

Dr H

Profil : Médecin féminin. Premier tiers de carrière.

Conditions d'exercice : remplaçante de médecins consultant sur rendez-vous. Activité semi rurale principalement.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 31/10/2012, dans le cabinet de son père. Aucune contrainte horaire, ambiance décontractée. Nous ne nous étions jamais vus avant.

Durée : 47 minutes

-Alors juste pour commencer, j'aimerais savoir à peu près comment tu travailles, à quels endroits tu travailles ?

-Ben je travaille surtout à Epinal et juste dans un périmètre de dix kilomètres on va dire, je travaille surtout sur Golbey, un peu sur Les forges, et puis des fois jusqu'à Thaon, et puis de temps en temps Saint-Dié, mais là c'est deux semaines par an.

-D'accord.

-C'est exceptionnel.

-Et tu remplaces systématiquement des médecins que tu connais, ou c'est "comme ça se présente" ?

-C'est beaucoup de médecins que je connais parce qu'à force, parce que là je fais ça, et donc forcément, je finis par en connaître, mais de temps en temps je peux en remplacer des nouveaux, là j'en remplace un que j'ai encore jamais remplacé, au mois de novembre.

-D'accord.

-Voilà, ça dépend des opportunités en fait.

-D'accord, et au niveau des remplacements, tu as des exigences ? Du genre remplacer que quand c'est plus d'un jour...

-Non... mes seules exigences, je pense, et encore ça m'est arrivé de pas le faire, j'aime encore bien quand il y a un secrétariat, parce que je trouve que consulter et répondre au téléphone c'est galère, je l'ai fait je trouve ça très galère. Euh, et puis c'est ... Après je m'adapte, en gros je m'adapte.

-D'accord.

-Ce qui va surtout me limiter moi c'est plus la distance. Mais non ça m'arrive de remplacer un jour.

-Et si plus tard tu dois t'installer, les conditions dans lesquelles tu souhaites travailler, le lieu, l'organisation ce serait comment ?

-Dans l'absolu ce serait là où j'habite, Les Forges.

-Ouais.

-Après l'organisation c'est toujours en réflexion chez moi. Euh... globalement ce que je sais c'est que je veux pas travailler à temps plein. Donc l'idéal ce serait de trouver une autre femme,

qu'on fasse un temps partiel toutes les deux. Mais donc voilà, en groupe en tous cas pas toute seule, ça c'est sûr, une maison médicale ça me plairait bien aussi. Après, c'est surtout le fait de pouvoir ne pas travailler tout le temps, et donc d'être en groupe, qu'il y ait une part ... Après oui une secrétaire c'est bien, ça va avec quoi, en fait... ça va avec.

-Ouais d'accord. Et du travail plutôt sur rendez-vous ?

-Ouais. Oh oui, il y a bien... Je connais pas de médecin, dans tous ceux que j'ai remplacés, ça a toujours été sur rendez-vous.

-Ah oui ? Mais c'est le hasard des choses ça ?

-Ah oui oui, c'est pas...

-Tu refuserais pas un remplacement...

-Quelqu'un qui travaille sans rendez-vous ?

J'essayerai peut-être, mais de, de ce que j'ai pu entendre, d'autres, d'autres personnes qui remplacent, en général, tout, la salle d'attente c'est rempli, tu prends le premier patient, tu reviens il n'y a plus personne (rire) donc ça donne pas envie, pis c'est pas un mode d'exercice... j'aime quand même bien quand c'est sur rendez-vous. Après voilà, quoi, là où je travaille le plus, y a toujours des gens qui viennent sans rendez-vous, qui viennent en plus, qu'on glisse à droite à gauche, c'est pas... Mais, mais c'est vrai qu'il y a pas beaucoup de médecins qui travaillent sans rendez-vous.

-D'accord d'accord. Alors pour rentrer un peu dans le vif du sujet, donc je fais une thèse qui porte sur le non-dit, c'est tous les aspects du non-dit qui m'intéressent, que ça vienne du patient ou du médecin, que ça soit conscient ou inconscient, etc. Ce qui m'intéresse c'est de savoir un petit peu comment on peut aborder ça, nous, en tant que médecins, comment on peut essayer d'en parler ou d'aider les gens à en parler plus facilement de ce non-dit. Donc juste, je propose une définition du non-dit pour qu'on s'entende bien pendant l'entretien, euh, j'aurais tendance à appeler non-dit tout ce qui n'est pas formulé explicitement, pour des raisons qui sont parfois conscientes et parfois inconscientes, multiples, par exemple des tabous, des angoisses primitives, parfois la méconnaissance du fonctionnement du corps pour les patients. Euh, alors bon, c'est assez riche, pour commencer j'aimerais qu'on parle du non-dit conscient, c'est-à-dire le patient qui a quelque chose en tête mais qui ne le dit pas ou pas facilement au médecin.

-Oui.

-Tu penses qu'on peut déceler ça, qu'on peut déceler que le patient a quelque chose en tête ?

-Je pense que ça dépend de beaucoup de choses, ça dépend du patient, du médecin aussi, je pense que certaines fois oui, on sent qu'il y a quelque chose, euh, après est-ce que des fois il y a quelque chose et que je le sens pas, j'en sais rien, après tout si je le sens pas... Mais certaines

fois oui, je sens bien qu'il y a des choses qui sont pas dites, ça c'est sûr.

-Alors sur quels critères on peut dire qu'on sent qu'il y a quelque chose ? (elle sourit) C'est difficile, hein ?

-Oui, à exprimer c'est super difficile. Sur quels critères ? Je sais pas, y a des patients qui, euh, qui hésitent, ou qui viennent pour un, qui viennent pour un, on voit bien en consultation c'est un faux prétexte, c'est un truc complètement bidon, c'est d'ailleurs en général balayé en deux trois minutes, et puis bon, on voit des gens qui... Ah c'est difficile à exprimer sur quoi on peut le sentir... Quelqu'un qui est mal à l'aise, quelqu'un qui se tortille un peu sur sa chaise, qui a peut-être des petites mimiques, qui joue avec ses doigts, 'fin des petites choses comme ça, qui hésitent, qui commencent à dire des choses mais sans forcément tout dire, bon, puis, euh c'est... Alors c'est marrant parce que moi en tant que remplaçante, y a des gens qui arrivent qui me disent : "Je vais vous dire ça, je l'ai jamais dit à mon médecin je veux pas que vous le mettiez dans le dossier. Ça reste entre nous, je vous le dis..." Bon voilà. Et puis il y en a d'autre comme je suis pas leur médecin ils veulent pas tout me dire, je vois bien qu'ils laissent certaines choses de côté.

-Alors justement ce genre de chose que le patient souhaite dire au remplaçant et pas au médecin habituel, c'est plutôt dans un domaine spécial, dans un domaine précis ?

-Pas forcément, ça peut être, ça peut être, ça peut aller... La dernière fois j'ai eu une patiente qui voulait me parler de ses problèmes de poids, qui voulait pas en parler avec son médecin traitant. Y en a c'est des problèmes plus, de, de couple, enfin tu vois, de sentiments et compagnie, y en a, y a pas mal d'hommes qui parlent de troubles de l'érection, alors bon je sais pas si j'ai une tête à ce qu'on m'en parle spécialement (*en riant*) mais on m'en parle régulièrement...

-D'accord.

-Alors ça peut être, non, je trouve que c'est assez varié, c'est pas un domaine bien précis.

-D'accord. Et la raison pour laquelle ils le disent pas au médecin traitant elle est claire ?

-En, général ils me disent qu'ils veulent pas en parler avec lui, ou alors, c'est aussi, j'ai vu des patients me dire : "Oui mais mon médecin traitant il s'occupe aussi de mon mari, et je veux pas que ..." c'est pas la peur que le médecin en parle au conjoint, parce qu'il y a le secret médical, c'est la peur que la relation avec le mari soit plus la même, parce qu'il va savoir ça. Et j'ai des patients qui m'ont dit : "Je veux pas interférer dans cette relation-là et donc je veux pas qu'il soit au courant."

-D'accord, d'accord. Et est-ce que vous arr... est-ce que tu arrives à avoir une idée de ce que

les patients te disent pas parce que tu es la remplaçante et pas le médecin habituel ?

-Ben avoir une idée de ce qu'il me disent pas, non pas forcément, mais je vois bien qu'il y a des fois des choses qu'ils me disent pas, mais en même temps, je pense qu'on a pas besoin de forcément tout dire, 'fin y a des choses que les gens ont le droit de garder pour eux, s'ils veulent m'en parler ils m'en parlent, je vais pousser certaines personnes à poser des questions, mais en même temps, je suis pas obligée de tout savoir pour les soigner, si, s'ils veulent m'en parler c'est bien, s'ils veulent pas, je vais pas... pas m'offusquer, ou...

-Alors justement par rapport à ces domaines où on doit un peu respecter, euh... Quels sujets le patient a pas à aborder, et qu'on doit respecter, s'il ne l'aborde pas ?

-Y a pas un sujet en particulier, je pense que c'est tous les sujets, si, je vais dire, c'est pas qu'il n'y en a pas qu'on ne doit pas aborder, je pense qu'on peut aborder tous les sujets, pas de soucis. Mais si pour une raison ou un autre le patient veut pas m'en parler, ou en tous cas pas le jour-là, et qu'il veut attendre la prochaine fois, ou même jamais parce qu'il a décidé que c'était comme ça, je vois pas pourquoi, euh, au nom de, de la médecine, ou pour le soigner, je devrais absolument l'obliger à me dire des choses qu'il a pas envie. Mais c'est pas un domaine particulier, en tous cas, y a peut-être des choses qui me gênent, certainement, comme tout le monde, mais, euh, y a pas de sujet dont je ne veux parler, ou dont je ne veux pas entendre parler. C'est pas un truc en particulier.

-D'accord. On peut parler de tout, si le patient est demandeur, peut-être ?

-Oui, oui.

-D'accord. Est-ce que le médecin il peut avoir une attitude qui invite le patient à parler librement, à aborder tous les sujets ?

-Oui, je pense.

-Et c'est quoi cette attitude ?

-Ben, c'est, je pense que la première chose c'est de se poser deux minutes et essayer de lui montrer qu'on peut prendre un peu de temps pour l'écouter, et puis après ça peut être l'exprimer, c'est-à-dire dire au patient : "Ben voilà, si vous voulez me parler de certaines choses, vous pouvez, il n'y a pas de problème" mais le mettre à l'aise, que ce soit par des gestes, ou, moi je sais que ça m'est arrivé de m'asseoir à côté du patient, ou même de me mettre assise à côté de lui pour pas non plus qu'il ait toujours un sentiment d'être dominé par le médecin, ou j'sais pas quoi. Donc je pense qu'il y a des gestes, qu'il y a des mots, dire qu'on peut être là, que le patient peut revenir en discuter, qu'on est prêt à l'écouter.

-D'accord. D'accord. Euh, alors ben tout ça, ça demande du temps, et le problème c'est que le

temps c'est un problème pour tous les médecins. Alors est-ce qu'il y a une manière de faire ça qui soit économe de temps ? Ou est-ce que ça nécessite systématiquement du temps ?

-Les patients avec lesquels tu fais ce... Enfin c'est peut-être plus facile parce qu'on pose juste deux trois questions et paf, ça sort, ça va pas durer éternellement, et puis en fonction du sujet, y a des sujets qui perturbent les gens, parfois de manière importante, mais qui sont plus ou moins graves, donc qui ont pas forcément besoin d'être traités à la minute près. Donc parfois on peut dire, enfin moi je peux dire : "Écoutez, vous reprenez rendez-vous, on en reparle dans une semaine", on reprend rendez-vous dans huit jours, ça peut permettre d'étaler un petit peu. Euh maintenant est-ce qu'il y a des solutions pour que ce soit économe de temps ? Ben... Ouais il y a une solution c'est d'être un peu plus brusque et puis de rentrer plus dans le, dans le patient, après je sais pas si c'est la bonne solution. Je pense que c'est des choses qui nécessitent quand même un peu de temps. Bon après il y a peut-être pas toujours besoin de s'étendre pendant une heure dessus. Parce que bon au bout du compte il y a certains patients qui ressassent aussi toujours les mêmes choses, bon, alors oui de temps en temps ils vont en dire un petit peu plus, mais est-ce que ça sert à quelque chose de, de passer une heure et demie dessus à chaque fois, je suis pas sûre. Je pense que ça prend quand même du temps, mais il y a certainement moyen pour certaines situations d'étaler un peu les choses quoi.

-D'accord d'accord. Euh, alors, on parlait tout à l'heure, on évoquait la différence entre le motif annoncé de consultation, et le motif réel, ce phénomène-là, c'est un phénomène qui est fréquent ?

-Dans mon expérience à moi : pas hyper fréquent, non je ne peux pas dire. Ça m'est arrivé de temps en temps quoi.

-D'accord.

-... après maintenant y a plus des gens qui ont de multiples raisons de consulter. Ils viennent, ils ont une liste comme ça, alors des fois il y a encore des raisons qui sont pas sur la liste. Mais c'est souvent que les gens consultent maintenant avec deux trois raisons de consulter. Vraiment une consultation où je me suis dit : "Mais celui-là, je comprends pas, pourquoi il vient me voir ? Ce qu'il me raconte, il avait pas besoin de me consulter pour ça, je comprends pas" ça ça m'est pas arrivé souvent, ça m'est peut-être arrivé quelquefois.

-Bon alors si on prend un sujet, par exemple un patient qui souhaite obtenir un arrêt de travail, ou un certificat, qui a ça derrière la tête, on peut déceler cette chose-là comment en tant que médecin ?

-Alors moi des fois je leur dis, quand il y a un truc comme ça : "Qu'est-ce que vous attendez de moi ? Comment vous pensez que je peux vous aider ?" ; "Vous êtes venu me voir, je leur dis, c'est pour quoi ?" Voilà, je leur pose souvent franchement la question.

-D'accord. Et quand on leur dit ça, ils le disent ? Ils disent : "Ben en fait je voulais un arrêt de travail", "Je voulais être arrêté" ?

-Ben la plupart du temps ils me disent : "Ben écoutez docteur, vous pouvez me faire un arrêt de travail ?" Bon après on discute de l'arrêt de travail (*rire*) mais souvent, souvent ils me le disent. Bon alors peut-être que certaines fois ils ont pas osé me le dire, j'en sais rien, mais je pense que la plupart du temps c'est pour ça, on le dit.

-D'accord. Euh, bon, un autre sujet sur lequel il y a pas mal de non-dit, c'est tout ce qui touche aux drogues en général. Vous pensez, enfin tu penses qu'on peut aborder ça comment ? Comment on peut faire parler d'une consommation nocive ?

-Je pense que... y a des gens avec qui c'est plus facile, parce qu'il suffit de leur poser la question, bon ils vont répondre, y en a d'autres, je pense que ça nécessite certainement d'avoir construit une relation de confiance avec le patient pour qu'il puissent le dire, et puis parfois, ça va peut-être faire des, des, je sais pas, je sais pas comment on pourrait faire ça, faire des petites remarques, parce qu'ils se rendent pas toujours compte qu'ils ont une conduite qui est addictive. Ça va peut être prendre le temps de leur expliquer, d'essayer, ouais, d'évaluer les choses, puis voir comment la situation évolue. Après... Ta question c'est comment les faire ramener... ?

-Comment les faire parler de leur consommation de drogue, que ce soit alcool, tabac ou autre, s'ils souhaitent pas en parler ou s'ils mettent ça de côté.

-D'façon s'ils minimisent et qu'ils mettent ça de côté, à part... C'est un peu comme le tabac, on leur demande de temps en temps s'ils ont envie d'arrêter, leur dire, je sais pas "Vous en êtes où dans votre consommation de cigarettes ?" Leur reposer de temps en temps la question, peut-être que ça peut suffire pour qu'ils se rendent compte de certaines choses, et puis je pense qu'il faut prendre le temps de leur expliquer aussi de temps en temps quand on a des résultats que ce soit des prises de sang, de machin, leur expliquer : "Voilà, vos résultats peuvent nous faire penser que vous avez une consommation d'alcool, alors vous, vous me dites ne pas boire..." essayer de les confronter de temps en temps, le but c'est pas de les, (*en riant*) les foutre à terre et de les faire pleurer. Mais je pense qu'il y a certaines choses qui sont pas faciles à voir quand ça nous concerne, et que ça peut prendre un petit peu de temps.

-Et quand on est remplaçant c'est plus compliqué de faire ça ? Les gens s'offusquent si le remplaçant fait une remarque ?

-Ah moi en général (en souriant) je leur dis, maintenant je le fais depuis quelque temps, je leur dis : "Ben écoutez, vous offusquez pas je vais vous poser une question, faut que je vous la pose, c'est comme ça, c'est mon travail, moi je suis là pour vous aider" et je leur pose la question. Après, dans certaines situations, je pense que c'est plus facile, parce qu'en tant que remplaçant il y a certaines choses que j'ose dire en me disant : "De toute façon, si ça passe pas, je m'en fiche." Et puis d'un autre côté, je vois bien qu'il y a des gens qui sont complètement fermés, ça les énerve déjà que ce soit moi, donc dans ces cas-là, j'avoue que je cherche pas à creuser, je me dis : "C'est bon, ils verront avec leur médecin habituel", puis je suis pas là pour les braquer. Ça dépend des gens et puis certainement de mon humeur du jour, c'est vrai qu'il y a des jours où on a envie de creuser, et puis il y a des jours où on est en retard, et puis on va dire : "Je sens bien qu'il se passe quelque chose" ou bien "Il veut pas me dire ça, mais de toute façon aujourd'hui j'ai pas le temps." Faut être honnête, il y a des jours où voilà quoi.

-Et est-ce que parfois on se dit, d'une certaine manière parfois on se dit : "C'est au médecin habituel de gérer ça" parce qu'en tant que remplaçant on peut pas faire ça en une consultation, c'est ça ?

-C'est pas que c'est "au médecin habituel de la faire", parce que moi je suis là pour faire ce qu'il y a à faire, si tu veux si je suis juste là pour renouveler des ordonnances, je trouve que je sers à rien. Mais il y a des patients avec qui ça passe pas, ils sont, ils sont complètement braqués, donc voilà quoi. Mais après si c'est sur une histoire de consommation de drogue ou... Non, je peux, je peux, non je peux être amenée à le faire, y a même des patients que je, je leur dis, s'ils sont un peu ouverts à moi "Je reviens la semaine prochaine, revenez me voir", y a pas de soucis, c'est pas que je considère que c'est au médecin habituel de le faire. C'est juste qu'avec certains patients c'est plus facile parce qu'il y en a qui sont pas à l'aise avec le remplaçant.

-Et ils le disent ça parfois ? Ils le disent ouvertement : "Je préfère le remplaçant" ou bien "Je préfère le médecin habituel" ?

-Ouvertement très rarement, parce que... Des fois il y en a qui repartent, ça m'est arrivé... Ils sont tellement... Mais c'est exceptionnel, maintenant en général ils sont au courant, c'est sur rendez-vous, la secrétaire elle leur dit, la plupart du temps ils sont au courant. Mais j'en vois, ils rentrent dans le cabinet, ils sont grognons, ils font la tête, ils sont grrr (elle imite le grognement), tu vois...

-Oui.

-Ils s'assoient en face, ils sont un peu pète-sec, c'est peut-être aussi un peu leur caractère de base, c'est vrai qu'il y en a que je connais pas. Il y en a qui sont un petit peu comme ça aussi. Mais je veux bien que ça les énerve, et puis, ils sont très directifs, ils vont me dire : "Faut me renouveler mes médicaments" ; "Il faut me prendre ma tension" ; "Il faut me faire ci", euh, "il faut me..." fin bon "Le docteur il fait comme ça."

-Est-ce que ça t'arrive de, de dire franchement : "Vous êtes pas content (ou pas contente) parce que c'est pas le médecin habituel ?"

-Ça m'arrive de dire... qu'est-ce que j'ai déjà dit ? -Ou "Vous auriez préféré votre médecin habituel ?"

-Je dis : "Ben oui, je sais, je suis pas votre médecin habituel" ça m'arrive de faire une petite remarque. De là à dire... Ça m'est déjà arrivé, rarement, des gens mécontents de leur dire : "Écoutez moi je suis désolée, je suis là, si vous voulez je m'occupe de vous, mais si vous voulez pas je vous oblige pas." Ça je l'ai déjà dit.

-Alors pour passer à un autre sujet qui est source de beaucoup de non-dits, tout ce qui est relatif à la cancérologie,

-Oui.

-...il y a des choses qui ne sont pas forcément dites, euh, par le médecin, et des choses qui ne sont pas forcément demandées par le patient. Comment on doit... Quelle est l'attitude que tu préconises par rapport à ça ? Déjà bon, le médecin est-ce qu'il doit tout dire au patient ?

-Alors moi déjà je trouve ça insupportable la quantité de gens qui ne savent même pas ce qu'ils ont. Je trouve ça In-supportable. Et je vois des gens suivis des fois, pour des cancers, qui ont des chimio', ils savent même pas qu'ils ont un cancer. Je dis : "Mais c'est pas possible !" Alors ils croient, ils croient que c'est pour une autre pathologie, ou, ou ils comprennent pas bien ce qu'ils ont, ou effectivement ils savent pas, ou ils savent qu'ils ont un cancer mais pas qu'ils ont des métastases. Et ça je trouve ça pas normal. Bon, sauf cas exceptionnel, ça m'est arrivé une fois, quand j'étais en médecine interne, quand j'étais à mon dernier stage d'interne, j'avais un patient qui avait un cancer, je crois de l'estomac. Et la famille nous avait demandé de rien dire. Donc déjà moi j'aime pas ça. C'était pas un patient dément, c'était pas... Je pense que le patient a toujours le droit de savoir au moins ce qu'il a. Après, lui, j'ai été plusieurs fois discuter avec lui, je lui expliquais qu'il était malade, que j'étais prête à répondre à toutes ses questions, il m'a jamais posé de question. Je lui ai dit, parce qu'il est resté longtemps, "Vous avez une grave maladie, je peux vous expliquer ce que c'est, si vous voulez, je peux répondre à vos questions..." Il m'a jamais posé de questions, j'ai pas non plus été l'assommer avec mes réponses. Euh, j'avais un médecin que je remplaçais aussi : y avait aussi une patiente qui

avait un cancer d'une vertèbre cervicale, et elle voulait pas qu'on lui dise. Bon, je pense qu'elle le savait, faut être honnête, elle avait une minerve, elle allait consulter je sais pas où, mais c'était écrit en gros dans son dossier, "Ne pas lui parler de sa pathologie", tout le monde faisait comme si ça existait pas. Bon là, le patient a dit explicitement "Je ne veux pas savoir", bon ben c'est tout.

-Quand il dit explicitement qu'il ne veut pas savoir, je comprends qu'on lui dise pas. Est-ce que dans les cas où il ne demande pas, est-ce que parfois on doit lui dire sans qu'il demande ? Ou est-ce qu'on part du principe que s'il demande pas... ?

-Non, moi je pars du principe qu'il faut leur dire. Je pense que les gens ont quand même le droit de savoir ce qu'ils ont. Bon après, s'il se pose pas de question, je vais pas rentrer dans moult détails, mais au moins savoir qu'il y a un cancer, savoir où il est, après si vraiment il me dit : "Écoutez docteur c'est pas la peine de continuer, je ne veux pas savoir", je vais m'arrêter.

-Oui.

-Mais je pense qu'il n'y a pas, je me trompe peut-être, hein, mais je pense qu'il n'y a pas beaucoup de gens qui ne veulent pas savoir au fond ce qu'ils ont. La plupart du temps, je veux dire, ils arrivent quand même tous de l'hôpital en disant : "Je comprends pas, on m'a rien dit, on m'explique pas..."

-Alors justement, au sujet de ces gens qui ne savent pas ce qu'ils ont, est-ce qu'ils ne savent pas parce qu'il y a eu une négligence ou une absence d'annonce, ou est-ce que c'est du non-dit, et qu'ils l'auront oublié... ou ils se le cachent... ils dénie...

-Je pense qu'il y a beaucoup de choses qu'on ne dit pas. Je pense honnêtement qu'il y a beaucoup de choses qu'on ne dit pas, qu'il y a beaucoup de médecins qui ne disent pas, euh, moi j'ai assisté à des annonces de diagnostic de cancer, quand j'étais interne... je suis repassée derrière pour dire aux gens : "Vous avez un cancer" et il m'a regardé avec des gros yeux : "Ha bon !" Ben je leur dis : "Oui c'est ce qu'on vient de vous expliquer pendant dix minutes", mais jamais, y a le mot cancer qui est donné. C'était, c'était une patiente qui avait, je sais plus ce qu'elle avait, ça devait être un... c'était, peut-être bien une maladie de Vaquez ou je sais plus, fin tu vois un truc hémato, je sais plus, on lui a expliqué avec des termes techniques, machin, gna gna gna, et au bout du compte elle a pas compris que c'était un cancer ! Je pense qu'il y a beaucoup de choses qu'on ne dit pas correctement, pas explicitement, pas avec des mots qu'ils peuvent comprendre. Donc après, y en a peut-être aussi, certainement, qui posent pas trop de questions, et il y a certainement des gens qui se mettent des œillères parce qu'il y a des choses qu'ils ne veulent pas entendre, et je

pense qu'à la base il y a un gros souci d'explications.

-Et pourquoi il y a ce non-dit de certains médecins ?

-Je pense que c'est dur. A faire, à dire, aux gens. C'est dur, euh, il faut... faut... après faut pouvoir accepter, pouvoir gérer le patient qui s'écroule, dans le cabinet, enfin... C'est... c'est pas facile. Après est-ce qu'il y a une autre raison, je sais pas.

-Les gens qui sont partisans du non-dit, sur les thèmes de cancéro, souvent disent, "Il va se dégrader, il va plus manger, s'il sait qu'il a un cancer ça va aggraver son état."... Est-ce que...

-Ouais, puis il y en a plein, il faut, c'est quand même bien qu'ils puissent savoir ce qu'ils ont pour pouvoir aussi avoir l'envie, la volonté de s'en sortir, donc... Je suis pas sûr que ce soit ... Je pense que quand on se sent pas bien, on sent qu'il y a quelque chose qui va pas bien dans son corps, on voit bien qu'on a moins faim, on perd du poids, c'est aussi une grosse source d'angoisse, et que dans l'autre sens ça doit être très perturbant aussi. Je, je sais pas. Peut-être, chez certaines personnes, oui, effectivement, j'ai déjà vu certaines personnes qui sont complètement, euh, tétanisées par le diagnostic, mais en général ça dure qu'un temps aussi, donc. Donc là... Donc je pense que c'est dur et puis je pense qu'il y a aussi beaucoup de médecins qui prennent pas le temps, parce que ça prend du temps d'expliquer ça, on peut pas lancer un diagnostic comme ça et puis dire : "Bon ben voilà c'est bon, bonne journée."

-D'accord.

-Donc c'est sûr que derrière on peut pas mettre les gens à la porte en trente secondes avec un diagnostic de cancer ou d'autre chose.

-D'accord.

-Après il y a peut-être d'autres raisons, mais je les ai pas trop identifiées.

-Alors, un sujet un petit peu annexe, c'est le pronostic, bon, pas forcément en cancéro, sur les maladies graves en général.

-Oui.

-A quel point les médecins doivent le dire, ou ne pas le dire justement ?

-Ça, à mon avis c'est que le pronostic... C'est... je pense que si le patient réclame pas, n'a pas posé plus de questions que ça, je pense que c'est pas la peine de le dire parce qu'un pronostic, c'est des statistiques collectives, c'est pas une statistique individuelle, alors... C'est certainement... Les pourcentages c'est difficile, d'abord on a face à soi quelqu'un, pas euh, un cas dans une étude. Et puis je pense que pour le coup c'est certainement plus angoissant qu'autre chose, mais c'est vraiment un avis personnel, c'est pas quelque chose qu'on m'a appris.

-Oui oui. Et si le patient demande et que le pronostic est mauvais, ou très mauvais, on réagit comment ?

-Ah ben... Les fois où ça m'est arrivé, je l'ai dit. J'ai dit que c'était, que, que le pronostic était mauvais et que... Après que ça prendrait... Y a des patients, j'ai dit : "Je pense que, que vous risquez..." Y a des patients à qui j'ai dit : "Je pense que vous n'en avez plus que pour quelques mois, quelques semaines." Ça j'ai déjà dit. Quand on me demande, je le dis, que les gens puissent aussi se préparer, mais c'est vraiment réservé aux cas où il y a vraiment zéro chance. Sinon je me garde bien de faire des pronostics, parce qu'on a toujours des surprises. Donc, puis je suis pas là non plus pour leur enlever toute... au contraire je suis là pour les booster, qu'ils essaient de s'en sortir. Mais des gens en phase terminale, et qui me posent la question, je leur dis "Ben...", je leur dis, quoi.

-Et est-ce que ça t'est arrivé, dans ton expérience de remplaçante qu'ils te demandent des éclaircissements sur leur maladie, qu'ils avaient jamais trop demandés à leur médecin habituel ?

-Oui. Oui. Oui. Mais je pense que, j'ai certainement plein de défauts, mais je pense que j'explique assez bien aux gens. En général je prends le temps de leur expliquer. N'importe quelle maladie, je pense que, je pense qu'il y a besoin d'expliquer plein de choses, voilà. Et que ça évite, même dans les trucs tout bêtes, mais dans des pathologies virales, des trucs comme ça, je suis sûre qu'on peut réussir à éviter des tas de consultations inutiles si on prend le temps d'expliquer aux gens ce qu'il en est, comment ça fonctionne, pourquoi ils vont guérir tout seuls, comment ça marche, enfin... Voilà, donc, oui, ça m'est déjà arrivé de réexpliquer des choses à des patients.

-D'accord.

-Et d'ailleurs c'est souvent très perturbant, parce que moi j'arrive, je regarde dans le dossier, et ça m'est arrivé de faire des boulettes parce que je vais leur dire : "Ben alors votre cancer, vous êtes en traitement ?" pis là elle m'a regardée avec des gros yeux, "Merde j'ai fait une boulette, ils ont pas encore compris qu'il y avait un cancer, qu'il y avait ci, qu'il y avait ça."

-D'accord.

-.. fin c'est pas facile quoi. Bon voilà au moins que les gens sachent ce qu'ils ont, ce sera bien.
-D'accord d'accord. Euh, et toujours en tant que remplaçante, est-ce que parfois les patients, ils te demandent un second avis, ou est-ce que des fois ils te demandent de juger ce que fait le médecin habituel ? En disant : "Ben vous savez la dernière fois le médecin il m'a donné ça, vous en pensez quoi ?" Est-ce qu'ils font cette chose ?

-Ils me demandent pas trop de juger. Ce qu'on m'a déjà demandé, c'est... des gens qui viennent et qui me disent : "Vous croyez pas qu'il y a des médicaments que je pourrais ne pas prendre ?" Et puis il me dit : "J'ai déjà demandé à mon

docteur et il m'a dit qu'il fallait que je les prenne tous, qu'est-ce que vous en pensez ?" Ça ça m'est déjà arrivé.

-D'accord.

-Après, juger ce qu'avait pu faire le médecin, je pense que c'est plutôt dans l'autre sens que ça se passe. Après ils demandent au médecin de juger ce que j'ai fait. Certainement.

-D'accord.

-Ça je pense qu'ils le font.

-D'accord d'accord. Alors autre tabou, générateur de non-dit, tout ce qui touche aux problèmes génitaux, quel... quel doit être l'abord du médecin ? Comment on en parle, ou comment on aide les gens à en parler ?

-Comme ça, dans le flou, ben... Je sais pas. En général, moi je dis que je suis médecin, que je m'occupe aussi de ces soucis-là, et que, et que c'est une partie comme une autre, et que donc il n'y a pas à avoir de honte vis à vis de ça, et que, s'il y a un problème de ce côté-là, je peux m'en occuper, voilà. Euh, mais...

-Est-ce que ça arrive que des patients déclarent un problème et qu'ils souhaitent pas trop trop être examinés ? Patient ou patiente...

-Oui. Oui, c'est souvent. C'est souvent d'ailleurs qu'ils s'attendent pas à être examinés. Je pense qu'il y a beaucoup de médecins qui, qui n'examinent pas les patients. Ils viennent pour tel problème, et puis ils vont leur dire : "Bon ben prenez ça" ou "Faites ça", mais sans les examiner, parce que souvent quand je leur dis : "Ben je vais regarder", ils me regardent avec des gros... "Ah bon ! j'avais pas prévu ça !" Je leur dis : "Ben oui c'est peut-être déjà la première chose à faire, c'est qu'on regarde", bon alors... C'est déjà arrivé chez des gens qui voulaient vraiment pas, que je dise "Bon ben prenez ça, mais vraiment si ça marche pas vous revenez et on regarde."

-D'accord.

-C'est déjà arrivé. Mais la plupart du temps ils acceptent quand même mais il y en a beaucoup qui sont gênés.

-D'accord. Euh... Alors, un domaine : l'inobservance. Est-ce que les patients... ils en parlent ? Est-ce qu'on peut le suspecter ?

-Ben le suspecter c'est possible : "Celui-là, c'est pas possible ou quoi, il a dix mille médicaments pour la tension, il a toujours de la tension !," Ça m'arrive de poser la question, je dis : "Écoutez est-ce que vous prenez vos médicaments?" Bon voilà. Après, il y a des gens, beaucoup de gens qui le disent. Qui disent : "Bon, y a des oublis", il y en a aussi qui veulent volontairement pas les prendre, moi c'est souvent que je renouvelle les ordonnances, et puis ils me disent : "Ah ben oui mais celui-là, oh, je le prends pas d'trop", mais je présume qu'il y en a d'autres, plein. Puisqu'il y en a qui me le disent, je présume qu'il y en a plein d'autres qui les prennent pas mais qui me

le disent pas. Bon après est-ce qu'il y a moyen de suspecter, honnêtement...

-...ou de démêler ceux qui sont pris, pas pris...

-Ben après quand on a une suspicion on peut toujours poser la question. Mais je pense qu'après... je vois pas non plus l'intérêt du patient de mentir, de dire : "Je les prends" s'il les prend pas. Il faudrait pour le coup être un petit peu tordu quand même. Je vois pas trop l'intérêt. Mais par contre suspecter que le patient le prend pas, à part si effectivement on a des mauvais résultats cliniques ou biologiques, et qu'on est amené à se poser des questions, en disant : "Je comprends pas vous avez déjà dix mille traitements pour le diabète, et ça baisse pas, c'est bizarre, qu'est-ce que vous faites ?" Là je vais poser la question pour savoir s'ils les prennent, mais sinon je vois pas trop ce qui pourrait me... me faire penser qu'ils les prennent pas, je...

-D'accord.

-C'est difficile, quoi. Ce qu'on peut suspecter souvent c'est qu'il y en a qui en prennent trop, parce qu'ils reviennent trop souvent, ça c'est facile (*sourire*). Mais dans l'autre sens c'est plus difficile... Dans l'autre sens c'est plus difficile.

-D'accord. Alors, par rapport à ce qui touche à l'inconscient des patients, euh, est-ce qu'il y a des phénomènes qui relèvent de l'inconscient qui sont apparents parfois pendant les consultations ? Par exemple, euh, des choses qu'ils transfèrent sur leur médecin, ou des choses comme ça... Est-ce que tu penses que des fois, on peut le voir ?

-Des choses inconscientes au patient ?

-Ouais, des choses qui sont inconscientes, à l'intérieur du patient, qui par exemple... Bon par exemple le transfert qu'ils font sur leur médecin : c'est l'image de ma fille, c'est l'image de ma sœur... ou des choses comme ça. Est-ce que ça on le ressent en tant que médecin ?

-... Euh... Y a des choses qu'on ressent, mais, est-ce que c'est vraiment inconscient pour le patient, j'en sais rien. Alors là, je sais pas trop quoi dire. Euh, je, j'ai du mal à voir concrètement ce que ça pourrait être. Ça me paraît un peu trop abstrait pour moi. Je sais pas, je sais pas trop comment te répondre.

-Un patient disons, qui, qui a une réaction, qui est animé par des phénomènes inconscients, par exemple, euh, ça peut être multiple, mais des choses qu'il ne s'avoue pas vraiment à lui-même quoi.

-Oui, bien, probablement, je veux dire, y a des choses qui, ne serait-ce que, je sais pas, des tas de patients qu'on voit pour des problèmes de douleurs à droite à gauche, et on se rend bien compte que c'est certainement lié à de l'anxiété, des problèmes, bon, on sent que le patient effectivement, s'en rend pas compte, pas avant qu'on lui en parle, ça je pense que c'est très souvent, ça arrive très fréquemment. Euh, oui, il

y a des choses dont on peut se rendre compte, effectivement, qui sont pas, oui oui, c'est vrai que... On a une patiente, là, 'fin je dis on parce que je pense que je la vois chaque fois que je consulte, elle consulte à peu près tous les jours, mais elle se rend pas compte que c'est à cause de tout ce qu'elle a vécu, pourtant c'est pas faute d'essayer de discuter avec elle, mais je pense que... elle, elle met tout ça sur le compte de vraies pathologies organiques, qui ne le sont pas, qui sont plus ou moins psychosomatiques, et oui je pense qu'on peut se rendre compte de certaines choses qui sont inconscientes aux patients.

-Et est-ce que les patients euh, ils se rendent compte de certains mouvements inconscients qu'il y a chez le médecin ?

-(en riant) faudrait leur poser la question ! Euh, ben... Je pense que certains patients qui peuvent être peut-être, qui peuvent avoir une sensibilité particulière, ou peut-être une intelligence... plus importante, je sais pas, ou qui, qui sont peut-être moins axés sur eux-mêmes, parce qu'en général au cours d'une consultation, ils viennent nous parler de leurs problèmes, donc ils sont pas là pour identifier tout ce qui se passe chez le pat... euh chez le médecin, donc oui il doit y avoir des choses qui peuvent être perçues, y a pas de raison.

-Ça arrive qu'ils perçoivent des, je sais pas, des réactions d'exaspération de ta part, d'impatience, je ne sais quoi ?

-Ouais, sans doute, sans doute, il y a des jours où ça doit être, ça peut peut-être m'arriver de pas être très discrète (*rire*) et donc probablement qu'ils peuvent s'en rendre compte, pis bon, 'fin, peut y avoir de l'énervement, de l'agacement, de la... Oui oui, ça je pense qu'il y en a qui doivent les percevoir.

-D'accord. Alors, quand dans une consultation un patient, il tend une perche pour parler d'un sujet qu'il a pas forcément abordé auparavant, la réaction du médecin, ça doit être quoi ? Est-ce qu'il faut saisir cette perche-là ? Est-ce qu'il faut la saisir tout de suite ? Après ?

-Ben, en général je pense que s'il tend une perche, c'est qu'il a envie qu'on l'attrape, donc en général oui. C'est bien de la saisir, bon après, en pratique, c'est peut-être pas toujours, c'est peut-être pas toujours évident, on peut peut-être éventuellement mettre un petit mot dans le dossier et puis après voir, en reparler plus tard, même si je pense que s'il l'a fait à ce moment-là, c'est peut-être toujours bien au moins d'amorcer le débat, quoi, quitte à ne pas tout faire ce jour-là, mais à reporter un petit peu à plus tard, mais je pense que c'est bien de saisir la perche qui est tendue. Il y a peut-être des choses qui vont revenir, et qui reviendront pas avant très longtemps, donc quelque part c'est peut être dommage de laisser passer le bon moment.

-D'accord. Et parfois, malheureusement c'est en fin de consultation, quand on n'a pas le temps.

-Oui.

-Alors dans ce cas-là ?

-Ben, c'est toujours pareil, ça dépend du sujet, bon y a des tas de sujets qui sont pas...

-Urgents ?

-...qui sont pas urgents ou gravissimes, donc bon, je vais dire, quelqu'un qui dirait d'un coup, sur le pas de la porte, on a fini la consultation, qui me dit : "Au fait il fallait que je vous dise, j'ai un problème avec l'alcool", je vais lui dire : "Bon ben écoutez c'est bien, vous avez envie d'en parler etc., reprenez rendez-vous dans quelques jours et puis on s'en occupera."

-D'accord.

-Après je pense que ça sert à rien de faire : "Non non attendez, j'ai fini ma consultation, on en parle pas" comme ça (sourire). Bon voilà.

-Et, d'une manière générale, la bonne attitude pour aider les gens à parler, pour explorer le non-dit, est-ce que c'est quelque chose qu'on peut apprendre ? Est-ce que c'est quelque chose qu'on a en soi ?

-Je pense qu'il y a certainement des gens qui l'ont en soi, à la base, de manière plus ou moins prononcée, mais je pense que ça peut s'apprendre, c'est comme tout, il n'y a pas de raison. Ça peut s'apprendre, il doit y avoir des attitudes, des choses qu'on peut faire, des gestes pouvant mettre à l'aise, une attitude, des mots qu'on peut avoir, non je pense que ça peut s'apprendre, on nous apprend bien à faire l'annonce d'un diagnostic difficile. Je pense qu'on peut apprendre à écouter mieux les gens, mais il y aura certainement toujours certaines personnes qui auront une aisance plus facile que d'autres.

-Et, apprendre à explorer ce que les patients ne disent pas, ou pas facilement, ça peut avoir un réel bénéfice ?

-Et ben, euh, oui, probablement. Je... Pas tout mais je pense que ça peut apprendre à comprendre certains modes de fonctionnement de patients, justement ça peut nous aider à mieux les traiter, à mieux les... Si on comprend ce qui se passe, ou si... même pas forcément, le but c'est peut-être pas toujours à nous parler des choses dont il ne veut pas parler, parce que je pense qu'il y a des gens qui ne veulent pas, bon voilà, mais peut-être qu'au moins nous ça nous permettrait, si on comprend ça, de mieux les comprendre, et une fois qu'on les comprend mieux, de mieux les soigner en général.

-D'accord.

-Donc ouais, je pense que c'est bien, c'est certainement bénéfique, pouvoir avoir cette capacité-là.

-D'accord. Et bien merci beaucoup. C'est très bien.

-Je t'en prie.

Dr I

Profil : médecin masculin, seconde moitié de carrière.

Conditions d'exercice : Exercice en ville, à Saint-Dié-des-Vosges. Associé à un généraliste, une gynécologue. Deux secrétaires. La salle de consultation est une pièce carrée, unique. Consultations sur rendez-vous uniquement. Volume horaire plutôt supérieur à la moyenne, consultations de 15 minutes.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 31/10/2012, dans son bureau, au calme, sans contrainte de temps.

Durée : 41 minutes

-Voilà, donc j'ai déjà fait un certain nombre d'entretiens, y compris avec (son associé), euh, juste pour commencer j'aimerais savoir... revoir comment vous organisez la semaine de travail. Vous travaillez uniquement sur rendez-vous ?

-Sur rendez-vous, oui.

-D'accord.

-Sur rendez-vous uniquement

-Et vous travaillez quels jours ?

-Alors je travaille temps plein lundi, mardi, jeudi, vendredi, et euh, le samedi, un samedi sur deux. Et uniquement le matin.

-D'accord.

-Alors, je travaille le mercredi matin, mais là je fais des permis poids lourd.

-D'accord. Et comment, euh, vos horaires... en gros ?

-Mes horaires, donc. Jour par jour ou alors ?

-Euh, ben un ordre d'idée. De quelle heure le matin à quelle heure le soir ?

-Généralement je travaille de huit heures à... souvent une heure. Et je reprends à deux heures, et je vais, euh, ça m'arrive souvent de terminer, il est vingt et une heures, vingt-et-une heures trente.

-D'accord.

-Grosso modo, parce que samedi des fois on peut aller jusqu'à treize heures.

-D'accord.

-Samedi matin.

-Et, euh, qu'est-ce que vous faites de la médecine non conventionnelle, type homéopathie...

-Alors, j'en f..., je trouve que j'en fais de plus en plus parce que ça m'intéresse : homéopathie, aromathérapie... phytothérapie moins, mais j'en fais. Et de l'allopathie.

-D'accord.

-Sans me prévaloir d'un titre... d'un titre par rapport à tout ça. Bon surtout l'allopathie.

-Oui oui oui. D'accord. D'accord, donc, bon, ma thèse à proprement parler elle, elle porte sur le non-dit. Ce qui m'intéresse c'est d'essayer de cerner ce que les gens ne disent pas ou pas

facilement en consultation, et comment l'explorer, et quel est, ou quel devrait être le non-dit du médecin. Euh, vous, de votre expérience, est-ce qu'il vous semble qu'il y a beaucoup de choses qui restent, qui restent secrètes, non-dites, ou est-ce que les patients à l'inverse se confient facilement ?

-Alors il y a une chose, c'est que parfois y a des gens qui viennent me consulter pour quelque chose de, totalement, euh, banal, comme une rhinopharyngite, et quand on l'examine, la rhinopharyngite elle est même plus que terminée, et on imagine bien qu'il y a quelque chose derrière, mais on ne sait pas, mais je ne sais pas. Donc je ne sais pas et donc tout l'art ça va être de savoir ce qu'ils vont me dire après. Généralement, ça se fait quand on a terminé donc l'entretien, quand on a terminé donc l'examen, qu'ils mettent la main sur la clenche, qu'ils disent : "Au fait docteur j'ai... encore un problème" donc ça c'est pour les hommes un problème de... Problème d'érection. Ça c'est pour les hommes. Et pour les femmes... pour les femmes c'est souvent des... c'est souvent des, des, des problèmes qui ont trait à la ménopause ou des choses comme ça.

-D'accord.

-Et ménopause ça veut dire, bon, frigidité, des choses qu'elles... qu'elles ont du mal à nous dire. Et, et, il y a une raison à ça, c'est parce qu'elles ont souvent peur qu'on les examine, et qu'on fasse un examen gynéco. Souvent, donc ça c'est des choses avec les leucorrhées, c'est la même chose avec les pertes de sang vaginales, elles en parlent toujours en fin de consultation, quand elles ont terminé de se rhabiller.

-D'accord.

-Donc ça c'est le...

-Et votre réaction dans ces situations-là ?

-Eh bien... eh bien pour les femmes, pour les femmes, comme je sais qu'elles ne veulent pas qu'on les examine, j'essaie de voir ce que je peux faire en tant que médecin traitant, tout en les incitant... en leur incitant à voir le gynéco si jamais ça s'aggrave. Quant aux hommes, quant aux hommes, je leur explique, bon, j'essaie de leur expliquer ce qu'il en est, ce qu'il en est de leur impuissance et ce que l'on peut faire. Et généralement, ce que je... je me permets de leur demander de faire un examen cardiaque, cardiovasculaire, ça va me laisser du temps pour préparer la consultation... d'après.

-D'accord.

-Et comme ça si je peux, bon si y a pas de problème cardiovasculaire, je peux leur prescrire des médicaments adaptés.

-D'accord. Et est-ce qu'il vous semble que dès le début quand ils rentrent, on peut suspecter qu'il y avait quelque chose derrière ?

-Oui, parfois oui. Pas toujours mais de temps en temps oui.

-Et quand on peut le suspecter c'est sur quel type d'élément ? C'est sur leur attitude ?

-Leur attitude gênée un peu. Le fait qu'on va parler de choses et qu'elles sont pas satisfaites de ce qu'on leur apporte, donc c'est pas ce qu'elles veulent. C'était pas le but de leur... Tout en sachant que la femme est bien plus... elle est plus directe que l'homme, donc elle va droit à l'essentiel, en ce qui concerne la femme plus que l'homme.

-Et est-ce qu'il vous semble que des fois elles viennent, elles se disent : "Je vais peut-être lui en parler", la consultation se déroule et puis finalement, elles osent pas, elles franchissent pas le pas, elles osent pas en parler ?

-Ah, des fois oui, mais bon ça c'est, ça c'est qu'un ressenti que je peux avoir, mais bon c'est tout.

-Et si vous avez ce sentiment, est-ce que vous allez un petit peu fouiller, dire... ou est-ce que vous laissez les choses se faire naturellement ?

-Ah non je laisse les choses s'installer. Je laisse les choses s'installer sauf s'il y a une phrase... une phrase qui va me permettre de rebondir sur une situation donnée. Mais sinon je, non, je vais pas essayer de... d'en savoir davantage et plus.

-Et quand, quand il y a une phrase comme ça, qui laisse penser qu'il y a un petit quelque chose en dessous, vous rebondissez dessus en fait ?

-Ah oui, j'essaie, bon, par une petite phrase. Bon si elle accroche c'est bien, si elle accroche pas, j'insiste pas plus.

-D'accord. D'accord, vous insistez pas...

-Non d'autant plus que les consultations à l'heure actuelle sont des consultations longues, hein, qui peuvent être longues parce qu'il y a beaucoup de choses qui sont abordées, et donc bon...

-Et alors quand il y a un élément comme ça qui est mis à jour dans une consultation, un problème génital, sexuel etc., vous prévoyez une consultation suivante qui...

-Alors quand c'est dit, quand c'est dit oui, quand c'est pas dit, non. Je, je, bon... on termine la consultation, la personne part, et puis si c'est pas dit, elle le garde pour elle, c'est elle qui reviendra si elle veut en parler. Quand c'est un homme et puis qu'il me parle de son problème de, d'impuissance, à partir de ce moment-là, je l'invite à voir le cardio, donc je lui demande de prendre rendez-vous, et mon système c'est de, à partir du moment où il a pris rendez-vous avec le cardiologue, de faire la lettre après, donc ça me laisse le temps, de voir...

-D'accord. Vous signalez dans la lettre ?

-Ah oui, je le signale. Mais la lettre je la fais pas tout de suite. Il prend son rendez-vous, donc je sais s'il a mordu à l'hameçon. Si... C'est-à-dire que s'il prend pas rendez-vous, on se reverra certainement et on en parlera la fois suivante. Et ça ça veut dire qu'il est pas encore prêt.

-D'accord. Et, quand, donc, quand vous vous revoyez la personne, vous, vous procédez comment ? Vous prenez un rendez-vous d'une durée normale ? Ou vous prenez un rendez-vous d'une durée plus longue quand il s'agit de parler de ces choses-là ?

-Je... non, non, ...une consultation normale.

-D'accord, une consultation normale. Et vous l'abordez dès le début de la consultation, la fois où la personne revient ?

-Quand il a été voir le cardiologue oui, quand il a pas été voir le cardiologue non.

-D'accord.

-Non parce qu'a priori, ça c'est un problème qu'il va m'exposer ou qu'il m'exposera pas, s'il est intéressé par ce qu'on pourrait faire pour lui à ce sujet.

-D'accord.

-Par contre je sais jamais si les problèmes d'impuissance c'est un problème d'impuissance, ou je sais pas toujours, si c'est un problème d'impuissance parce que le monsieur a connu quelqu'un, ou connaît quelqu'un en dehors de sa femme. Ça je demande pas.

-D'accord. Ça vous respectez.

-Ça je respecte. Donc je sais pas. J'ai en tête plusieurs personnes qui ont eu une sexualité un peu plus importante, et donc je sais pas si c'est pour sa femme ou si c'est pour quelqu'un d'autre. J'en sais rien, mais je peux subodorer.

-Et vous estimez que le médecin n'a pas à pénétrer dans cette sphère-là.

-Je crois pas, non. Si la personne l'aborde pas, ça ne me regarde pas.

-D'accord. Et, est-ce que vous pensez que, y a quelque chose dans votre attitude qui facilite le fait que les gens vous parlent de ce genre de problème ?

-Quand... Oui, je pense que oui. On peut avoir une attitude par rapport à ça. C'est-à-dire que si on l'aborde comme si c'était quelque chose de très ban... 'fin pas banal, comme si c'était quelque chose que beaucoup d'hommes ont, ça se passe mieux que si on lui fait comprendre que, bon, on a pas l'habitude de traiter ce genre de problème. Donc quand il voit qu'on est à l'aise et puis que (raclement de gorge) ça va pas être pour nous un sujet tabou, qu'on peut en parler d'une façon très simple, et puis qu'on peut aborder les choses les unes après les autres, les gens sont peut-être plus à l'aise après.

-D'accord, un peu normaliser leur état.

-Ah, ça va normaliser le, la discussion qu'on va avoir. C'est-à-dire que lui il était déjà dans le, il se frottait les mains en se disant : "Mais comment je vais pouvoir lui annoncer ça", en disant : "Qu'est-ce qu'il va, qu'est-ce qu'il va...qu'il va... comprendre par rapport à ça, qu'est-ce qu'il va s'imaginer ?" Donc là après, bon.

-Est-ce que des fois vous suggérez qu'il peut y avoir un problème ?

-Ah oui, des fois oui, ça m'est arrivé. Ça m'est arrivé de demander s'il n'avait pas des problèmes quand il avait des rapports avec sa femme, ou des choses comme ça.

-D'accord. Et est-ce que... ouais....

-(en essayant de deviner) Est-ce qu'on peut penser que c'est pour une autre femme aussi ? Non ?

-Oui.

-Des fois, des fois, je... je peux lire entre les lignes, mais je vais pas aller jusque... Jusqu'à un interrogatoire policier.

-D'accord. Et, ce genre de situation, c'est un des aspects de l'exercice qui vous plaît ? Spécifiquement ?

-Ah non, non non, je n'en tire aucun plaisir, mais je me dis que c'est dans mon rôle.

-D'accord.

-C'est dans mon rôle de médecin. Mais non, non non. J'ai pas le plaisir de savoir que... il y a peut-être des choses qui se passent dans son couple...

-Ah non, je parlais pas de quelque chose d'indiscret, je parlais pas de quelque chose d'indiscret !

-On est d'accord.

-Je parlais, est-ce que le fait de mettre à jour quelque chose que les patients, euh, disent difficilement, ça vous plaît plus que de soigner la simple rhinopharyngite ?

-Euh, ça dépend sur... ça dépend si on a le temps d'en discuter ou pas. C'est tout. Quand on a une consult', quand on a une salle d'attente qui est bondée, et puis que bon, on a eu deux trois cas comme ça, on préfère soigner une rhinopharyngite... (souriant) parce que sinon on cumule le retard et puis c'est pas toujours facile.

-Alors justement il y a plusieurs médecins qui me disent que le problème pour explorer ce que les patients ne disent pas facilement c'est le manque de temps. Est-ce que vous pensez qu'il y a une solution ?

-Non il n'y a pas de solution.

-On peut pas en arriver plus vite au fait ? Ça c'est un peu incompressible ?

-Ah non non non, parce que ça ferait vraiment interrogatoire policier, ça serait stéréotypé. Chaque patient est différent donc... on peut pas, moi je pense pas. Mais par contre essayer d'insérer ces consultations-là dans d'autres consultations où on a une angine à soigner, une rhinopharyngite à soigner, ça, ça va. Mais on s'aperçoit que les journées longues, c'est finalement les journées où on a eu deux, trois, quatre personnes comme ça.

-D'accord. Est-ce que vous pensez que les... d'une certaine manière, quand on est à l'aise dans cet exercice de facilité, comment dire, de parler de choses difficiles, on se forge une espèce de réputation auprès des patients, que "Lui c'est un médecin auprès de qui on peut parler de ce genre de choses" ?

-Oh je pense que ça doit exister, mais c'est pas comme ça que je le vois. Mais de toute façon je sais que les patients vont choisir leur médecin en fonction de ce qu'ils sont capables de donner. Y en a qui savent écouter, y en a qui savent traiter, y en a qui sont "techniques", qui vont, qui vont, qui vont avoir une notion d'ostéopathie ou quelque chose comme ça. Donc les patients vont voir... Avant que le médecin traitant n'existe, je me suis aperçu d'une chose c'est que les gens avaient des fois trois médecins. Le médecin de la rhino, le médecin qui fait de l'ostéopathie, le médecin qui fait de l'homéopathie. Et en fonction de ce qu'il voulait il allait voir tel médecin. Y avait aussi le médecin, y avait le médecin qui arrête facilement.

-(rire)

-fin qui arrête facilement, mais qui n'oppose pas systématiquement un *niét* devant un arrêt, un arrêt maladie qui était demandé. Donc je sais pas si...

-Non non y a pas de soucis. Euh, alors bon, là on a surtout parlé de problème génitaux, y a d'autres domaines qui sont source de non-dit, je pense par exemple à ce qui est relatif à la cancérologie. Les patients ne posent pas toujours trop de questions, ils sont pas toujours au courant de leur diagnostic. Est-ce que, est-ce que vous pensez qu'on doit jouer cartes sur table dans ce domaine-là. Est-ce qu'il y a des choses dont au contraire il est nécessaire que ça reste...

-Alors là il y a deux notions. Il y a la personne qui arrive, qui pense avoir un cancer, et qui nous le dit pas. Et qui nous dit : "J'ai mal ici, j'ai mal là..." Donc nous on va examiner, on dit : "Il y a rien", on sait toujours pas à quoi elle pense, si elle pense à un cancer bien précis, c'est souvent le rein, ça peut être le sein, ça peut être ces choses-là, mais c'est pas dit. Et donc petit à petit, on va l'examiner, on trouve rien, et puis en l'interrogeant on s'aperçoit qu'il y a cette notion de cancer qui la taraude, qui taraude la patiente ou le patient. Et donc là il me semble que, on aurait mieux fait de mettre tout sur la table...

-D'accord.

-...et puis essayer d'y répondre. Donc ça je suis confronté à ce problème et c'est des fois très difficile d'arriver à ce... au diagnostic qui était dans la tête de la personne. Bon, et puis essayer de lui dire si c'est ça ou si c'est pas ça. Bon alors le deuxième problème c'est quand moi je subodore un cancer. Généralement, généralement, je dis : "On va faire tel et tel examen pour pouvoir s'assurer qu'il s'agit pas d'un problème malin, ou bénin", je leur explique que le mot "tumeur" ne veut pas dire forcément "cancer", ça veut dire aussi que ça peut être bénin, que ça peut être malin, donc savoir ce que c'est comme tumeur, et puis à partir de là, leur dire : "Bon on essaiera d'aller dans telle et telle direction." Donc là j'essaie d'être le plus.... fin c'est pas le plus honnête, parce que tout le

monde est honnête par rapport à ça, mais de pas le cacher au patient.

-Et dès le stade où on cherche le cancer vous pensez qu'on peut dire : "On va faire une radio pour éliminer un cancer" ou on se réserve de dire le mot cancer et on dit : "On va faire une radio."

-Je préfère ce genre de...

-Plutôt "On va faire un radio."

-Si y a tous les éléments qui me font penser que ça peut être un cancer, bon j'essaie de dire, de dire les choses. Mais quand, non, quand je n'en suis pas sûr, non, je dis : "On va faire ça et puis on verra bien après s'il faut traiter, s'il faut pas traiter."

-Et parfois il arrive que le patient suspecte à juste titre qu'il a un cancer parce qu'il se rend compte qu'il est plus fatigué, qu'il perd du poids, qu'il a plus d'appétit, etc. Le patient y pense, le médecin y pense... Dans ce cas-là est-ce qu'on le verbalise ? Tant qu'on l'a pas trouvé ?

-À un moment donné ça va être tellement difficile, la conversation va être tellement difficile que ça va être verbalisé, on va verbaliser les choses. Et puis, je vais lui dire : "Mais à quoi vous pensez ?" et puis à partir de là on peut... on peut repartir sur de bonnes bases. Je peux très bien lui dire : "Effectivement la perte de poids, oui effectivement ça peut être ça, mais ça peut être aussi ça, et donc c'est pas forcément... un, c'est pas forcément... il faut pas aller forcément vers un cancer." Donc il faut, bon, voilà. Mais j'essaie de mettre les choses.

-Mais, je crois comprendre que vous dites que la conversation est plus simple quand on a bien verbalisé les choses.

-Ah oui ! Quand il n'y a pas de déni, oui. Enfin, c'est pas un déni dans ces cas-là.

-Un tabou plutôt ?

-C'est plutôt un tabou. Quand il y a un tabou de la part du médecin, de la part du patient, c'est sûr qu'on va pas dans le même sens.

-Et pour en revenir au cas de la personne qui craint avoir spécifiquement un cancer du rein, ou quoi. De votre expérience c'est plutôt des gens qui en ont plutôt dans leur entourage ? Ou qui ont vu ça à la télé ?

-Généralement ça s'est passé chez un copain, c'est une copine, dans la famille... Pas trop avec la télé, mais surtout...

...un membre de l'entourage.

-Oui, ça c'est clair.

-D'accord. Dans ce cas, en fait, pour le médecin, on avance un petit peu quand le patient a dit que s'il a peur spécifiquement du cancer du rein, c'est parce que son copain a eu un cancer du rein.

-Hmm hmm.

-Et ça ça prend du temps d'y arriver ? De finir par comprendre qu'en fait il avait peur de ce cancer-là pour telle raison ?

-Alors, ça ça va vraiment dépendre de la patiente ou du patient.

-D'accord.

-Parce qu'en fait des fois on tend des perches et puis on s'aperçoit que ça fonctionne pas. Et puis à un moment donné, elle va nous le dire, ou on va prononcer le, le... Mais on sait pas qu'en fait elle subodore un problème de cancer du sein. Ou du rein.

-Oui oui oui.

-Du sein c'est plus facile, chez la femme c'est plus facile, parce que c'est plus facile dans la mesure où il y a des dépistages, on peut très bien en parler, on a des supports techniques. Le rein c'est plus compliqué, parce qu'on en parle pas trop, parce qu'y a pas de dépistage, parce que c'est des fois c'est asymptomatique, bon ça arrive... Par contre, par contre, des fois il y a des gens qui ont eu des hématuries, et puis qui ne nous l'ont pas dit. En disant : "Ben, ah, c'est parce que j'ai mangé des betteraves." C'est arrivé ça. Et en fait c'était pas à cause de betteraves, c'était parce qu'elle avait eu une hématurie très franche, et donc là, ça aurait suscité de ma part des examens complémentaires que je n'ai pas faits parce qu'ils ne l'ont pas dit. Ça c'est, ça c'est difficile.

-Ça c'est le genre de sujet qui m'intéresse beaucoup : comment interpréter le fait que le ou la patiente n'ait pas dit qu'il y avait une hématurie ? Est-ce que c'est un oubli ? Est-ce que c'est du déni ? Est-ce que c'est une négligence ?

-C'est exactement la même chose que les Hémo occult. C'est-à-dire qu'on doit donner des Hémo occult à partir de cinquante ans et jusqu'à soixante-quinze ans à des personnes, et qui ne veulent pas faire cet Hémo occult de peur de savoir...

-La réponse...

-...la réponse, ou qu'ils ont peut-être quelque chose. Et donc le tout c'est de leur dire que même si c'était positif c'est pas forcément un cancer, ça peut être un polype mais qu'il faut l'enlever. Parce que sinon ça va devenir un cancer. Mais le tout c'est de savoir. Parce que les Hémo occult on s'aperçoit que les gens traînent, traînent, traînent pour le faire, et quand on les revoit et qu'on leur en parle, on s'aperçoit bien que, ils trouvent que c'est, que le procédé n'est pas intéressant... 'fin c'est pas qu'il est pas intéressant, ils ont un rapport avec les selles qui n'est pas tout à fait clair.

-D'accord. D'accord. Et au moment où le patient parle, donc pour en revenir à l'hématurie, au moment où il dit : "Ah ben oui j'avais eu une hématurie il y a un mois" il en parle de quelle manière ? En fait il a jamais oublié qu'il y avait cet épisode-là ?

-Il va dire, ben, parce que je peux peut-être trouver à l'examen clinique une petite douleur, des choses comme ça, je vais peut-être lui poser

la question : "Mais vous avez jamais eu d'urine rouges, de choses comme ça ?" et peut-être que là ils vont saisir l'occasion pour me dire : "Ben si, il y a un mois j'ai eu des, des urines rouges, mais j'avais mangé des betteraves."

-Et c'est tout à fait honnête ? Vous pensez que dans sa tête il se dit vraiment : "Les urines étaient rouges à causes des betteraves."

-Oui.

-C'est une espèce de défense, de défense inconsciente du patient ?

-Pour, pour pouvoir se protéger contre le cancer. Ça c'est clair. C'est d'autant plus vrai que la personne est en bonne santé. Ça le serait moins si la personne était pas en bonne santé. Je pense qu'on arriverait plus facilement à lui faire des examens complémentaires.

-D'accord.... Il y a un autre domaine qui est générateur de... de tabous, de non-dit, c'est les violences physiques et sexuelles. Est-ce que les gens, ils en, ils vous en parlent, enfin est-ce qu'ils en parlent à leur médecin ?

-Spontanément non. Spontanément c'est toujours "Je me suis cassé la figure dans les escaliers." Mais a priori quand on voit les lésions on s'aperçoit que c'est bien plus que les escaliers. Et si on a la malchance de voir deux fois, on dit : "Hum, les escaliers ont bon dos." Ça c'est...

-Alors il faut réagir comment, vous suggérez de réagir comment ?

...

-Est-ce qu'on met le doigt dessus ou est-ce que...

-Chaque fois que j'ai eu ce problème-là, ça c'est passé de la même façon, je lui en ai parlé, et puis c'est là qu'elle m'a dit, (c'est souvent des femmes), et c'est souvent que la femme va nous dire ce qui se passe, et donc on intervient, mais a priori après c'est hyper difficile, la limite entre le médecin traitant, l'intime et puis les rapports qu'elle va avoir avec son, avec son mari... C'est quand même un peu délicat. Mais bon. Souvent j'en parle quand je suis obligé de faire un certificat médical. Donc là j'en parle. Mais généralement quand elles en sont au certificat de coups et blessures...

-Elles sont déjà dans la démarche.

-...elles sont déjà dans la démarche de quitter l'agresseur.

-Et si on voit des lésions et que la patiente elle venait pour autre chose, si on lui dit : "Ha ben tiens, c'est curieux, vous avez un bleu là, et puis un bleu là..." est-ce que vous pensez qu'on doit aller un peu plus loin ? Elle va dire : "Bon je suis tombée dans les escaliers" ou je ne sais quoi. Est-ce qu'on doit dire, est ce qu'on doit avancer quelque chose comme : "Est-ce que c'était vraiment les escaliers ?" ou est-ce que vous pensez qu'on doit respecter ?

-Ah non moi je, je fais : "C'était vraiment les escaliers ?" et puis je vois bien ce qu'elle va me

dire. Et puis si elle me dit ça je vais bien noter au fond de ma mémoire, j'ai bien noté certaines choses qui me semblaient pas tout à fait logiques. Mais j'avoue que ça m'est pas arrivé très souvent.

-Et, je pensais aussi aux violences du passé, les violences que les gens ont eues dans leur enfance ? Est-ce que ça, après des années de suivi d'un patient, il le verbalise ? Souvent ? Rarement ?

-J'ai une personne qui m'a raconté, alors que la personne a quatre-vingts ans, qui m'a dit : "De toute façon j'ai été violentée par mon père, j'en ai jamais parlé, même pas à mon mari." Alors là le problème c'était est-ce qu'il fallait prendre en charge cette personne, alors qu'elle le vit... 'fin, qu'elle le vivait, qu'elle vivait avec, qu'elle vivait avec ce traumatisme, est-ce que, est-ce qu'il fallait aller plus loin ? On en a discuté ensemble et puis finalement la personne a dit : "J'en ai fait le deuil", mais je crois qu'on en était arrivé à ce stade-là, parce j'avais fait une réflexion et elle m'a répondu : "Mais... c'est exactement ça", voilà. C'était à partir d'une sensation que j'avais eue.

-Et il y a un bénéfice à... à comment dire, à "déballer" des choses du passé, comme ça, qui sont... ?

-Elle, elle était soulagée, mais je pense qu'elle ne voulait plus en parler, elle n'en a jamais reparlé, elle ne voulait plus en reparler. Mais elle était soulagée qu'au moins quelqu'un le sache. Donc après, c'est nous par rapport à cette position, est-ce qu'il faut dénoncer, est-ce qu'il faut faire quelque chose ? Bon maintenant il y a prescription...

-Oui. Et une patiente qui a besoin d'en parler... c'est un bon endroit, avec son médecin d'en parler, ça, des violences de son enfance ?

-Moi je pense que le médecin il est là pour mettre à jour le problème, mais après le suivi c'est pas nous qui devons le faire. Le suivi il doit être fait par des professionnels, qui ne sont pas forcément le médecin traitant. Qui ne doit pas être le médecin traitant parce qu'après les rapports sont faussés. Moi je suis persuadé que ça doit être un psychiatre. C'est le psychiatre qui doit prendre les choses en mains.

-Et ça vous arrive de poser la question de façon directe : "Est-ce que vous avez subi des violences dans votre enfance ?" ou est-ce que...

-Ça m'est arrivé. Ça m'est arrivé, ça m'est arrivé deux fois, deux ou trois fois, et donc à partir de ce moment-là, je renvoyais la personne chez le psy. Le psychiatre. En lui disant : "C'est à une tierce personne que vous devez vous adresser."

-Bon, d'une manière générale, sur les tabous en général, le médecin il doit respecter les tabous des patients, ou est-ce qu'il doit, il doit un peu essayer de creuser, ou est-ce que certains il doit essayer de creuser ?

-Moi j'ai l'impression qu'il faut, il faut bousculer les tabous quand les gens sont mal, il faut absolument les respecter quand les gens n'ont pas de demande. Parce que, je pense que soi-même on, soi-même on sait pas quelle attitude on aurait pu avoir, et quelle attitude on aurait... vers quel objectif on aurait été. Je sais pas. Donc non, là je pense qu'il faut... faut pas faire de l'inquisition.

-D'accord. D'accord, d'accord. Euh, alors, un sujet qui est complexe, les choses qui sont inconscientes, les mouvements inconscients qui animent le patient. Est-ce qu'il vous semble qu'ils sont apparents au médecin pendant la consultation ?

-A savoir ?

-Alors... (il rit) Je peux envisager une multitude de mouvements, mais par exemple le transfert que peut faire le patient sur son médecin. Concevoir son médecin comme l'image de son père, ou l'image s'il est plus âgé de son fils, etc. Est-ce que vous pensez que le médecin il ressent qu'il a une relation "comme si j'étais son père", "comme si j'étais son fils" ?

-Ah ça c'est clair. Ça c'est clair. Mais bon, a priori pourquoi pas... pourquoi pas... Ça va permettre de... Moi je suis persuadé qu'il y a des patients et des patientes qui choisissent leur médecin pour ça, ça c'est sûr. Et si ça fonctionne bien, c'est, c'est à cause du transfert. Mais le problème, le problème c'est que le médecin ne doit pas accepter le transfert.

-D'accord, il ne doit pas adopter ce...

-Ah non. Il a pas à adopter ce... il doit pas, il doit pas accepter le transfert sinon après la discussion est complètement faussée.

-Alors est-ce que d'une certaine manière on doit le décoder pour pouvoir le refuser ?

-Il faut le décoder, et il faut essayer de... de, de rejeter le transfert pour pouvoir rester à sa place.

-D'accord.

-Ça c'est, ça c'est... il faut, il faut le faire dans tous les cas.

-D'accord. Et est-ce que vous pensez qu'il y a aussi des réactions inconscientes qui sont chez le médecin, qui va contre-transférer sur son patient ? Du genre le traiter... "Je traite ce patient comme si c'était ma mère" ; "comme si c'était mon fils"...

-Ah non, ah non absolument pas, non. Pour moi non. Mais je suis conscient que j'ai plus d'affinités à soigner certaines personnes parce qu'il y a peut-être un transfert qui se fait par rapport à tel et tel, à tel et tel patient, oui. Mais, non, parce que si on devait soigner ses patients comme on soigne ses proches, ça serait une catastrophe. Parce que je crois que le rapport... Alors pour ça il y a différents médecins. Il y a des médecins qui soignent sans problème leur famille, il y en a d'autres qui veulent pas soigner leur famille, il y en a d'autres qui sont à mi-chemin de cette position, à savoir "Je traite les

choses les plus simples, des choses comme des angines, des infections", ça ils traitent facilement mais quand il s'agit de gros problèmes ils préfèrent ne pas l'aborder.

-Et, sans parler d'inconscient, d'une manière générale vous pensez qu'ils perçoivent l'état d'esprit du médecin, s'il est irritable, s'il est impatient aujourd'hui.

-Ah ça ils sentent parce que quand on est irrité, irritable, euh, ils le voient déjà, et euh, comment, qu'est ce qu'ils disent, ici dans les Vosges ils disent que... Je sais plus, y a une expression bien précise. Mais on le sait pas le jour même, on le sait que deux ou trois consultations après.

-D'accord. D'accord. Et, donc, pour en revenir d'une manière générale à ce que les patients ne disent pas facilement et qu'on peut essayer d'explorer, est-ce qu'on peut apprendre, est-ce qu'on peut apprendre à la fac, la manière de bien explorer, de bien l'interroger le patient, de l'aider à parler ?

-Non. J'ai pas l'impression.

-Alors est-ce que vous pensez que c'est inné par opposition ?

-C'est pas inné, c'est dans l...c'est dans les rapports qu'on peut avoir avec les gens, à savoir la façon dont... dont on va ressentir certaines choses. Mais ressentir trop de choses c'est pas bon non plus. Soit on est... Et c'est là où j'en, j'en, je pense qu'il y a une grosse différence entre les médecins qui sont formés à l'heure actuelle et les médecins formés il y a quelques années, voire quarante ans. Il y a quarante ans, des littéraires pouvaient devenir médecins, maintenant c'est beaucoup plus compliqué, et donc les médecins sont beaucoup plus des techniciens que des, que des ...Technicien ça veut dire médecin aussi, mais ils sont peut-être moins dans l'empathie, peut-être moins parce qu'ils savent très bien que l'empathie ça va leur prendre du temps, c'est chronophage.

-Euh, c'est un peu indiscret mais vous-même, vous vous situez comment entre le monde littéraire et le monde scientifique ?

-Ah ben moi c'est clair : (son collaborateur) technicien, moi je suis plus ... Je suis plus dans ce, dans cette, dans ce groupe-là. Mais attention, je crois qu'il faut les deux.

-Oui oui oui.

-Il faut être technicien et dans l'empathie. On est tous les deux techniciens et dans l'empathie, mais je pense qu'il y a, en pourcentage, plus de technicité de ce côté-là (en montrant l'autre côté du couloir), plus d'empathie ici.

-D'accord.

-Mais je pense que *grosso modo*, c'est comme ça, il y a ce groupe-là de médecins, et l'autre. Il y en a encore d'autres.

-Au cours d'une carrière vous pensez que ça évolue comment, cette manière d'aborder ces patients et ce qu'ils ne disent pas facilement ? Est-ce qu'on s'améliore ?

-Ça j'en sais rien. On est peut-être plus à l'aise et puis on connaît plus de choses. On est moins, on est peut-être moins dans le stress et l'angoisse, on a déjà vécu certaines situations, donc je pense que... Je pense que c'est plus facile quand on est plus âgé. D'abord, un, quand on est tout jeune il faut déjà faire ses preuves. Et puis après quand on est plus ancien, on sait déjà ce que le médecin est capable de faire, (*toux*) donc si on le choisit, c'est pour ses compétences propres. Tandis que le jeune médecin il a des choses à prouver, c'est comme ça que je le perçois.

-Et les patients il vous semble qu'ils se confient plus facilement auprès de vous aujourd'hui qu'au début de votre carrière ?

-Ah, je dirais pas ça.

-Non ?

-Je dirais pas ça. Je dirais pas ça, les gens... Non.

-Et vous sauriez me dire si votre manière d'aborder les choses a changé ? Au début quand vous suspectiez un problème dont ils ne parlaient pas, ou quoi ? Vous réagissiez différemment ?

-Euh...Moi je pense que tout, tout s'est joué sur le fait que je... quand on commence à discuter avec une personne, c'est très chronophage. Et donc ça, ça va dépendre du nombre de personnes qui se trouvent dans la salle d'attente. On n'est plus dans l'empathie quand on sait qu'on a cinq six personnes qui sont en train d'attendre patiemment, ou des fois impatientement dans la salle d'attente, et qu'il va falloir écluser toutes ces personnes. Donc on peut se permettre certaines choses...quand on est plus ancien, quand on est plus âgé, on peut se permettre plus de choses que quand on est jeune. Ça je pense. Bon, maintenant, donc c'est une façon de répondre à la question, à savoir, bon, on met en place des choses plus facilement quand on est ancien que quand on est plus jeune, parce que quand on est plus jeune on sait pas trop comment... Je sais pas, peut-être que c'est comme ça.

-Et vous avez pas remarqué spécialement qu'il y avait des sujets dont on vous parlait pas quand vous étiez plus jeune, dont on vous parle aujourd'hui ?

-Ah ben les impuissances, toutes ces choses comme ça, toutes ces choses taboues, dont on a parlé, ça quand on est jeune médecin on en entend pas parler.

-D'accord.

-Je crois que c'est pas abordé. Je crois que c'est pas abordé. Parce que la personne se dit : "Bon c'est le remplaçant, soit il est trop jeune, donc on en parlera avec le médecin quand il, le médecin remplacé, quand il reviendra."

-D'accord. Et il vous semble qu'un jeune médecin, il a une manière de faire parler les gens de ça ?

-Ah il y en a qui arrivent à le faire, mais parce qu'il sera plus dans l'empathie, que être technicien. Oui, mais bon, il y a des gens qui de toute façon, il y a des médecins qui laissent pas la possibilité au patient d'évoquer quoi que ce soit. "Bon, on fait ça" et puis voilà. "C'est comme ça et pas autrement." Donc les gens ont vite compris comment il va falloir procéder pour pouvoir obtenir ce qu'ils veulent. Soit, des fois, changer de médecin traitant. Ou alors, peut-être prendre une consultation pour parler de ce genre de choses. Mais alors dans ce cas-là c'est le patient qui prend l'initiative, et plus le médecin.

-Et être dans, bon, un petit peu plus dans l'empathie, vous faisiez allusion au fait que c'était un peu lié à une certaine culture littéraire, c'est aussi une histoire de caractère ?

-C'est... est-ce que c'est être littéraire ? Oui, c'est un problème, c'est, c'est inné en nous, ça. C'est, c'est inné. (C'est un pléonasme "inné en nous"). Mais dans la mesure où j'ai l'impression qu'on... on ressent peut-être plus de choses quand on est avec quelqu'un et on se dit : "Bon, là il y a peut-être un problème" et puis on essaie de l'explorer. Bon, il y a certains médecins qui ont peut-être pas cette façon de faire. Mais bon ça c'est perso...

-Oui oui.

-...c'est quelque chose que je ressens, par rapport à tout ce que j'ai vu auparavant.

-Très bien. Et bien je vous remercie.

Dr J

Profil : Médecin masculin, dernier tiers de carrière. Donne des cours au département de médecine générale, maître de stage.

Conditions d'exercice : activité rurale, associé à deux généralistes. Deux secrétaires.

Consultation sur rendez-vous uniquement.

Volume horaire dans la moyenne

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 11/12/2012, dans la salle de pause située à l'étage du cabinet. Ambiance décontractée.

Durée : 30' minutes

-Voilà, donc je fais une thèse avec le Dr Aubrège sur le, sur le non-dit.

-Oui... Qu'est ce que tu vas me dire sur le non-dit ? (rire)

-Ah... moi je vais pas vous dire grand chose, c'est surtout vous qui allez m'instruire. Alors, juste avant qu'on commence, pour recadrer un petit peu, j'aimerais que vous m'expliquiez comment vous fonctionnez au cabinet, sur votre manière de consulter. J'ai vu que vous consultiez uniquement sur rendez-vous.

-Alors, on est trois médecins. Trois médecins, de nombreux stagiaires. La stagiaire de ce matin avait une gastro, elle m'a appelé à huit heures moins le quart pour me dire qu'elle pourrait pas venir. Euh, et donc sur rendez-vous, chacun une demi-journée de visite par semaine. Visite à domicile. Et voilà. On a un secrétariat quasiment à temps plein. Non pas quasiment à temps plein, plus qu'a temps plein : deux secrétaires qui se partagent ça. Qu'est-ce que tu veux savoir d'autre ?

-Euh, donc vous fonctionnez uniquement sur rendez-vous, les consultations.

-Oui. Oui, on a un fichier commun, bien sûr.

-Quels jours de la semaine vous faites ?

-Moi ? Tous les jours sauf le mardi.

-D'accord.

-Sauf ce matin où j'ai consulté parce que le SASPASS était pas là. Moi je fais lundi, jeudi, euh, lundi, mercredi, jeudi, vendredi. Rarement le samedi, mais ça peut arriver. Notamment deux en décembre.

-Et puis vous faites aussi les enseignements à la fac.

-Bien sûr. Demain par exemple, la journée.

-Votre secrétaire m'a dit ça.

-Et je vois trois étudiants. Si c'est pas quatre. Après le, le séminaire.

-D'accord. D'accord. Et, en quantité ?

-En nombre d'actes ?

-... de rendez-vous, ou en volume horaire...

-En volume horaire moi je consulte de huit heures du matin à midi et demi, et de quatorze heures à... vingt heures. Et je fais en moyenne vingt-cinq actes par jour, sauf le mercredi après-

midi ou je fais des visites, et où là je fais quatre, cinq, six visites.

-D'accord. D'accord. Et vous avez toujours travaillé à B.

-J'ai toujours... enfin depuis que je fais de la médecine générale, j'ai avant été médecin scolaire. Mais depuis que je fais de la médecine générale ça a toujours été à Boulay. Pas toujours dans ce local-là.

-Vous avez fait de la médecine scolaire...

-Pendant un an... Pendant ma thèse... Tu sais la thèse ? Ça te dit quelque chose ? (rire)

-Ça me parle beaucoup. Ok. Bon alors pour rentrer dans le vif du sujet, donc je fais une thèse qui porte sur le non-dit. Tout ce qui n'est pas dit, tout ce qui n'est pas verbalisé pendant les consultations, ou alors ce qui est difficilement dit, pas facilement dit. Alors juste, si vous êtes d'accord avec cette définition que je vous propose, je serais tenté d'appeler non-dit tout ce qui n'est pas formulé explicitement, pour des raisons conscientes et inconscientes, pour des raisons multiples, des tabous, des angoisses, la méconnaissance du fonctionnement du corps, ce genre de choses.

-Mais, alors, juste pour clarifier ma pensée par rapport à ton projet... euh, y a le non-dit, donc y a le langage non-verbal, le langage du corps, et puis il y a le non-dit qui n'est jamais exprimé, et puis il y a le non-dit qui finit par sortir un jour ou l'autre...

-Alors, c'est tous ces aspects là qui m'intéressent. C'est tout ce qui n'est pas dit mot pour mot. Ce qui est non-verbal, ce qui est inconscient, ou alors qui sera dit mais après...

-Une longue maturation.

-...voilà, une longue maturation. Alors vous dans la pratique...

-Jamais.

-... ?

-Jamais, il y a des choses qui sont jamais dites.

-Alors vous dans la pratique il vous semble que c'est fréquent ce phénomène de patient qui parle difficilement d'un sujet ?

-(rire) C'est une bonne question que je te remercie d'avoir posée. (rire) Fréquent, c'est difficile à apprécier, ça. Et puis ça doit être plus fréquent qu'on le pense. Si on prend en considération le non-dit qui ne sera jamais dit, par définition on en connaît pas la fréquence. Alors après il faut bien distinguer ce qui est le langage non verbal, ça c'est tout le temps ! Les mimiques, les sourires, les crispations, voilà... le visage qui exprime des choses qui ne sont pas clairement verbalisées... C'est en permanence. Après, les pans de vie que le patient a pas trop envie de raconter, ou même ne pense pas à raconter, ça j'en sais rien. Ça existe mais...

-Et est-ce qu'il vous semble que des fois on peut avoir un ressenti qu'il y a peut-être quelque chose que le patient...

-Oui.

-Alors on le perçoit comment ?

-Alors... Et puis c'est une arme à double tranchant, ça, parce que... Quand j'étais petit j'ai fait du Balint. Tu connais Balint ?

-Ouais.

-Voilà. Je continue à en faire, d'ailleurs, mais beaucoup moins qu'avant. Et j'avais un fantasme quand je me suis installé, c'était de faire parler les patients. Et donc le non-dit ça se respecte aussi. Et donc, j'ai appris, grâce aux groupes Balint, que voilà, il fallait respecter l'intimité des gens, des patients, qu'il fallait leur tendre la perche, et qu'au moment où ils ont envie de dire quelque chose, au moment où ils ont envie de le dire, il faut être présent et disponible, ce qui est toute la difficulté, mais faut... voilà. On n'est pas chez le juge d'instruction. Et on n'est pas là pour les faire parler.

-Alors le médecin comment il peut savoir quand il faut faire parler... ?

-Jamais. "Faire parler" : jamais. (rire)

-D'accord. Pas "faire parler".

-Jamais "faire parler". Ça, c'est le juge d'instruction ou le policier qui fait une enquête. On n'est pas du tout dans cette problématique-là. On est, 'fin moi j'estime qu'on est dans une problématique que je suis... problématique où j'essaie de faciliter l'expression. Et j'aime bien la maïeutique, je sais pas si tu connais la maïeutique, c'est d'aider les patients à accoucher de ce dont ils ont envie d'accoucher à un moment donné.

-Alors il faut d'une certaine manière "tendre l'oreille" ?

-Il faut tendre l'oreille... il faut être à l'écoute... il faut respecter les silences... J'ai aussi appris ça au Balint. C'est que quand il y a un blanc dans la consultation, faut la laisser durer un quart d'heure, on est pas en psychanalyse, mais accepter qu'il dure... quinze secondes, trente secondes, c'est bien plus riche de réponses potentielles que de reposer une question fermée, voilà. Et dans le même genre, quand le silence dure un peu, plutôt que de reposer une question, si le silence dure, c'est que quelque part, le patient réfléchit. Simplement reformuler ce qui vient d'être dit : "Donc si j'ai bien compris, vous disiez que... votre papa était pas gentil avec vous", voilà... Et puis il y a toute la difficulté de la disponibilité du médecin. D'ailleurs moi je suis plus à l'écoute à huit heures du matin qu'à vingt heures le soir. Y a des gens qui adorent être à l'écoute tard le soir, moi je suis... Voilà, et puis, euh, voilà toutes les contraintes extérieures en termes de disponibilité d'esprit. Je parle du médecin, là.

-Alors, pour en revenir à, ce, ce "faire parler". Si vous vous suspectez quelque chose, vous vous dites, "Tiens il y a eu je ne sais pas quoi, des violences sexuelles dans l'enfance" ou quelque chose de ce genre-là, est-ce que vous allez

proposer, est-ce que vous allez dire : "Vous avez eu une enfance difficile ?" ou...

-Ça s'arrête là, oui. Je tends la perche, exactement.

-On tend, on peut tendre une perche...

-"Est-ce que vous souhaitez parler de votre enfance ?" ; "Est-ce que vous voulez dire quelque chose à propos de votre père ?" Parce que ça peut souvent être le père ou votre voisin, je sais pas quoi. Mais... Voilà. Pour avoir fait violence justement quand j'étais jeune installé, et avoir un petit peu sauté sur le patient (rire) en voulant le faire accoucher de ce qu'il a pas du tout envie de dire. Y a des patients qui m'ont raconté leur vie comme ça et que je n'ai plus jamais revus. C'est, c'est comme ça que j'ai pris conscience que j'allais trop loin, et qu'il faut pas ça. Et je ne fais plus ça. Je crois qu'il y a vraiment deux écueils : y a faire parler les gens. Et bien sûr l'autre écueil c'est les empêcher de s'exprimer quand ils en ressentent le besoin.

-Et vous pensez que ça va être nocif dans quel sens, si on les fait trop parler ? Et à l'inverse si on les fait pas, si on ne les laisse pas du tout parler. Ça va être mauvais dans quelle forme ?

-Les deux sont aussi délétères. Faire parler quelqu'un qui n'a pas envie de parler c'est du viol. On le force à avouer... voilà, on le dit : "Mais qu'est-ce que je suis venu lui raconter ça ? Et pourquoi il m'a fait dire ça ?". Inversement ne pas laisser des patients dire ce qu'ils ont envie de dire, ben ça peut empêcher une thérapie de fonctionner. Et quand je dis thérapie, on est dans la psychothérapie du généraliste. Pas de prétention. J'ai pas de prétention mais je rapporte quand même souvent... On a souvent des suivis conjoints avec des psychiatres, et régulièrement, en tous cas ça me frappe...

Quand des patients me racontent des choses un petit peu dures, comme ça, et que je leur dis : "Mais vous en avez parlé au psychiatre ?" Les gens me disent : "Ah ben non, alors !" (rire) Ça m'amuse beaucoup. Mais, bon, le problème c'est que moi je connais les patients depuis, depuis longtemps. Ce qui peut être un frein d'ailleurs ! Euh, voilà. (rire) Ce qui peut être un frein ou facilitateur, c'est ... en fonction des patients.

-Et les domaines privilégiés sur lesquels il va y avoir du non-dit ?

-Mais, je pense au patient d'hier, par exemple. Parce que le non-dit c'est pas, c'est pas forcément des violences sexuelles, hein. C'est une patiente héroïnomane. Et, en fait elle a rechuté, elle l'a pas dit aux deux ou trois médecins qu'elle a vus la dernière fois. C'est aussi le non-dit !

-Alors ben par exemple dans ce cas précis, par quelle attitude on peut éviter le non-dit, par quelle attitude ?

-Ben là c'est plutôt être en éveil ? Mais je lui ai dit : "Comment ça on a augmenté, pourquoi on a

augmenté les doses de buprénorphine ?” Elle m'a dit : “Ben parce que j'ai rechuté.” Mais elle l'avait pas dit, c'était pas... Je lui dis : “T'as dit ça au médecin que tu...” - “Ben non”. Ah, quelquefois il faut être à l'affût... Oui, c'est des trucs... c'est typiquement du non-dit, ça. Elle a pas envie de le dire. Les toxicomanes, c'est le problème de la toxicomanie en général, c'est pareil avec l'alcool, y a pas que l'héroïne.

-Et vous parliez de vos premières années ou vous aviez un petit peu trop tendance à faire parler les patients. Est-ce que ça vous est arrivé d'avoir, après quelques années d'évolution, de suivi, de découvrir un élément qu'un patient vous avait pas dit ?

-Ben par exemple des liens de parenté. Ici c'est une petite ville. Euh, je découvre quelquefois, après des années de suivi de deux familles, qu'elles sont apparentées.

-D'accord. Et vous pensez que ça, ça vous est... c'est un petit peu volontairement occulté ?

-Non, je pense pas.

-Et est-ce que c'est inconscient ?

-Je sais pas. Tous les cas de figure sont possibles. Ils peuvent ne pas en parler parce qu'ils pensent que ça n'a aucune espèce d'importance, ils peuvent ne pas en parler parce qu'ils sont pas très fiers de cette branche-là de la famille (*rire*). Tout est possible. Y a pas de cas général.

-D'accord. D'accord d'accord. (Nous tournons une page du guide d'entretien)

-Oui, reprends ton guide d'entretien. (*rire*)

-Et, est-ce que c'est par rapport, toujours sur les changements au cours de votre carrière, c'est quelque chose où on progresse au fil de sa carrière de médecin ? Est-ce qu'on s'améliore dans ce domaine ?

-C'est difficile de dire, parce qu'il y a plusieurs choses qui jouent. Y a des choses peut-être que le fait d'être plus à l'écoute, c'est possible, y a aussi l'âge. Et je pense qu'il y a des choses qu'on peut dire à un vieux docteur, qu'on dit pas à un jeune remplaçant. Donc, (*rire*) est-ce que le vieillissement du docteur est un progrès, je suis pas sûr. Mais certainement, ça me met en situation, par exemple les adolescentes, ou les jeunes adultes, où ils peuvent me, me situer dans une fonction plus parentale, voilà.

-Une espèce de transfert, ou de projection.

-Oui, bien sûr, tout à fait.

-Et ça, ça d'une certaine manière c'est, c'est positif ?

-Ah moi je pense.

-Ça facilite ?

-Moi je pense.

-Alors les patients ils vont parler plus facilement de certains domaines précis ? Vous avez une idée ?

-Oui, ben, je pense à autre chose aussi, je pense, (*rire*) tout ça est enregistré mais ça fait rien, je vais aller jusqu'au bout de ma pensée. Je

pense aux consultations avec les femmes. Je pense que tant que la séduction est en jeu... le jeu est un peu faussé. Et plus on vieillit, naturellement, moins la séduction opère, enfin opère, enfin est sous-jacente, enfin je sais pas comment dire, et donc plus les choses sont plus simples, enfin plus... Enfin voilà, sans arrière-pensées. Mais c'est peut-être une problématique à moi, ça.

-Non non, mais c'est très intéressant. Et par exemple est-ce que... je pense peut-être au domaine de, de la sexualité, des problèmes d'érection, des choses comme ça, vous pensez que les patients ils en parlent plus facilement à un docteur plus âgé ?

-Je pense. Je suis très frappé par la facilité avec laquelle (mais je dirai quelque chose après qui ira à l'encontre de ce qu'on vient de dire là), avec laquelle les hommes parlent spontanément de leur, de leur dysfonction érectile pour parler politiquement correct, y compris en présence d'un stagiaire, ou d'une stagiaire. Ça me surprend beaucoup, je suis pas sûr que si j'étais dans cette situation-là, j'aurais la même... la même spontanéité. Alors que les... on pose à chaque fois la question au patient de savoir s'il accepte les stagiaires, et mes patients savent bien qu'on fait aucune difficulté à ce que la stagiaire...

-Alors vous l'expliquez comment cette facilité à parler ? Est-ce que c'est votre âge ? Est-ce que...

-Oui mon âge.

... c'est les conditions d'entretien ?

-Je sais pas. Non mais ce qui m'étonne plus, c'est le fait que l... que la stagiaire, puisque les stagiaires sont souvent des jeunes femmes, ne soit pas un obstacle.

-Et alors justement, à l'inverse,...

-Oui ?

... est-ce quand on est plus jeunes il y a des choses dont, dont les patients parlent plus facilement, et après ils vont se dire : “Oh, ce médecin, il est trop âgé, il comprendra pas.”

-J'ai pas ce sentiments-là, mais peut-être que c'est... que je me voile la face, peut-être qu'il y a des choses que je vois pas. C'est possible, hein.

-Par exemple, bon c'est peut être un peu cliché, mais sur le, dans le domaine des drogues, vous avez pas l'impression que les patients parleront plus difficilement...

-Ça je crois pas ça, du tout ! Je crois pas ça du tout parce que je pose la question systématiquement, en tous cas à tous les nouveaux patients, du tabac, de l'alcool et des autres toxicomanies, mais tous les jours. Alors de temps en temps je repère des non-dits, c'est à dire de temps en temps je note que j'ai posé la question, que la réponse a été non, et puis dix ans après je m'aperçois que la réponse était oui. Mais je dis... non je dis rien, je ne dis rien. Mais, euh, y a quand même beaucoup de gens qui

consomment un peu de cannabis, y compris des gens... pas des gamins, pour se détendre le soir, enfin, plein plein. Et je crois que là, ce qui facilite les choses c'est que ce soit naturel : "Vous fumez ? Oui, non, combien ? Vous consommez de l'alcool ? Oui, non. Et cannabis, cocaïne, héroïne ?" Et, moi je crois que c'est plus une question de spontanéité dans le questionnement.

-La spontanéité ça aide à parler facilement d'un sujet qui en dehors pourrait être difficile?

-Moi je crois. Et c'est d'autant plus facile d'être spontané si on le fait tous les jours. Alors que si on sait pas comment aborder le problème parce que justement c'est la première fois qu'on va en parler, ça coince.

-D'accord.

-C'est pareil pour l'alcool.

-Et pour l'alcool, même chose il faut dem... enfin vous suggérez qu'on demande simplement au patient ?

-Je pose la question systématiquement.

Systématiquement, chaque fois qu'il y a un nouveau dossier, et chaque fois que le problème est évoqué, ça reste en alarme, tabac ou alcool, et quand je revois le patient, je lui dis : "Vous en êtes où par rapport au tabac ?" ou "Vous avez toujours pas envie d'arrêter ?" et pareil pour l'alcool : "Vous en êtes où par rapport à votre consommation d'alcool ?" et la réponse habituelle, qui est "Comme tout le monde", qui bien sûr est une échappatoire, là bien sûr je m'arrête pas à "Comme tout le monde" et je demande à préciser les choses. Et puis si les gens veulent pas, ils veulent pas. Mais habituellement...

- Alors justement face aux résistances ?

-Il faut les respecter.

-Il faut les respecter ? Quelqu'un qui veut pas parler de son problème d'alcool, on fait pas de forcing ?

- "Comme tout le monde" ; "Vous entendez quoi par "Comme tout le monde" ?" ; "Ben comme tout le monde", bon, ben voilà, on en restera là. Mais c'est rare. Le plus souvent c'est : "Comme tout le monde : trois verres le matin, trois verres le midi, trois verres le soir, plus un digestif avant d'aller me coucher."

(rires)

-Est-ce que ça s'apprend la manière d'interroger les patients sur les sujets difficiles, sur les sujets de non-dit ?

-Sans doute. Je sais pas.

-Ouais ?

-Je peux dire que moi j'ai affiné ma technique comme ça, au fil du temps. Je suis convaincu que ça s'apprend, bien sûr.

-Les groupes Balint justement ?

-Les groupes Balint, on apprend pas ça aux groupes Balint, on apprend plus à savoir comment on fonctionne. Plus qu'à comment dialoguer avec un patient. Moi je suis convaincu

qu'il y aurait beaucoup de choses à faire là, avec des enregistrements vidéo, avec des glaces sans tain, bien sûr, bien sûr.

-Alors, vous parlez de comment on fonctionne, c'est un autre pan qui m'intéresse beaucoup : les non-dits propres du médecin.

-Bien sûr.

-Vous pensez qu'on doit s'interroger sur nos propres non-dits ?

-Bien sûr.

-Et sur nos propres tabous aussi ?

-Ben évidemment.

-Alors, en tant que médecin, on doit quoi ? On doit se demander quels sont ses propres tabous ?

-Pour ça Balint c'est quand même très bien, savoir comment on se situe par rapport... à l'alcool, bien sûr, les autres drogues, ma génération est moins concernée. Bien sûr que ça joue, comment on se positionne vis-à-vis de l'homosexualité, comment on se positionne vis-à-vis de l'euthanasie, comment on se positionne vis-à-vis de l'IVG... euh... comment on se positionne vis-à-vis de la religion. Enfin, je crois... ça intervient bien sûr.

-Et quand on voit que l'un de ces domaines par exemple que vous avez cités, est un petit peu sensible, ou qu'on a des idées... Si on se rend compte que sur un de ces sujets par exemple on a des idées arrêtées, comment vous suggérez qu'on réagisse... ?

-Moi je crois que spontanément les médecins ils trouvent des parades. Un médecin alcoolodépendant par exemple, y en a. Il parle pas alcool avec ses patients, hein... J'imagine. Un médecin homosexuel, il y en a aussi... ben là je sais pas ! *(rire)*

-Et sur le problème de la séduction, dont vous parlez tout à l'heure, un médecin il doit s'interroger sur ses propres relations de... inconscientes, enfin je pense, inconscientes de séduction avec les patients, ou...

-Oui. Attention à ça. Bien sûr.

-Est-ce que vous pensez qu'on doit s'interroger sur la... sur spécifiquement sur certaines relations avec certains patients ou certaines patientes ?

-Bien sûr.

-Et si on se rend compte qu'on a un problème dans un domaine particulier, bon, séduction ou autre, mais... comment on peut reprendre les choses en mains ?

-Alors, au Balint, quand j'ai fait du Balint régulièrement au début de mon installation, il y avait un des médecins du groupe Balint qui avait une personnalité hystérique (c'était pas moi) *(rire)* et il attirait les hystériques ! Et je sais pas comment lui a pris conscience de ça, mais enfin tout le groupe a très fortement senti qu'il se comportait comme ça parce qu'il était lui-même hystérique. Ça avait beau être un homme ça

n'empêche pas. Et il était en permanence dans la séduction.

-Et alors, alors quoi ? Il en a fait une espèce d'arme ?

-Alors je, je sais pas, il faudrait lui poser la question à lui, j'en sais rien. *(rire)* Mais c'est une arme à double tranchant ça ! *(rire)*

-Ces mécanismes qui sont plus ou moins inconscients, sur tous ces sujets-là, est-ce que les patients ils les perçoivent chez leur médecin ?

-Ça c'est un questionnement qu'il faut leur poser, je sais pas.

-Est-ce qu'un patient se rend compte qu'un médecin est alcoolodépendant, qu'il est homosexuel, qu'il est séducteur ?

-Oh je pense, oui.

-Oui ?

-Une patiente, ce matin. Ce matin, c'est pas vieux ! Une patiente, ça m'a frappé parce que c'est une patiente d'origine turque. Qui me dit : "Vous vous êtes fait couper la barbe !" C'est pas innocent comme... elle m'amenait son gamin, elle me dit : "Oh ! Vous vous êtes fait couper la barbe !" Ce qui est pas vrai du tout, je l'ai juste fait tailler chez le coiffeur. Euh, voilà, j'ai dit : "Oui, je l'ai fait tailler un petit peu", mais c'est pas innocent comme...

-Question ?

-C'est pas de la séduction, elle a trente ans et moi soixante, mais voilà, c'est... moi je pense que... voilà, c'est dans le non-dit...

-Il y a une autre forme de non-dit dont on a pas encore parlé, le non-dit du médecin. Quand on a une espèce de blocage avec un patient qui est antipathique, quelque chose comme ça, est-ce que le patient s'en rend compte ?

-Ben ça je suis très étonné de la capacité de résistance des patients. Il y a des patients dont je me dis : "Mais pourquoi il vient encore me voir ?" tellement il est antipathique, et je le fais sentir. Alors il y a eu quelques patients au cours de mon activité que j'ai renoncé à soigner, ou je leur ai dit : "Bon écoutez, je peux plus vous soigner", bon ça c'est marginal. Mais j'ai un ou deux patients en tête qui feraient bien de se soigner ailleurs. Et on est trois ici ! *(rire)*

-Et alors pourquoi il continue à venir ?

-Je ne sais pas. Enfin, quelquefois, des fois je sais. Il y en a un qui est clairement pervers, et il vient pour essayer de m'extorquer des informations sur son ex-épouse, que je soigne encore. Mais d'autres... et puis il y a l'hystérie aussi qui entre en jeu. Les hystériques jouent beaucoup avec les médecins. Et c'est "Je t'aime, moi non plus". C'est un jour "Vous êtes le meilleur des docteurs" et puis huit jours après "Vous êtes la dernière des crapules, et le pire des assassins."

-Donc parfois en fait, le patient se, se, se satisfait de cette antipathie plus ou moins affichée ?

-Oui, ou ils trouvent des bénéfices secondaires. Il y a un patient un jour qui a dit à une de mes remplaçantes, ou associées, je ne sais plus, "Le docteur ... il est vraiment très méchant", et c'est vrai que ce gars-là il m'insupporte, mais il continue à venir me voir. *(rire)* Il a tort ! Il a tort, moi je crois vraiment qu'il a tort. Et moi j'ai pas le courage de lui dire : "Mais oui je suis méchant avec vous, mais allez donc vous faire soigner par quelqu'un qui est gentil !" *(rire)*. Il y a une autre forme de langage de non-dit que moi je, je manipule beaucoup, c'est l'humour. C'est-à-dire le rire, le sourire, la plaisanterie... Voilà, alors après, c'est plus ou moins bien pris. Mais c'est plus fort que moi *(rire)* je changerai pas. Mais je crois que ça passe bien. Il y a une très jolie thèse sur l'humour, si l'humour est jamais dirigé contre le patient, si c'est pas de la dérision, de la moquerie.

-Et tout à l'heure vous parliez de communication non-verbale.

-Oui.

-Vous pouvez m'en dire un petit mot ?

-Bien sûr. Des mimiques, un visage qui se crispe un peu.

-Alors ça, en tant que médecin, vous pensez qu'on peut un petit peu regarder, analyser ?

-Ah oui, je crois. Et puis là c'est l'occasion de, de relancer la balle : "Ça a pas l'air de vous faire plaisir, ce que je vous dis", ou "Je vous sens triste". Sans, sans à nouveau jouer au psychiatre. En même temps la frontière...

-D'accord. Bon tout ça, c'est assez consommateur de temps, je pense, pendant les consultations, vous pensez qu'on peut réaliser ça de façon rapide ?

-Non, bien sûr que c'est consommateur de temps. Mais je crois qu'on exerce la médecine qu'on a envie de faire. On a les patients qui, à qui cette façon de fonctionner convient. Et puis les patients qui veulent du consumérisme, des actes en cinq minutes avec l'antibiotique à la sortie, c'est très bien, ils vont ailleurs. Mais les médecins savent pas ce qu'ils perdent, en se privant de ça.

-Et, est-ce que des fois, je suppose qu'on peut faire des erreurs d'interprétation quand on essaie de réfléchir ?

-Bien sûr. Il faut pas trop interpréter. Moi je suis...

-C'est pas "interpréter" qu'il faut faire ?

-Je crois pas, non... Je crois pas, parce que là on joue au psychiatre, et on se plante. Les psychiatres se plantent aussi, mais...

-Mais alors comment on utilise le non-dit, la communication non verbale ?

-Ben en essayant qu'elle soit verbalisée, en proposant qu'elle soit verbalisée. Mais c'est pas de l'interprétation, c'est "Voilà, ce que vous venez de me dire m'a l'air de vous attrister", c'est utilisé par le patient ou pas.

-Mais d'une certaine manière, quand vous parlez de tel patient qui est hystérique, tel patient qui a ceci et cela, y a quand même eu un travail d'interprétation de votre part pour que...

-Dans mon esprit quand je dis hystérique c'est un diagnostic, c'est pas de l'interprétation.

-Mais on en est pas loin, parce que c'est un diagnostic psychiatrique ?

-Oui, c'est un trouble de la personnalité, ou un type de personnalité. Moi j'appelle pas ça de l'interprétation... Y a pas que l'hystérie, y a les paranoïaques, y a les obsessionnels, y a les phobiques... et puis on est tous un peu tout ça à la fois. Euh... Les anxieux... (écoutant ce qui se dit en bas des escaliers) Ah, y a du gâteau aux pommes en bas ? (rire)

(un associé) -Là tu travailles pas, je te signale que t'as pas le droit !

-Je travaille, je fais avancer la science moi monsieur !

-Et d'une certaine manière, je pense, on a un peu parlé du non-dit du patient, du non-dit du médecin, vous pensez qu'il y a un dialogue entre les deux ? Qu'il y a un dialogue entre ces... ?

-Entre non-dit et non-dit ?

-Ouais.

-Oh, ça devient compliqué ! (rire) Ça devient compliqué, je sais pas. Non, il y a quelquefois des complicités avec des patients, voilà. Et puis il y a de nouveau, Boulay c'est une petite ville, on connaît plein de gens, les gens nous connaissent, il y a des gens qu'on soigne depuis deux ou trois générations. Donc inévitablement ça crée des liens. Et puis les gens entretiennent... On a eu des bouts d'histoire commune, des amis communs, voilà...

-D'accord.... Et, le, le patient, il vient aussi, vous pensez, chercher un petit peu de ce que dégage le médecin en dehors de ce qui est dit ?

-Ça c'est un sujet de thèse, hein, (rire) il faudrait interroger les patients ! Moi je crois que oui, mais je suis pas le mieux placé pour répondre à cette question-là. Je sais pas, tu as prévu d'interroger aussi des patients ? (rire)

-Non, je fais sur des médecins, mais votre ressenti est déjà un élément intéressant. Peut-être que vous avez l'impression que les patients viennent pas uniquement pour vous entendre, mais aussi parce qu'il y a quelque chose d'autre qui passe ; peut-être qu'inversement vous vous dites : "Non, ils veulent un diagnostic, ou ils veulent..."

-Je crois qu'il y a de tout chez les patients. Et puis c'est quand même très différent de venir parce qu'on a une angine et de venir parce qu'on est harcelé par son patron. Ou qu'on pense qu'on est harcelé par son patron. (en parlant à son interne en bas) C'est Ghislain qui a amené la tarte aux pommes ? ... C'est le thésard suivant. (rire)

-Et bien c'est très bien ! Merci.

Dr K

Profil : Médecin masculin, troisième tiers de carrière.

Conditions d'exercice : Activité en centre-ville de Nancy, seul. Pas de secrétariat. Énorme quantité de travail, six jours sur sept voire sept jours sur sept. Rendez-vous de 30 minutes en moyenne. Quelques visites à domicile. Il nous a soignés à quelques occasions.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le samedi 05/01/2013. Un créneau de consultation de 30 minutes était réservé. Ambiance calme.

Durée : 34 minutes

-Je fais une thèse avec le, avec l'aide du professeur Aubrège, qui est...

-L'Alain ?

-Voilà. Donc sur le sujet du non-dit, euh, sur tout, tout ce qui est, tout ce dont il est difficile de parler, pour les patients, pour les médecins, lors des consultations de médecine générale. Donc dans le cadre de cette thèse je vais voir des médecins généralistes et je leur demande quels sont, quelle est leur expérience, quel est leur vécu relatif à tout ça. Donc, juste, pour commencer, j'aurais voulu voir un petit peu, on parlait de votre emploi du temps à l'instant, votre travail vous l'organisez comment ? votre journée de travail...

-Ben je l'organise (raclement de gorge) en prenant des rendez-vous en dehors des heures de consult', voilà, comme tout le monde, comme tout le monde. C'est-à-dire que je donne des rendez-vous avant dix heures, entre midi et deux, entre trois et cinq, et après dix-neuf heures. Mes heures de consult' c'est dix-douze, deux-trois, cinq-sept. Je pensais faire des visites à un moment donné l'après-midi, etc., en fait je ne fais que consulter.

-D'accord.

-Je ne fais que consulter, les visites ne sont possibles qu'après vingt heures.

-D'accord.

-Ça a évolué comme ça. Vous comprenez ?

-D'accord.

-Et je travaille samedi et dimanche, je vais voir trois-quatre hospitalisés, ou je finis mes visites, les... je fais les, les patients institutionnalisés à la maison de retraite le dimanche. Ça aide beaucoup.

-D'accord.

-Le dimanche dans la fin d'après-midi ou... Voilà. J'en fais souvent trois-quatre, comme ça, parce que j'ai les infirmières qui sont disponibles, vous comprenez ce que je veux dire ?

-Bien sûr !

-Si je dois monter à la résidence d'automne ou ailleurs, j'en ai pour deux heures, c'est impossible, je ne peux plus...

-Et...

-Et je ne prends plus de nouveaux patients.

-Et...comment, le soir ça vous fait finir vers quelle heure ?

-Vingt et une heures, voire vingt-deux. Vingt et une heures en moyenne.

-D'accord.

-Quand il n'y a pas de visites.

-D'accord. Les consultations, elles durent environ combien de temps ?

-Une demi-heure.

-D'accord.

-Je travaille lentement. Vingt minutes quand c'est une connerie, vraiment la plupart du temps c'est autour de la demi-heure, il faut bien... voire plus. Là j'ai une fille qui voulait une chirurgie esthétique pour... trois césariennes, arrêt cardiorespiratoire, embolie amniotique... vous pensez bien que pour faire le dossier...

-Ouais.

-J'en ai eu pour trois quarts d'heure. J'ai écrit à Pr. ... pour la mère d'un de nos confrères radiologues, Dr ..., euh, maladie auto-immune, colite auto-immune, rhumatisme mal étiqueté, rhizomélie ou rhumatoïde, je vais vous dire... une heure. Le dossier est parti comme ça, avec six pages de rédaction de ma part, et puis trente photocopies. Vingt-trois euros...

-Euh, et, dans vos consultations, bon, est-ce que vous faites des choses... des médecines parall...

-Aucune. Non, mais quand ? Aucune. Je suis de plus en plus traditionnel. Surtout pas ! Ni acupuncture, ni homéo', ni méso, rien du tout ! Ni hypno. Rien rien rien rien. Je m'en sors pas.

-D'accord.

-Comment voulez-vous ? ... Et en plus on prescrit de moins en moins en particulier en pédiatrie, c'est fou !

-Et au cours de votre carrière, vous avez exercé différemment ? Vous avez toujours travaillé à Nancy ?

-Non, oui. Toujours, j'ai vu qu'un seul appartement. J'ai le même numéro de téléphone, j'ai les mêmes horaires de consultations, et je n'ai vu qu'un appartement, vous pouvez le noter.

-(rire)

-Et j'ai la même plaque, elle est moche, mais j'y tiens. On m'a piqué celle qui est à l'intérieur, mais je l'ai pas remplacée.

-D'accord.

-Vous pouvez le noter, je n'ai pas changé de cabinet.

-Votre quantité de travail elle a augmenté au fil des années ?

-Voilà, mais c'est pas évident. J'ai commencé avec cinq consultations la première année en moyenne, mais ça a été très doucement. La deuxième année vous savez combien j'en ai vu ? Six. (il sourit) La troisième année, sept. ...année, huit. Le problème c'est que ça fait trente ans. J'aurais aimé avoir ça plus tôt. Et moins maintenant.

-D'accord. Alors, bon, pour rentrer un petit peu dans le vif du sujet, donc je fais un travail sur le non-dit, tout ce qui n'est pas... tout ce qui n'est pas dit, tout ce qui n'est pas verbalisé, ou pas facilement. Euh, bon, pour différentes raisons, je pense, parfois des raisons qui sont conscientes, parfois aussi des raisons qui sont inconscientes (il acquiesce) : des tabous, des angoisses, des choses comme ça. Parfois une ignorance, une méconnaissance de certains éléments.

-(il acquiesce)...tout ça, volontaire, pas volontaire, ça peut être...

-Bon, ça peut être sur des tas de domaines différents, mais en pratique vous, il vous semble qu'en consultation ça touche spécialement certains domaines ?

-Non. Non, vous savez... Bon, de moins en moins parce que je suis installé depuis longtemps donc la parole s'ouvre plus volontiers. C'est certain. Mais j'ai appris au bout de quinze ans, vingt ans, que telle dame vivait avec telle autre dame.

-D'accord.

-Je soignais les deux couples... Ça touche abso... Alors, c'est une... Le problème que ça pose, c'est pas grave, on avance quand même. Les gens savent des fois, qu'on sait qu'on sait pas tout. (il sourit) Ils le savent. Ils savent qu'on est pas dupe. Mais j'arrive pas à faire quelque chose que j'aurais aimé faire depuis longtemps et que je vais commencer à faire, c'est, lors d'une première consultation, avec l'ouverture du dossier, je dis, surtout maintenant : "Je veux bien vous prendre en charge, à une seule condition : je vous donne la feuille de papier. Mais ce que vous rédigez de votre propre main, tous vos antécédents importants médicaux, chirurgicaux, psy..." Lorsque... Le non-dit : lorsque je prends le patient en charge, jamais la première fois. C'est-à-dire que quand quelqu'un me demande d'être son médecin traitant, je prends pas. Je dis : "Écoutez on se voit pour la première fois, on reverra ça ultérieurement..." Je prends pas un patient, quelqu'un qui vient... Sauf exception : un confrère spécialiste qui me confie sa femme, on est obligé de refu... euh d'accepter. Mais l'interrogatoire il est, il est strict. "Antécédents médicaux ?" J'attends.

"Antécédents chirurgicaux ?" Chez la femme : "Gynéco ? Obstétriques ? Psy ? Habitudes de vie ? Est-ce que vous fumez ? Où est-ce que vous en êtes de vos vaccins ? Vous savez : tabagisme... Père, mère, frères et sœurs ? D'où vous venez ? Habitudes de vie : sport ? Passions ?" Donc, je veux le faire... Quelqu'un me dit quelquefois : "Mais c'est intéressant tout ça ?" (très calmement) "C'est plus qu'intéressant ! Si vous refusez de répondre à ça, vous sortez, vous sortez, c'est clair". J'ai assez de poids maintenant pour le dire. Vous comprenez ? Y a pas d'échappatoire possible. Je dis : "Mais c'est pas par curiosité, c'est pour que.. vous verrez

que vous n'aurez plus de questions à poser après parce que vous aurez répondu à tout.". On peut pas travailler autrement, surtout dans la médecine, avec le problème médico-légal, vous comprenez ? C'est plus possible. Donc, allergies... L'interr... Alors après, dans la situation ça devient... même quelqu'un qui vient rapidement, il a un interrogatoire complet. Ça demande, montre en main, moins de cinq minutes. Antécédents médicaux, sauf si c'est quelqu'un qui a... "Y a-t-il un problème particulier ? Avez-vous déjà été hospitalisé ?"

-Si c'est un problème qui fait l'objet d'un déni, je pense par exemple, quelque chose qu'on voit beaucoup : l'alcoolisme, la personne va pas forcément écrire mot pour mot "je suis alcoolique"...

-Si si, ça vient facilement. Quand vous commencez comme ça, paradoxalement ils ont plus confiance.

-D'accord.

-Si si. Si si. Si si. Non non, non non, y a rien... En gros... A part, il y a des choses, mais c'est assez rare. ... Vous avez, quand vous avez... Ça se voit : l'homosexualité... C'est des trucs, c'est pas...

-Vous voulez dire : "C'est pas important" ou "C'est facile à voir" ?

-C'est assez visible, c'est suffisamment visible, euh, vous savez... "Je fais un test HIV ?", "Vous avez... souhaitez-vous un bilan complémentaire ? qu'on oriente le bilan... d'IST ?" Vous voyez ce que je veux dire ? Mais ça vient, faut beaucoup de métier quoi.

-Alors justement, comment on peut aborder, comment en tant que médecin on peut parler d'un sujet qui peut être un peu délicat pour le patient ?

-Ben on s'arrange pour que ça vienne de lui, pour que ce soit lui qui le suggère.

-D'accord.

-D'accord ? C'est beaucoup plus facile de faire en sorte que ce soit le patient qui semble avoir l'idée... ou qui s'attribue le mérite, ou l'effort d'avoir évoqué le sujet. Mais ça, c'est des artifices de dialogue, d'entretien.

-C'est un petit peu comme tendre une perche ?

-Voilà, en permanence. "Vous avez raison, vous êtes..."

-Mais il doit bien arriver des fois que le patient ne saisisse pas la perche qu'on lui tend.

-Bien sûr ! Absolument. On m'a confié deux trois mères de confrères, etc. Je dis : "Mais attends, elle me cache la moitié..." alors je lui ai dit, mais ça... Si je vois après l'interrogatoire, après l'interrogatoire, je reçois un courrier, ou je vois... je dis : "Hein, on va être francs : vous avez pas répondu à la moitié des questions, vous avez caché..." y en a une qui m'a caché une incontinence fécale et urinaire... "Attendez... ça va pas du tout, vous êtes infirmière, qu'est-ce que ça veut dire ?".

-D'accord.

-Si vous préférez, y en a un qui est venu, bon, il sentait bon, machin... Il vient, il a un zona. Bon. Chanteur à l'opéra, machin... Ça c'était une caractéristique, mais on entre dans un autre sujet. "Antécédents ?", "Rien, rien". Et je voyais, mais bon... Je l'examine. "Ben écoutez, vous avez un zona... Monsieur, pas de traitements, vous avez pas cinquante ans... infection locale...". Très bien. Je fais son, sa feuille de soins. ... ALD ...

-ALD ?

-Affection Longue Durée... Alors je lui dis : "Écoutez vous êtes envoyé par votre sœur, que je connais bien, on est en train de traiter un problème important, vous avez un zona, vous m'avez dit que vous n'aviez rien, vous avez une ALD ?" ; "Je suis séropositif, je suis suivi..."

-D'accord.

-"Vous vous rendez compte ? Vous vous rendez compte ? Vous militez tous pour ceci, cela, et un truc aussi important... Vous savez que la stratégie thérapeutique elle est pas du tout la même ? Il faut qu'on reprenne tout depuis le début." Bien sûr, mais on peut pas, mais le problème, c'est de replacer le problème chez le patient. Il faut pas qu'il ait l'impression que nous on a oublié quelque chose. Donc l'interrogatoire de départ, il est strict. Et s'il y a un non-dit, c'est pas de notre faute.

-D'accord.

-Vous comprenez ? (*le téléphone sonne*) C'est très important, il faut qu'il sache que c'est son problème, que nous on a tendu la perche, nous on fait l'interrogatoire, mais y compris dans le domaine psychologique, et (*Il décroche et donne un rendez-vous à un patient, moins d'une minute*) Je connais pas, hein, monsieur F., nouveau cas... difficile de... Mais, alors le non-dit, vous pourrez rien faire, mais vous pourrez... C'est inimaginable ce qu'il peut y avoir dans tous les domaines. Ils vous cachent qu'ils ont été voir trois ostéopathes, mais je dis : "Attention, c'est très important, hein ! si vous avez été quatre fois manipulé par des gens qui savent pas ce qu'ils font..." De toute façon moi je note, je note que je vous ai interrogé, et que votre problème rhumato il s'est fait comme ça. Mais si vous me dites...

-Donc en fait on peut avoir une espèce d'attitude d'ouverture, se montrer ouvert ?

-D'ouverture, oui.

-Mais comment ?

-Ben il faut être réglo. Il faut être réglo, il faut bien que le patient sache que nous on l'a strictement interrogé, de façon précise dans tous ces domaines, et que si on manque d'information, c'est de sa faute, mais qu'on est ouvert. On a posé les questions qu'il fallait pour qu'il s'ouvre, après, ça peut ne pas venir à la première consult', ni à la deuxième ni à la troisième, mais ça va bien cinq minutes.

-Et des éléments qui seraient psychologiques, je pense par exemple : des tendances suicidaires,

ou des idées noires, des choses comme ça. Le patient, même si on lui demande ses antécédents, ça il va peut être pas facilement l'évoquer.

-Ah, déjà ça se voit facilement. Je pense que c'est quand même quand on a un peu d'expérience, c'est pas la même chose quand on a un an d'installation ou trente ans. Vous savez quand je vois des jeunes filles, je leur dis, quand je vois qu'elle m'énerve, je dis : "Alors vous êtes sûre, pas de vomissements provoqués ? pas de troubles du comportement alimentaire ?" Je rentre dedans, je veux dire, à la fin, bon. Ça passe ou ça casse. Faut pas que, vous comprenez, il y a des limites à pas dépasser. Maintenant que quelqu'un ne veuille pas vous dire qu'il a été... hospitalisé trois mois au CPN chez Kahn, ça vient pas forcément facilement du premier coup. En règle générale on tend la perche, on fait le maximum pour que le non-dit soit limité à des choses impossibles à dire.

-D'accord. Et on peut l'apprendre ça ? On peut l'apprendre méthodologiquement à la faculté ça, la bonne manière d'interroger ?

-Oui, je pense que tout tout... oui, je pense que certainement qu'il y a des... Ça pourrait être l'objet de cours, bien sûr. Technique d'interrogatoire, mais ça, je crois que, je crois que c'est essentiellement notre expérience sur le terrain qui va jouer. Et puis la qualité du contact que vous avez avec les patients. L'ancienneté de la relation médicale. Le fait qu'ils ont été mis en confiance ou pas, qu'ils ont été adressés ou pas. Je veux dire c'est... Mais les meilleurs patients, c'est pas... Les patients qui se confient le plus, c'est pas les patients qu'on vous a adressés, c'est les patients qui sont venus tout seuls. Ils ont l'impression qu'il y a un climat de confidentialité, de sécurité, vous voyez ce que je veux dire. Les meilleurs patients c'est les patients qui sont venus ici par hasard.

-Et l'ancienneté de la relation avec le patient ça joue dans quel sens ?

-Ah ben dans le sens d'une meilleure connaissance des antécédents et d'un non-dit qui est restreint.

-Ça fait reculer les éléments non-dits.

-Voilà.

-Mais est-ce qu'il y a pas des domaines où il y a plus de non-dit ? Des fois on entend des patients dire "Mon médecin je le connais trop" ou...

-Non, c'est leur problème à eux, donc c'est... Ou alors c'est un médecin qui... Quand on fait bien les choses... Le système il est bien fait : si ça marche pas, c'est pas la faute du système, c'est la faute du patient ou du médecin. Le système il est quand même bien ficelé. Quelqu'un vient, vous allez voir votre médecin, il vous interroge, vraiment une systématique d'interrogatoire, je veux dire, c'est quand même bien fait. Y a rien, y a pas grand-chose qui échappe. Et quand quelqu'un qui vient pour des problèmes

dépressifs, obligatoire dans les dix minutes
"Avez-vous des idées suicidaires ?" ça tombe, vous voyez. Faut pas le dire d'entrée, il faut le dire aussi si vraiment il y a des éléments qui vous y font penser, mais tout ça c'est une sorte de doigté. Il faut beaucoup de temps.

-Et, au cours de votre carrière, vous avez l'impression que vous avez changé dans cette aptitude ?

-Oui, bien sûr, ah ben oui. Ben énormément.

-Donc on apprend de ses expériences ?

-Bien sûr, bien sûr, on en sait cent fois plus. On est cinquante fois meilleur simplement pour savoir que... je sais pas, le contact, une jeune femme qui se déshabille, il faut attendre un petit peu là, il faut pas la déranger... Il y a tout un timing, mais ça vous allez l'acquérir, il va vous falloir dix ans, au minimum. Dix ans... dix ans.

-Le fait d'être plus âgé vous pensez que ça met les patients plus à l'aise ?

-Oui, bien bien sûr, bien sûr.

-D'accord.

-Faut bien qu'on ait quand même un avantage ! (rire)

-Et, bon, un autre problème qui est souvent difficile à aborder : les troubles de l'érection.

-Oh ça vient, c'est eux qui en parlent, c'est, c'est des conneries tout ça. Il est bien évident qu'il y a la notion que c'est quelque chose de physiologique, mais les patients ils en parlent. J'ai trente personnes sous Viagra® ou Cyalis®, qui sont venues me le dire. Ça va mieux avec les amis, c'est plus facile avec les amis.

-D'accord.

-Y a plus d'amis qui se font traiter pour, pour des troubles de l'érection que des patients tout court. J'ai plus de patients amis, vous comprenez ?

-Mais donc ça pourrait laisser penser que les patients, le patient lambda n'en parle pas trop forcément ?

-Oh, c'est un sujet qui par définition... Mais faut pas, c'est pas... Faut pas, c'est pas une grosse difficulté si vous voulez mon sentiment. Ils en parlent volontiers quand ils sont embêtés : il y a le couple qui est en danger, y a... Fin entre parenthèse.

-D'accord.

-Vous savez des fois c'est aussi des... "Vous avez ça..." moi j'ai fait ma thèse là-dessus... après, je dis : "Ça c'est votre version, on va faire venir...", "Ah oui elle se plaint ma femme...", "Bon très bien" Une fois, je l'ai vue arriver, j'ai compris pourquoi il y avait un trouble de l'érection : elle faisait cent soixante kilos elle était pas coquette... Entre autres, je caricature. Alors je dis : "Alors madame, vous...?" - "Je vous appelle parce que mon mari... Ah ben je peux pas venir, je peux pas venir" - "Écoutez madame c'est que c'est pas important"...son problème, hein, donc... "Écoutez pour bien comprendre il faut que j'écoute votre femme parce que vous avez votre discours mais il faut qu'elle me dise

elle, ce qu'elle en pense et ensuite on fait une petite, hein, une petite synthèse ensemble, vous comprenez?" Mais c'est pas un problème, je crois que c'est un problème avec certains médecins ou certains patients, mais... non, on a un champ, un domaine d'intervention qui est large. Quand quelqu'un est à l'aise, les gens que vous connaissez... vous savez, ça vous arrive... ça m'arrive aussi...

-D'accord.

-Non, y a pas de franche difficulté. La difficulté elle réside dans la qualité que vous avez... mais c'est pas... c'est le meilleur endroit ici pour parler. Hein, le cabinet, c'est quand même... C'est... C'est pas le non-dit en lui-même par rapport au médecin ou le non-dit tout court ? Y a un patient il va pas être différent, le non-dit ça va pas être différent...

-Avec son médecin et avec les autres ?

-...au cabinet et avec les autres, dans la rue, un peu partout, avec ses copains au foot, ou que... sa tante. Vous voyez ce que je veux dire, c'est pas spécifique, le non-dit. Vous êtes installé depuis un certain temps... Y a des techniques aussi.

-D'accord.

-Il faut faire en sorte que tout puisse être dit naturellement, que le patient puisse être à l'aise. Et quand vous placez un interrogatoire cadré : "Ça, ça, ça..." il est tout de suite... parce qu'après vous avez vos, vos cinquante questions, soixante questions, et après, il dit : "Bon..." "Motif de consultation?" tout de suite : "Motif de consultation ?", il me dit : "Ben c'est vous qui allez me dire", je dis : "Ben ça m'étonnerait ! Moi je vais peut-être vous proposer une orientation diagnostique mais le motif de consultation..." - "Mais je sais pas pourquoi je viens" ; je mets : "Ne sait pas pourquoi il vient" et je dis : "J'ai commencé à écrire" - "Mais si j'ai mal à la tête !" - "Et bien vous voyez bien ?" Y en a un, j'ai commencé, il m'énervait, "Ne sait pas pourquoi il vient", j'ai dit : "Écoutez monsieur, quand vous saurez vous reviendrez." Il y en a qui font... "Écoutez vous décidez ce que vous voulez mais moi j'ai besoin d'un interrogatoire, vous l'acceptez, ça dure cinq à dix minutes, après on discute. Sans ça on démarre pas. Si j'ai pas marqué..." Hein ? des gens qui disent "Oui, il y a ça, j'ai vu tel médecin, il a fait ça..." Je dis : "Attendez..." Les enfants, première chose que je vous conseille : le carnet de santé, vous notez la date, "Motif de consultation", deux points. Il a de la fièvre? On met "fièvre"- "Ah vous notez ?"- "Oui : fièvre à quarante depuis huit jours ?"- "Mais n'écrivez pas, vous n'allez pas l'écrire"- "Mais vous venez de le dire..." Tous les carnets de santé, c'est "Motif de consultation", deux points, écrit li-tté-ra-lement. Vous verrez, ça ira mieux. Un enfant qui vous dit, un parent : "Juste une rhinopharyngite", c'est les premiers qui râleront "Mais il faut qu'il enlève tout ?" - "Tout nu

madame, les socquettes...” L’enfant, quand il est tout nu, que vous avez interrogé, que vous avez écrit le motif de consultation, écrit le motif de consultation sur le carnet de santé, sur leur carnet de santé, il est écrit “A de la fièvre depuis...” “Combien de selles, “quatre selles”, “dix selles”... Vous mettez quatre lignes, ça ira beaucoup mieux...

-D'accord. Est-ce qu'il y a une manière de faire pour économiser du temps, pour faciliter... ?

-Non, non.

-Ça on peut pas être... avare de temps ?

-Non, je ne crois pas. Faut pas économiser de temps, c'est la chose... la plus Indispensable.

-Et si le patient il a des résistances à répondre ?

-Il faut laisser dans un premier temps

-D'accord.

-Faut pas insister. Faut pas... mécanisme de blocage... Non, non, faut pas insister. La première fois faut... Faut que ça vienne de par le... “Écoutez, si vous avez pas envie d'en parler, on verra ça, on va voir ce qu'il y a de plus urgent aujourd'hui”. Et puis s'il vient avec vingt motifs de consultation, y a des spécialistes, hein... “On va en choisir un, parce que c'est pas parce que vous avez été négligent pendant deux ans, trois ans...”

-Et, si le, si le médecin il a lui même un tabou, comment il peut gérer ? S'il y a un sujet qu'il aborde difficilement ?

-Ben c'est presque physio... On a vraisemblablement tous, même le plus équilibré d'entre nous, même le plus stable, dans son couple, dans sa vie sexuelle, dans ses loisirs, dans sa famille a forcément... J'en sais rien... Qu'est ce que j'aurais du mal à aborder ? Je vois pas trop, très honnêtement, je... P'têt qu'il y a des choses que je fais pas bien, certainement, mais des trucs que j'aborderais pas facilement. Y a des trucs qu'il faut pas aborder, il faut pas demander : “Ça va bien ? vos gaz... votre érection...” faut pas... certaines réactions... faut pas demander, lors de l'interrogatoire, à un homme, systématiquement, en première intention, lors du premier interrogatoire, s'il y a des troubles de l'érection : ça va pas.

-D'accord.

-S'il veut vous le dire... Sauf si vraiment il est consommateur fumeur excessif... s'il fume un paquet par jour, vous pouvez toujours glisser : “tention vous savez, ça peut donner, hein,... vous savez comme ça peut entraîner des difficultés respiratoires, des bronchites, vous pouvez...” vous pouvez vous, le dire, et puis il embrayera s'il veut.

-Et vous, vous pourriez supposer qu'il y a des domaines dont vos patients vous, vous parlent pas ?

-Ah bien sûr.

-Mais des domaines spécifiques ?

-Non, ben ça tient certainement, on en revient toujours à la sex... non non, c'est beaucoup les,

beaucoup la, la rhumato, beaucoup les, l'ostéopathie “J'ai été manipulé”, beaucoup les psychologues, beaucoup la prise en charge psy, ben bien sûr, bien sûr.

-Ça, ils racontent pas forcément tous les...

-Mais on sait très bien qu'ils se sont fait manipuler à gauche à droite, alors je leur dis... “Il m'a dit que j'avais ça de bloqué, etc.” - “Écoutez, écoutez, c'est très intéressant ce qui se dit, mais vous voyez, monsieur M., monsieur R., il m'a pas écrit, alors vous dites à votre médecin, à votre manipulateur, grand champion, que je lirais avec Intérêt un courrier signé de sa part et vous précisant quelle vertèbre est déplacée.” Vous comprenez ? “Vous direz que je suis entièrement d'accord, mais partout... mais si vous voulez je lui fais une lettre, pour qu'il me réponde..”. Je dis : “Mais est-ce qu'il vous a fait...? Il vous a dit ? Vous avez un courrier ? Est-ce qu'il l'a écrit ? Demandez-lui d'écrire... Demandez-lui simplement de l'écrire. Pourquoi il vous a fait cette manipulation, qu'est-ce qu'il vous a fait, et pour quelle vertèbre, et on vérifiera tout de suite par une IRM. Est-ce qu'il vous a écrit ? Est-ce que vous savez exactement pourquoi il vous a fait ça ?”

-D'accord. Alors on peut supposer qu'un patient qui irait voir un manipulateur, un acupuncteur irait pas ensuite forcément tout vous détailler...

-Ah oui, ça c'est des conneries, .ça on s'en fout... qu'il a été voir quinze fois l'acupuncteur. Faut bien vous montrer qu'on... C'est comme pour les régimes, quand ils viennent : “Écoutez je sais pas ce que... Vous savez la meilleure cuisine c'est celle de votre mère.” S'il vous dit qu'il a perdu dix kilos, c'est que vous avez rien compris, si vous dites que vous avez perdu dix mille euros, c'est que vous avez déjà réussi à comprendre quelque chose” (rire)

-D'accord d'accord. Et quand le patient vous tend une perche pour parler d'un sujet dont il avait pas encore parlé...

-Alors attention il faut voir le temps, si c'est le quatrième sujet qu'il aborde, il faut pas venir avec un catalogue. Je lui dis : “Ben écoutez, c'est un sujet très important, ça fera l'objet d'une consultation spécifique”, vous comprenez ? Faut lui dire : “Ah non c'est trop important, on peut pas le traiter...” C'est pas un catalogue, c'est pas Auchan, on vient pas faire ses courses. Vous pouvez pas, vous pouvez pas. Faut reporter ça.

-D'accord. D'accord d'accord. Bon, ben je pense que c'est bien.

-Hein ? Mais, il faut pas trop... Bien sûr que c'est nécessaire d'aborder... mais il y a votre évolution, ce que vous vous allez faire, ce que vous vous allez apprendre, ce qu'ils vont vous apprendre, ce qu'ils vont vous apprendre. C'est sûr qu'il faut... Ce qu'ils vont vous apprendre.

-Et si, et si on n'est pas doué dans la communication, vous pensez...que...

-Ah c'est possible...

-...on peut avoir l'espoir...

-On peut se former, et puis forcément on devient doué avec de la pratique - je dis juste à un patient que j'en ai encore pour trois minutes, (*il se lève*) excusez-moi. (*le patient est en retard, il revient*) Ben vous voyez il est en retard, on continue. Ça je supporte plus, les gens qui, le samedi... J'en ai encore un, je supporte plus. Je suis exténué, et je supporte plus. Ben oui, mais, bien sûr que c'est eux, c'est votre trajectoire à vous, c'est votre évolution, c'est ce que vous avez... Ce serait un peu couillon si vous aviez pas retenu un peu quelque chose après je sais pas combien d'années. Mais, mais ce que je vais... vous allez vous installer, vous allez faire un métier merveilleux, mais vraiment, vous verrez combien ça vous rapportera en qualité de travail de partir de... Prenez ces cinq minutes à chaque fois. Je vous propose "antécédents médicaux" ; vous attendez, et s'il oublie "pas d'allergie aux pollens, machin, désens...? Antécédents chirurgicaux dans l'ordre, gynéco obstétricaux, psy, est-ce que vous fumez, vaccins à jour, allergies médicamenteuses, votre père qu'est-ce qu'il a eu comme truc important, votre mère qu'est-ce qu'elle a eu comme truc important, (*le téléphone sonne*) qu'est-ce que vous avez comme frère, vous demandez pas combien vous avez de frères et sœurs, vous demandez combien vous avez de frères ? Combien vous avez de sœurs ? D'où vous venez comme région, et sport/loisir", si vous faites ça... Prenez les numéros... (*il décroche, le patient suivant annonce son retard*) il appelle parce qu'il est en voiture, vous voyez, ça vous arrange. Mais si vous faites ça, et sur le carnet de santé, vous mettez "Motif de consultation", vous écrivez, deux points, puis vous attendez, "on va l'écrire, il vient pour ça ? on va.. vous allez me dire pourquoi vous venez, et le mo..." C'est bien, je me sers que de la première page sur mon truc, et vous mettez "Motif de consultation" - "On est d'accord ?" et vous dites, vous dites : "On est d'accord". Il a un problème avec le poignet gauche ? Et bien vous notez : "Problème avec le poignet gauche", et quand quelqu'un vient vous dire : "Je vous en avais parlé" - "Attendez on va voir, on va regarder ensemble. Regardez, non, vous êtes pas du tout venu" - "Ah je vous en avais pas parlé ?" -*D'accord.*

-Mais... il faut se mettre en situation d'avoir le moins de non-dit possible. Il faut se mettre en situation d'avoir le moins de non-dit possible.

-*Mais ça peut avoir quelles conséquences négatives si... le non-dit en fait ? Ça peut ressortir de façon...*

-Oui ?

-*Ou les patients se plaignent après ? Ça se manifeste comment ?*

-On peut pas vous reprocher un jour de pas avoir forcé un patient à dire quelque chose qu'il

a tout fait pour que ça se sache pas, faut pas exagérer. Mais vous vous êtes entre parenthèses couvert. Tout non-dit... Un patient, il m'appelle : "Ouais, je vais porter plainte contre vous..." Sans antécédents, bilan cardiaque normal, pas de dyslipidémie, il m'appelle l'autre jour, j'étais en train... plein de monde... il me dit : "Est-ce que vous pourriez vous déplacer, j'ai une douleur dans la région du cœur, etc." Je dis : "Écoutez, je peux pas me déplacer, je peux me déplacer ce soir..." C'était un infarct'. "Si vous voulez vous appelez SOS médecins", il m'a pas demandé ce que je pouvais faire, il m'a demandé si je pouvais me déplacer... Le non-dit... Il a peut-être pas identifié la douleur, j'ai peut-être pas... Le non-dit, il y a tout le temps du non-dit, fin du non-dit qui est pas... machin... Il m'a dit si je pouvais me déplacer, je lui ai dit : "Faites SOS médecins..." - "Oui, vous auriez dû me dire de faire le 15 !" Vous comprenez, il est tout le temps là, dans l'urgence, au téléphone, il est tout le temps là le non-dit.

-*Mais là vous prenez le patient qui se plaint dans...*

-Mais il a pas tout dit sur sa douleur, alors vous, vous êtes fatigué, je veux dire... Faut voir aussi une consult' si c'est à huit heures du matin, si c'est à vingt et une heures, on n'est pas pareil. Il y a aussi ce que le patient lui il va avancer, mais on est pas toujours... ça dépend de l'heure, la disponibilité, la fatigue... Y a cinq cents facteurs qui rentrent en jeu...

-*Et, si on arrive pas à aider le patient à dire un de ses non-dits, est-ce qu'on peut perdre dans la qualité de la relation ?*

-Dans la qualité de la relation non, dans la qualité du soin peut-être. Non, il peut pas vous en vou... un patient peut pas vous en vouloir parce que vous avez pas...

-*Non je parle pas d'en vouloir, je pense que peut-être que pour certains sujets, si on parle "cartes sur table" on va mieux travailler que si...*

-Ah ben oui, bien sûr.

-*Ou peut être même l'inverse...*

-A la fin de votre interrogatoire, c'est important, "Vous êtes sûr de ne rien avoir oublié d'important ?", bien sûr que vous pouvez le glisser, enfin ça va de soi.

-*Et est-ce que vous avez l'expérience de patients qui un jour, après vous avoir dévoilé un élément de leur vie, je sais pas, un traumatisme ou quelque chose comme ça, ensuite avaient plus de mal à venir vous voir.*

-Non, non, au contraire, au contraire. Quand un patient vient me voir parce qu'il avait besoin d'un bilan d'IST parce qu'il avait fait des bêtises au Brésil, ou est-ce que je sais, je connaissais toute la famille. Un patient vous a dit qu'il vivait... Non, au contraire. Ce qu'il a pu dire, et qu'il pouvait pas dire, ça va faciliter.

-*D'accord, donc ça renforce la relation, ça améliore la relation.*

(il acquiesce)

-D'accord. Et bien c'est très bien.

-Et bien vous saluerez l'Alain.

-Merci.

Dr L

*Profil : Médecin masculin, en milieu de carrière.
Conditions d'exercice : Activité semi-urbaine
proche de Nancy. Associé à un généraliste. Pas
de secrétariat. Volume horaire dans la moyenne.
Consultations libres et consultations sur rendez-
vous. Consultations de 15 minutes environ.*

*Conditions d'entretien : Entretien réalisé le
18/01/2013, en fin de journée, en présence d'un
étudiant. Un dernier patient après.
Durée : 35 minutes*

*-C'est une thèse que je fais avec le Dr Aubrège
sur le sujet du non-dit en fait. Tout ce qui est
difficilement abordé en consultation par le, par le
patient et par le médecin.*

-Oui

*-Euh, donc j'avais souhaité voir un petit peu
votre impression. Mais pour commencer j'aurais
voulu savoir comment vous organisiez votre
semaine de travail ?*

-Bien.

-Bien ? Vous travaillez de quel jour à quel jour ?

*-Du lundi au samedi. Du lundi matin au samedi
midi. C'est basé sur des consultations libres, des
consultations sur rendez-vous, et visites à
domicile. Bon je m'arrange pour avoir des visites
à domicile le plus souvent le vendredi matin et le
lundi matin. J'en fais quelques-unes le, le mardi
en fin de matinée, et puis après c'est que des
urgences.*

-D'accord.

*-En visite y a que si y a une urgence ou si y a un
problème, voilà.*

-D'accord.

*-Après en consultation libre on peut caler
comme le Dr A. sauf que c'est l'inverse, et puis
en soirée j'ai quelques rendez-vous.*

*-D'accord. Est-ce que vous avez une patientèle
un petit peu définie ou est-ce que c'est libre ?
Vous avez votre "créneau" entre guillemets ?*

-Non. Non, c'est tout venant.

*-D'accord. Et au niveau de votre pratique vous
faites de la médecine conventionnelle mais est-
ce que vous faites d'autres choses du genre
acupuncture, homéo ?*

*-Non que de la médecine conventionnelle, ça
prend déjà assez de temps.*

*-Et en quantité de travail vous pensez être
comment ? par rapport à la moyenne des
médecins ? un ordre d'idées ?*

-C'est quoi la moyenne des médecins ?

-Ben c'est... cinquante-cinq heures par semaine.

*-Ouais on est dans la moyenne, cinquante,
cinquante-cinq heures, ça dépend des
semaines.*

-Vous avez toujours travaillé... à Nancy ?

-Toujours.

-Ouais ?

*-Sauf quand je remplaçais, j'ai fait de la
campagne, beaucoup de campagne, et puis euh,
j'ai fait une fois un remplacement en centre-ville,
euh, c'est spécial. Et puis là maintenant je
considère que je suis en semi-urbain, on est un
peu excentrés, on est en périph. C'est pas de
l'urbain et c'est pas de la campagne.*

*-Alors pour entrer dans le vif du sujet donc, la
thèse elle porte sur le non-dit, tout ce qui n'est
pas... que je définirais comme tout ce qui n'est
pas formulé explicitement pendant une
consultation pour des raisons qui sont parfois
conscientes, parfois inconscientes, ça peut être
des tabous, ça peut être des choses qui sont
angoissantes...*

-Le sexe et l'alcool. (sourire)

*-Voilà alors je me demandais spécifiquement
quels étaient les sujets qui étaient difficilement
abordé.*

*-Moi j'en ai pas, la pire quest... la question la
plus difficile à poser, c'est quand je demande
aux gens pour un nouvel... quand je les prends
en tant que nouveaux patients, c'est, je leur
demande s'ils sont homosexuels ou
hétérosexuels. Bon, moi ça me gêne pas de leur
demander mais je sens que ça les gêne d'avoir
la question (rire). Alors, bon, et ils me répondent,
sincèrement je crois, parce que la question elle
est posée très simplement, sans gêne, sans
tourner du regard, voilà. Du non-dit moi j'en ai
pas. J'ai plutôt, quand j'ai quelque chose à
demander, que j'ai quelque chose à dire, je le
dis. Si j'ai du non-dit, ça sera peut-être par
omission, non volontaire, voilà. J'ai shunté, j'ai
oublié. Mais j'ai pas peur des questions que je
peux poser. Mes questions ne me gênent pas.
*-Mais il vous semble que les sujets qui sont les
plus épineux...**

*-Les plus épineux à aborder ? Bah, euh, l'alcool.
Parce que de toute façon on a pas souvent la
réponse qu'on devrait avoir, et on le sait. Euh,
l'alcool, parce que... Mais les questions elles
sont épineuses pour nous parce qu'elles sont
épineuses pour les patients, on sait qu'on va les
déranger. Après vous avez le non-dit qui
dérange le médecin. Si y a un non-dit c'est parce
que ça le dérange lui. Parce qu'il sait peut-être
pas forcément quelle réponse il va apporter, et il
a pas envie de rentrer sur ce terrain-là. Donc ça
c'est du non-dit volontaire, je dirais c'est le non-
dit par méconnaissance du sujet. Je crois que je
vais pas jeter la pierre, ça peut m'arriver de
temps en temps. C'est vrai que... je demande
pas systématiquement à mes patients hommes
s'ils ont un dysfonctionnement érectile. Mais je
dirais que c'est pas parce que le sujet
m'angoisse (rire) je dirais que c'est parce qu'on
va partir sur une galère en temps et que... c'est
souvent aussi ça. Le non-dit, je crois qu'il est... la
peur du médecin de pas pouvoir répondre à... la
question qui va revenir, forcément.*

-D'accord.

-Et puis après c'est des fois une question de temps, parce qu'on se dit : "tends si je l'embarque là-dessus, ça fait déjà dix minutes qu'on est avec, y a la salle d'attente qui braille... je vais pas le dire". Ça c'est une forme de non-dit... C'est un peu dommage.

-Ouais ?

-Parce qu'on va shunter des trucs, on ira pas au bout des choses. Mais alors là, le non-dit il va être vachement vaste, parce qu'il peut porter sur plein de sujets, pas que sur l'alcool, pas que sur le sexe, sur beaucoup de choses, ses habitudes de vie, ça peut être le tabac, ça peut être des comportements, des troubles du comportement... Est-ce qu'une fois, vous, peut-être même en tant que remplaçant, vous avez posé à votre patient "Est-ce que vous pensez avoir de temps en temps des troubles du comportement ?" ... On partirait sur un sujet très vague, ça va allonger la consultation à discuter. Voilà, c'est un exemple.

-Oui oui.

-Moi-même j'ai jamais demandé.

-Et justement c'est aussi un sujet qui m'intéresse : le problème pour aborder un sujet épineux, mais rapidement ... Est-ce qu'il y a une manière de s'y prendre ? Une manière de les aborder ?

-Alors, ouais. (rire) Le truc épineux qu'on veut essayer d'avoir une réponse un petit peu rapide, c'est on la pose en fin de consult. Quand l'ordonnance est faite. C'est dégueulasse de faire ça. C'est pas bien, c'est pas beau. Parce qu'en fait on veut une réponse rapide. C'est un peu une erreur, je veux dire, parce qu'on sait la question qu'on pose, on sait qu'on pourra pas forcément la traiter rapidement. Mais ça peut être aussi quelque chose où on veut avoir une réponse rapide parce qu'on va se le mettre sur un coin de dossier et la prochaine fois on attaquera peut-être là-dessus. Après ça va peut-être être le sujet épineux qu'on va peut-être un peu banaliser pour pas avoir une réponse... pour pas que le patient se sente agressé dans sa réponse. Par exemple, "Est-ce que vous buvez de l'alcool ?". Voilà, ça peut être en fin de consultation, sur un truc, on peut regarder très sérieusement le patient en disant (sur un ton grave) "Mais, vous avez une consommation d'alcool qui est excessive ? Vous buvez combien ?" Le patient si on prend un peu l'air inquiet, si on pose ça un peu de but en blanc, il va se dire : "Tiens, il a vu quelque chose sur ma prise de sang, etc." Alors qu'on peut très bien (ton naturel) "Tiens, j'en suis dans mon dossier, vous buvez de l'alcool, un petit peu, au repas de midi ?" On passe un peu ça. Le patient il se méfie pas de trop, il dit pas...

-Banaliser.

-Voilà on banalise un peu le truc.

-Et justement vous parliez des fins de consultation. C'est fréquent que les patients en

fin de consultation ils abordent quelque chose qui un peu les tracasse...

-Ouais.

...qu'ils ont pas osé...

-Parler.

-Quand c'est comme ça, que le patient tend une perche, vous pensez qu'on doit réagir comment ?

-Faut écouter.

-Faut écouter ?

-Ouais parce que ça peut être le motif principal de la consultation. Pendant toute la consultation vous allez avoir un patient -moi je réagis un peu comme ça- je me dis qu'un patient toute la consultation, il peut un peu vous jauger, voir un petit peu comment vous allez... Il vient tâter le terrain, hein ? Même s'il vous connaît bien, il va vous parler de banalités, puis en fait ça le travaille, ça le travaille "Je vais lui dire, je vais lui dire, je vais peut-être pas lui dire". Puis à la fin de la consultation il se lance un peu. Et si vous lui fermez la porte il en parlera plus jamais. Et même, à ce moment on peut se rasseoir et lui dire : "Ah ben oui tiens, c'est intéressant, allez rapidement, dites-moi et la prochaine fois on approfondit le sujet." Moi je le note et je reviendrai dessus. Mais de but en blanc, lui dire, euh, "Boh oui, écoutez vous m'en reparlez la prochaine fois," ça je pense que c'est une erreur, faut pas le faire. D'ailleurs je l'ai jamais fait.

-Ça va passer à la trappe.

-Ouais ça passera à la trappe, le patient il le prendra comme un non, "J'en parle pas". Il va se refermer. Donc je pense que non, il faut l'aborder.

-Et, est-ce que, quand on, quand on aborde pas le non-dit, est-ce que vous pensez que ça peut avoir des conséquences négatives ?

-Ouais.

-Ouais ?

-Ouais je pense qu'à mon avis c'est souvent... Je pense qu'à mon avis le non-dit ça peut être des sujets importants.

-D'accord.

-C'est pour ça qu'on les dit pas. Justement.

-Et vous avez l'expérience dans votre carrière de patients qui vous ont caché quelque chose pendant très longtemps ? que vous avez découvert après des mois ou des années...

-Ouais, ouais...

-Quel genre de chose ?

-Cancer de prostate.

-D'accord ! Que le patient...

...connaissait très bien, il m'en a jamais parlé, il a jamais voulu m'en parler, et un jour il est venu et il me dit : "Vous avez pas envie de me doser mon PSA ?" Je lui dis : "Pourquoi ?". Il me dit : "Ah ! je voudrais savoir." 2500 PSA. Et là il est venu et il me dit : "Ça fait longtemps que je le sais, mais je vous en ai jamais parlé, j'avais pas envie." Ça c'est un non-dit ! C'est important ! Il avait pas envie de se faire soigner. Remarque il

avait raison, il est pas mort de ça. Voilà. Il y a quelques cas, oui, des non-dits... Bon après les non-dits, quand il arrive un gros pépin, les non-dits ben on les connaît pas parce qu'ils ont pas été dits, mais euh... Ouais, des choses qui ont été cachées, volontairement, sur lesquelles, à un moment donné... C'est la politique de l'autruche, le non-dit. En fait, hein, bon, ici c'est pour ça que j'essaie toujours de mettre une relation de confiance avec les patients, on est détendu, y a pas de blouse blanche, ils posent les questions qu'ils veulent, on prend le temps qu'il faut... C'est... J'interdis à personne de me balancer un petite blague "Tiens j'en ai une..." (se tournant vers l'étudiant) T'en verras... Hop, on finit par une petite blague, rigolote, une petite histoire, fin. De façon qu'ici les gens se sentent en confiance. Moi c'est pas le toubib, l'ordonnance, machin, diagnostic... Non, on discute un petit peu de tout, je leur pose une question sur leurs enfants, les gosses, l'école, "Et la grande, à la fac ?". Voilà, on essaie de mettre une petite relation familiale. C'est un peu notre boulot, hein, médecin de famille, c'est un peu ça. Et je crois que quand on arrive à mettre cette relation-là, le non-dit il y en a de moins en moins. Parce que les gens viennent spontanément, ils savent qu'il y aura pas de refus, ils savent qu'ils peuvent vous parler. C'est une question relation médecin-patient. Une confiance réciproque, et ça peut mener à justement diminuer le nombre de non-dits.

-D'accord. Et c'est une question un peu difficile, mais si vous deviez présager de... de ce que les patients ne vous disent pas ? Vous pensez qu'il y a... c'est quoi, en contenu, ce que les patients vous disent pas ?

-Ah ben c'est souvent les vices cachés. C'est la conso d'alcool en premier je dirais, peut-être un côté pervers sexuel, bon ça... Ça, je vous avoue que je peux difficilement dans un interrogatoire demander : "Est-ce que vous avez un côté pervers sexuel ?"

-Et est-ce qu'il vous semble que ça aurait un intérêt médical ?

-Y a peut-être des gens qui ont une tendance pédophile ou des tendances refoulées, et qui aimeraient en parler et qui n'osent pas, et que si on tend pas la perche... Je serais pas étonné, qu'en disant, mais je sais pas du tout comment je pourrais poser la question sans avoir, si c'est pas le cas, une réaction violente, hein, mais je serais pas étonné, je crois que si on disait, si on trouvait la solution pour demander : "Voilà, est-ce que ça vous arrive d'avoir des pulsions sexuelles sur des enfants, des choses comme ça ?" Je serais pas étonné qu'il y ait des gens qui me disent : "Vous savez, c'est bien de m'en parler, docteur, parce que oui, ça m'arrive. Est-ce qu'on peut faire quelque chose ?". Vous voyez où je veux en venir, on va pas, on tend pas la main aux patients. Prenons le cas des

pédophiles. On leur tend pas vraiment la main, tout ce qu'on pense c'est les foutre en taule. Donc forcément, si vous étiez pédophile, vous iriez peut-être pas forcément le crier partout. Et si vous avez un toubib qui vous tend un peu la main, qui vous dit... dans vos comportements... c'est un peu ce que je vous disais tout à l'heure "Est-ce que vous avez l'impression de temps en temps d'avoir des troubles du comportement, des choses ?" Ouais, je pense que s'il y a une bonne relation, ça pourrait le faire. Et ça c'est une question, qui franchement... Poser cette question comme ça de but en blanc, on peut s'exposer à une réponse qui va pas être... Autant c'est assez facile pour les troubles d'érection, les problèmes d'alcool, pour les problèmes de cocaïne, les addictions en clair. Autant ça va être plus difficile sur ce genre de troubles comportementaux.

-Et quand on aborde et que le patient il a des résistances, qu'il tourne un peu autour du pot, qu'il souhaite pas en parler, est-ce qu'il faut plutôt insister ou est-ce qu'il faut respecter les résistances ?

-Non, moi je respecterais les résistances. Je pense que quelqu'un qui veut pas en parler, si vous le forcez, vous êtes pas sûr qu'il vous dira exactement ce qu'il en est. Je crois que vous aurez pas la vérité. Et en clair vous pourriez rien conclure là-dessus. Vous voyez ce que je veux dire ? C'est... un patient qui a pas confiance, qui a pas envie d'en parler, il vous dira tout sauf la vérité, je pense. Ou par petit bouts, etc. recoller les morceaux, on y arrivera pas. Non je pense qu'on arrivera pas à faire quelque chose de correct. Il faut que la démarche soit spontanée, franche, claire et précise.

-Et, est-ce que vous pensez que ça s'apprend la manière de parler des sujets difficiles ?

-Ouais, je crois qu'on pourrait... Ouais je pense qu'en fac on pourrait faire des jeux de rôle avec des psychologues et des psychiatres, des équipes de psychiatre et de psychologues. On pourrait former nos étudiants à des jeux de rôle, mais même dans des situations où ils peuvent être amenés à poser des questions de non-dit. Ouais. Ouais, leur apprendre à... "Voilà comment aborder le sujet. Voilà comment amener votre patient à parler de ce que vous voulez." Oui, je crois que ça peut s'apprendre. Y a une bonne part de personnalité du bonhomme et ça peut s'apprendre.

-Et au fil de la carrière, on évolue sur ce plan-là vous pensez ?

-Ouais, on prend plus d'assurance, ouais. On a plus d'assurance par rapport à ses patients. Quand on est jeune face à ses patients... Déjà c'est une question d'âge. Parce que quand vous commencez jeune, vous vous retrouvez majoritairement avec des gens plus âgés. Donc la relation entre les deux... Vous avez vingt-huit ans, vous vous retrouvez avec un gars de

cinquante... Ben vous vous êtes pas pareil que quand vous avec cinquante et que vous vous retrouvez avec un gars de vingt-six. Je pense qu'avec le temps il y a l'assurance qui est liée à l'âge, et puis il y a l'expérience. Je crois qu'on a appris, on s'est pris les claques et les revers qui allaient bien, pour qu'on fasse pas trois ou quatre fois les mêmes erreurs.

-D'accord. D'accord d'accord. Bon donc d'une manière générale c'est un sujet important, qu'il est important d'aborder, mais qui est coûteux en temps.

-Ouais, forcément, forcément. Le non-dit est forcément coûteux en temps.

-D'accord.

-Et il est important parce qu'effectivement je crois qu'il y a des gens qui, ben qui souffrent de ce non-dit, alors pour les patients.... Et puis il y a des médecins aussi qui vont élargir le *pool* des non-dits, et puis ils aborderont vraiment aucun sujet particulier. Je crois que ça c'est dramatique pour leur patients. Leur seule consultation ce sera un renouvellement de traitement d'hypertension artérielle sans se poser la question. Je crois qu'un patient qui prend un antihypertenseur, si on lui pose pas la question : "Et au niveau des érections, ça vous pose des problèmes ou pas ?" Ben voilà ça c'est un non-dit, y a plein de médecins qui poseront pas parce qu'après, "Ah ben le patient va peut-être me dire oui parce qu'il a jamais osé me dire, alors du coup, merde, il va falloir changer l'hypertenseur, lui expliquer que c'est son médicament... emmerdé avec ça.. je lui dis pas." Voilà.

-Et juste, un sujet bien spécifique, les violences physiques et sexuelles, en particulier celles de l'enfance, est-ce que c'est par exemple quelque chose qu'il est judicieux d'aborder en consultation ?

-Ouais. J'en ai eu une tout à l'heure.

-Parce que c'est aussi quelque chose qui est coûteux en temps.

-Ouais mais la fille elle est venue spontanément pour ça. Je vous dis, ça c'est parce que les patients qui viennent, c'est une question de confiance. Elle est venue, de but en blanc, sans trembler sans rien, "Euh voilà j'ai pris des beignes de mon copain, je voudrais lui faire peur, qu'est-ce que vous en pensez ?". Ben je lui ai dit qu'elle avait qu'à se barrer. C'est tout ce que j'avais à dire. Mais elle est venue, d'une extrême sincérité, pis elle est angoissée, elle nous a raconté ça. Après, ça aussi c'est un sujet... Bon c'est difficile de voir des parents et peut-être demander au gosse, au gamin, "Vous vous en occupez bien du gamin ? Parce qu'on les voit bien les bosses..." Vous voyez bien un gosse qui est pas bien traité, comment il est dans son fauteuil, s'il est prostré, s'il a des bleus... Ça c'est un sujet hyper délicat. Mais il y a une façon de l'aborder, y a une façon. (*ton*

faussement naïf) "Tombe souvent l'gamin ? Hein ? Tous ces bleus, là..." T'arrêtes pas d'tomber, toi ? Hein, c'est son frère qui lui tape dessus ?" Vous regardez bien la réaction des gens en face, des parents. Si vous les mettez mal à l'aise ou pas. Mais, après, faut pas... faut pas poser la question de but en blanc.

-Et est-ce que vous pensez pas que si on aborde de façon un peu frontale, les parents ils risquent de prendre peur et d'aller ailleurs ?

-Bien sûr, c'est comme ça que ça se passe. Si vous abordez de façon frontale un enfant battu, maltraité, vous dites aux parents : "Je suspecte chez vous... une maltraitance." vous êtes tranquille, vous les reverrez plus.

-Alors justement ce sujet-là est-ce qu'on peut l'aborder avec une espèce de délicatesse pour que les parents, ils se braquent pas, tout en les aidant à changer d'attitude ?

-Ça dépend de la violence apportée à l'enfant, si c'est un gamin qui a déjà trois bras cassés, etc., je pense qu'on n'en est plus à essayer de raisonner les parents, là c'est le circuit classique hospitalier. C'est-à-dire qu'on trouve une excuse quelle qu'elle soit pour les hospitaliser. On trouve n'importe quoi, on le met à l'hôpital et on appelle le service, "Voilà, moi je suspecte ça." Parce qu'ils sont beaucoup plus, ils peuvent être beaucoup plus directs que nous. Regardez les histoires qu'il y a eu sur des dénonciations, sur une collègue de Lille qui en a pris plein la tête parce qu'elle a pas pu prouver que ce qu'elle disait c'était vrai, et c'était pourtant vrai. Mais c'est quand même elle qui a eu le procès. Donc ça c'est vrai que c'est le sujet hyper délicat. Maintenant, je vous avoue qu'un gamin qui dirait en pleine consultation : "Ouais puis de toute façon papa et maman ils arrêtent pas de me taper dessus !" Ah ben ça me ferait pas plaisir du tout. Donc le gamin, il me tend la perche, donc là je vais pas la lâcher. Et là c'est sûr qu'il y aura un choc frontal. D'emblée. Avec tout ce qui risque d'arriver derrière. Mais je les mettrai au courant. Donc ouais, là j'y vais. Maintenant sur une simple suspicion, je vous avais dit, je vous dis, on y va en marchant sur des œufs, donc non, il y aura pas de choc frontal. Et c'est terrible, là c'est un non-dit terrible, vous voyez, quand vous suspectez effectivement une maltraitance à l'enfant, et vous vous dites : "Mais j'ai pas assez d'arguments, je suis pas sûr, je vais pas aborder le sujet, je vais pas aborder le sujet volontairement" alors que vous pensez sérieusement que ce gosse prend des claques, mais que vous arrivez pas à le prouver et que vous le faites pas parce que vous savez que de toute façon vous avez une chance sur deux de vous bananer, et de vous trouver avec un procès... Euh... je crois que... Alors c'est terrible de laisser repartir un gosse comme ça, et je crois que justement au contraire il faut trouver un truc au gosse et les faire revenir assez fréquemment,

voir comment ça évolue, et si on voit que ça devient vraiment grave, oui, passer par l'hospitalisation. Ou faire effectivement ce qu'on a là, une dénonciation. Un signalement au procureur.

-*Ouais donc c'est assez typiquement un sujet assez difficile.*

-Oui oui oui oui. C'est un sujet qui est difficile pas tellement pour la réponse qu'on va vous donner, c'est pour les emmerdes que ça va vous attirer. C'est un petit peu différent, parce que tu peux avoir un non-dit, parce que tu veux pas qu'on t'emmène sur un terrain que tu maîtrises pas bien, donc ça c'est un non-dit médical, parce que tu sais pas ou que tu as pas envie, ou pour du temps, etc., mais tu vois, mais c'est pas gravissime, pour toi. Et puis ça c'est un non-dit qui est particulier, c'est que tu fais pas un non-dit, parce que t'as peur à en subir les conséquences, toi. Et c'est déjà arrivé. Mais bon, faut pas sombrer dans la paranoïa.

-*Ok. Ben c'est très intéressant (rire)*

-Je sais pas.

-*Et bien je vous remercie !*

-Pas d'autres questions ? Parce que bon je suis parti !

-*Ah ben à moins que vous ayez...*

-Il vous a pas dit Alain Aubrège ? Moi je suis un bavard. Moi vous me tenez toute la nuit ! Ben c'est bien ça, c'est excellent.

-*Nan mais c'est un sujet intéressant, il y a beaucoup de facettes.*

-Ouais, le problème c'est d'avoir une bonne grille avec tout ça, et de remettre tout ça bout à bout, d'en sortir un travail, avec un bon fil conducteur, on arrive du début à la fin à voir où vous voulez aller, et ce qu'on ressort de la thèse. C'est pas évident, parce que... Je sais pas ce que vous diront mes collègues, les idées de chacun là-dessus.

-*Ben disons que j'essaie d'identifier les cas où il faut "s'engouffrer dans la brèche" entre guillemets, les cas où il faut pas forcément consacrer un temps précieux pour des choses qui n'auront pas de conséquences médicales, et j'essaie de savoir aussi méthodiquement, fin quelle est la méthodologie pour aborder les sujets difficiles.*

-Dans les non-dits, les non-dits hygiéno-diététiques... (à partir de ce moment il se tourne à moitié vers son jeune étudiant) Les non-dits chez les enfants, tu sais des fois tu vois des enfants qui sont en surpoids. Alors moi je me suis fait un jour bananer comme ça, parce que j'ai dit à la mère : "Mais ça va pas là, votre gamin, vous avez vu ?" Je veux dire j'arrive chez eux, il avait une assiette de frites comme ça, il faisait cinquante kilos, il avait huit ans... Deux œufs dessus, une saucisse autour...

-(rire)

-...et puis un steak haché. Bon j'ai dit : "C'est un peu trop quand même." Surtout qu'il y avait le

Paris-brest devant, je pensais que c'était pour deux, non c'était pour lui. Et je lui ai dit : "Votre gamin, là ça va pas, il est en surcharge pondérale, il faut faire quelque chose." J'ai été frontal ! J'ai dit : "Là madame c'est pas raisonnable, il faut un diététicien, je vais vous envoyer chez Morali à l'hôpital" : (il se frotte les mains) je les ai plus jamais vus.

-*Ah ouais.*

-C'était... et je faisais cette remarque d'autant plus frontale que le père était mort à 45 ans d'un infarctus massif. En surcharge pondérale bien sûr. Et le gosse était en train de partir sur la même ligne. Donc, ouais, ça a été frontal, tu vois bon, j'ai perdu mes patients, mais je m'en fous de ça. Je lui ai dit, elle me suivait c'était bien, elle me suit pas tant pis, qu'est-ce que tu veux que je fasse. Mais au moins j'ai essayé. Mais régulièrement, dans la consultation, ces non-dits-là, des fois tu veux pas t'embarquer sur la diététique avec les enfants, parce que c'est difficile. Bon moi j'y vais, je leur dis, et souvent les parents, c'est marrant ! ils ont une réaction positive. Parce que, ils le disent à la maison. Et d'un coup le médecin leur dit, et t'as des parents, la plupart du temps : "Ben tu vois ! Quand je te le dis ! Maintenant c'est même le docteur qui te le dit !" Et ben tu vois ça c'est un non-dit, si tu le fais pas, c'est un non-dit tout bête, tout simple, mais ça y est, t'as branché les parents, les parents ils savent qu'ils ont un autre interlocuteur, qui est le médecin, et c'est bien, c'est du non-dit positif. Ça te prend un peu de temps dans la consultation, ça te prend cinq ou six minutes d'expliquer les bases. Et puis tu le pèses, pis tu lui dis : "Bon ben la prochaine fois qu'on se voit, t'essaies de faire un effort." Tu prends le dessus. Mais ça, on n'est pas nombreux ! C'est pour ça qu'on a ces incitations à parler d'obésité aux enfants, parce que je crois qu'on n'est pas nombreux à parler de ce sujet-là. L'obésité de l'enfant, aujourd'hui ça devient un problème. Et si nous à la base en les voyant (le téléphone portable sonne, il raccroche) quand on leur fait un vaccin, n'importe quoi, on l'aborde pas, on peut pas, c'est un non-dit qui est pas bien. C'est un non-dit simple et je pense qu'on est pas nombreux à le faire. Y a pas que l'alcool, le sexe et la drogue, tu vois, y a la bouffe, y a, par exemple, un autre non-dit, les gamins turbulents. Les gosses turbulents, moi je leur dis, aux parents : "Si vous les tenez comme ça, à dix-huit ans ils vont vous mettre une taloche !" - "Ah ben oui, mais j'arrive plus à les gérer." Et là tu vois la souffrance des parents à gérer les enfants. Ça c'est des non-dits que tu peux ne pas aborder, parce que tu te dis : "Après tout moi je suis pas pédopsy, je suis pas psychologue, elle a qu'à se démerder avec ses mouflets !" Et cette femme-là attend peut-être une solution, ça peut être de lui dire : "Ben écoutez, prenez rendez-vous au CMP !" Alors bon effectivement

tu vas perdre du temps en disant : "Bah oui, voilà le CMP y a une structure, y a des psychologues pour enfants, c'est peut-être un hyperactif..." Y a combien de gamins qui se baladent comme ça parce que personne a jamais rien dit. *(se tournant vers l'étudiant)* Regarde là, tu te souviens la dame avec ses deux gosses ?

(L'étudiant :) -Ouais, la dame avec les jumeaux...

...

-Ça fait aussi partie ça, tu vois ça c'est des non-dits simples, hein, pour vous *(me mimant de prendre des notes)* ça vous donne des critères de non-dit. Après ça peut être des choses que tu vois sur quelqu'un. Des problèmes... L'hygiène par exemple. On peut avoir des patients sur la table d'examen, tu vas te rendre compte qu'ils ont une hygiène qui est pas terrible. Alors soit tu dis rien... Pis bon, c'est tout, tu mets une pince à linge *(en se pinçant le nez)*, soit tu leur dis. Bon. Moi je vais te dire, j'ai du mal à dire à un de mes patients : "Faudrait quand même vous laver". Quand c'est trop je le dis. Je leur dis : "tendez, vous avez perdu votre savon ?" *(rires)* Tu peux mettre une petite touche d'humour, ça va peut-être faire rire le patient. "Ah, j'sors du boulot" ; "Ah bon ?" Ça fait rien l'idée elle est passée.

Alors, c'est sûr, y a une technique de parler des non-dits. Ça dépend beaucoup des gens, hein. Bon après, qu'est-ce que tu veux, quand tu as des gens qui sont... comme on en a vu une, qui est sous tutelle, qui a pas la lumière à tous les étages, ben, bon elle vient, elle pue, bon c'est tout : elle pue, on va pas lui dire, c'est tout. Là c'est un non-dit si tu veux volontaire parce que tu sais que de toute façon t'arriveras à rien, ça te mènera à rien. Tu peux avoir des non-dits aussi quand t'arrives chez les gens, et que c'est dégueulasse chez eux parce qu'ils vivent avec cinquante mille chats. Bon tu vas rien dire mais c'est quand même un problème d'hygiène, et dans l'hygiène y a leur santé derrière.

(L'étudiant :) -Ben oui.

-Donc ça aussi, l'hygiène sur eux, l'hygiène chez eux... C'est un peu notre boulot, on est médecin traitant, on est les seuls à aller chez eux, y en a pas d'autres. Y a les infirmières etc., mais en tant que soignants... Voilà, ça aussi c'est des non-dits dont les médecins, on parle peut-être pas... Le tabac, ça c'est facile, hein, on a tous... On pousse tous nos gens à arrêter de fumer.

-Et par rapport à la peur des maladies graves, le cancer, les pronostics sombres, ça aussi c'est des sujets qui sont...

-Alors moi je suis extrêmement direct. Je suis extrêmement direct, et ça, je suis extrêmement direct depuis une de mes patientes qui avait un cancer du pancréas, et toute la famille nous disait : "Il faut pas lui dire, il faut pas lui dire !". Bon, t'es jeune, tu fais des erreurs. Parce que je considère que c'est une erreur. Alors on lui disait

pas. La pauvre vieille elle allait en chimio. À un moment donné elle était quand même pas folle. Et je me souviendrai toujours un jour parce qu'elle habitait *(à tel endroit)*. Il était midi, je raccompagnais mon dernier patient, et puis hop ! Elle était devant la cage d'ascenseur. Puis elle me dit : "Oh vous êtes tout seul docteur ?" Je lui dis : "Ben oui" - "Je peux venir vous voir deux minutes?". Je lui dis : "Bien sûr, venez, allez hop !" Elle se met assise, elle me regarde, elle me dit : "J'ai un cancer du pancréas docteur ?" ... Je la regarde, je lui dis : "Ben... oui." - "Pourquoi vous me l'avez pas dit avant ?" - "Bah, je lui dis, parce que, voilà, y a toute votre famille qui avait peur que ça vous secoue..." - "Docteur, ça fait six mois qu'on me fait de la chimiothérapie... Vous me prenez pour une nouille ? J'ai bien compris ! Je comprends ! " qu'elle me dit... "Mais bon, vous auriez pu me le dire." Je lui dis : "Ben oui." - "Et là donc c'est bien un cancer du pancréas, vous me le confirmez ?" Je lui dis : "Oui madame c'est un cancer du pancréas." - "J'en ai pour combien de temps ?" elle me dit. Je lui dis : "Je sais pas, deux ou trois mois peut-être ?" Et ben elle est partie en me remerciant. Elle m'a dit : "Ben merci vous voyez parce que, je suis contente qu'on en ait parlé et que vous me l'avez enfin dit". Eh bien de ce jour là, je me suis dit que c'est un sujet, y aura plus de non-dit là-dessus. Je fais un diagnostic de lymphome, je fais un diagnostic de cancer, je fais un diagnostic de tout ce que tu veux, mon patient je lui dis. "Voilà..." Je peux commencer très simplement en disant "Voilà, c'est grave." Et donc automatiquement le patient te dit : "C'est un cancer ?" Et là tu dis : "Ben oui, voilà." Et je crois qu'il faut pas tourner autour du pot, sauf évidemment, si tu as décelé une personnalité extrêmement fragile, où là il faut y aller vraiment progressivement mais ils sont quand même pas nombreux. Les gens sont pas cons, hein, ils peuvent accepter la plupart du temps des diagnostics. Après tu t'enfermes dans une espèce de logique du non-dit, hein, tu vois : "On l'a pas dit, je l'ai pas dit d'emblée, alors maintenant qu'est-ce que je vais lui dire, comment je vais lui présenter ?" Et ton patient il t'en voudra plus, je crois, que si t'es franc avec lui. Donc le non-dit dans ce domaine-là, très honnêtement, il doit être exceptionnel. Il doit vraiment, c'est vraiment... Tu dois avoir de bonnes raisons, de très très bonnes raisons de pas, de passer là-dessus, de mettre la chape de plomb. Bon effectivement t'as peut-être des médecins aussi qui, qui sont pas... qui ne veulent pas, parce que ça leur fait peur eux-mêmes. Ils savent pas comment le dire, ils ont peur de la réaction, ils ont peur que le mec s'effondre devant eux ou la femme s'effondre devant eux. Ben oui qu'est-ce que tu veux, ça arrive. J'ai dit des choses et la personne s'est effondrée en larmes devant, qu'est-ce que tu veux, je veux dire, à un moment donné... Tu peux difficilement

dire à quelqu'un : "Ne vous inquiétez pas, c'est pas grave, on va juste vous faire un peu de chimiothérapie." Faut rester sérieux, si c'est pas toi qui le dis, elle finira par le savoir. Et celui en qui elle a confiance, c'est le seul qui justement aurait dû en parler, qui en a pas parlé. C'est cette vieille dame qui m'a vraiment mis le doigt dessus, et j'avais quoi, trois ou quatre ans d'exercice. Et depuis pour moi maintenant c'est fini. Donc je fais un mauvais diagnostic, le patient je lui dis, et... ça se passe plutôt très bien.

-Et vous disiez "mauvais diagnostic" dans le sens diagnostic sombre. Mais quand on fait une erreur médicale, est-ce que... Quelque chose qu'on peut dire? Quelque chose qu'on peut...
-Ouais, moi je conseille de le dire, d'être franc. Euh, est-ce que ça m'est arrivé ? Oui. C'est peut-être pas une erreur, c'est peut-être pas une erreur. Des erreurs je crois pas que j'en aie fait... Jamais eu vraiment à me justifier, mais ça m'arrive parfois de me tromper de traitement, Le patient qui me dit : "Ben alors, c'était pas le bon ?" - "Ben non c'était pas le bon, je suis pas parti sur le bon diagnostic". Je dis toujours cette anecdote du, du, quand tu penses que t'as bien fait les choses mais qu'on te reproche quelque chose, il faut être clair avec les gens, leur expliquer pourquoi. Même si on te reproche d'être passé à côté d'un diagnostic, moi ça m'est arrivé une seule fois, un type que je connaissais pas, mais j'avais aucune raison de suspecter son infarctus, mais absolument aucune. C'était une douleur qui était depuis une semaine, plutôt digestive, le mec qui avait aucun antécédent qui te disait lui-même que la semaine dernière il avait fait la java avec ses copains et que le vin blanc était pas passé. Mais j'avais quand même pris la précaution, parce qu'il m'avait dit, j'avais trouvé qu'il était un peu hypertendu, j'ai quand même pris la précaution de téléphoner au cardiologue qui m'avait dit : "Oui y a six mois j'ai fait une épreuve d'effort elle était négative". Et la sœur m'appelle le mardi, je l'ai vu le samedi matin ce monsieur-là, en me disant le mardi, "Voilà, je vais vous poser une question, pourquoi vous n'avez pas évoqué un diagnostic postéro diaphragmatique chez mon frère ?" Je lui dis : "Pourquoi vous me demandez ça ?" Elle me dit : "Parce qu'il est mort." ... Et ben voilà, y a deux options, tu rapproches et tu te crispes... Je lui dis : "Ben voilà, Madame pourquoi j'ai pas évoqué ça..." je lui ai donné toutes les raisons, "Vous pouvez téléphoner au Dr B. qui vous dira qu'il a noté dans son dossier que j'avais appelé sa secrétaire, épreuve d'effort négative". On a bavardé très gentiment avec cette fille qui était infirmière. On est restés à peu près une demi-heure au téléphone. Et puis tout doucement je lui ai dit : "Il était hypertendu, je lui ai remis son traitement, mais ça faisait une semaine que ça durait. Réfléchissez..." Et je lui dis : "Mais il est

décédé quand ?" ; "Dans la nuit de dimanche à lundi, à côté de son amie, qui l'a regardé souffrir toute la nuit, qui s'est levée le matin, qui a constaté le décès." Je lui dis : "Ben moi Madame j'aurais demandé une autopsie, parce que c'est pas clair. On dirait presque un empoisonnement. Maintenant... Vous me demandez, vous me dites que j'ai pas fait le diagnostic. Moi je vous dis qu'en tant que médecin, si j'avais signé le certificat de décès..." Et tu vois, j'ai amené cette femme-là, qui m'a téléphoné, elle m'en voulait pas spécialement, mais elle voulait savoir... Je pense que si je lui avais dit : "Ben oui, je me suis trompé, ben c'est tout, vous voulez qu'on en parle avec l'avocat ?" comme tu pourrais faire bêtement, je pense que oui tu l'aurais énervée. J'ai discuté gentiment avec elle. J'ai même donné des hypothèses qui étaient... auxquelles personne n'avait pensé, on a discuté très gentiment, elle m'a remercié, on s'est quittés en très bons termes. Et pourtant tu vois, elle me reprochait quelque chose, de pas avoir forcément diagnostiqué un postéro diaphragmatique, ce qui était impossible à faire. Je considère que là-dessus : zéro. Mais je pense aussi, quand je fais une petite erreur de diagnostic, que je me trompe, que j'envoie les gens et puis le traitement finalement "Écoutez docteur c'était pas ça, c'était ça", ben ouais, je me suis trompé. Je le dis clairement : "Je me suis trompé". En médecine y a rien d'exact. Et ben, j'ai jamais eu de problème. .. Jamais eu de problème, parce que les gens, ils te disent : "Ben oui, ça peut arriver". Ben oui. Alors que si tu fermes, ou que tu t'enfermes dans ta logique, en essayant d'expliquer... Tu t'es trompé, tu t'es trompé ! C'est tout. Tends, évidemment, si ça a des conséquences extrêmement graves, c'est embêtant. Mais... assume. Mais sinon tu fais une petite erreur de traitement, tu donnes pas le médicament qu'il fallait, t'as pas fait gaffe, il était allergique, il te fait des boutons : "J'ai pas fait attention Madame, excusez moi, c'est ma faute." T'auras pas de plainte si tu reconnais. Si tu t'entêtes, "Mais vous me l'avez pas dit !" etc. Ça va s'envenimer, et t'en sortiras pas. Moi je suis toujours très clair là-dessus, quand ça m'arrive, très rarement, "Ah merde le médicament-là, ben oui, j'aurais pas dû vous le donner, c'est vrai que je vous l'avais donné y a deux ans, vous l'aviez pas supporté, ben j'ai pas bien regardé le dossier, je m'en souvenais plus..." Ça passe très bien "Bon ben vous le notez là !" Et puis voilà, ça finit comme ça. "Oui, je le note." Pis c'est tout, Les gens ils reviennent. C'est pas... T'enterre jamais ! Ça c'est ce que je pense, hein. C'est ce que je fais.

...

-Ben c'est très bien, je vous remercie !

-Ben de rien.

Hors micro : nous parle du non-dit du médecin lié à ce qui est douloureux pour le médecin. Nous explique par exemple que ce qui est relatif à la gestion de l'angoisse, au surmenage, lui est plus difficile à aborder avec ses patients, parce que cela le renvoie à ses propres difficultés. Il aborde ensuite l'intérêt qu'aurait pu avoir une étude par focus group, pour confronter les points de vue.

Dr M

Profil : Médecin féminin, milieu de carrière.
Maître de stage.

Conditions d'exercice : en cabinet de ville, à Metz. Associée à un généraliste. Une secrétaire. Consultation sur rendez-vous uniquement. Une salle pour l'entretien et une salle pour l'examen clinique.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 19/01/2013, dans son cabinet, avant la matinée de consultation, en disposant de 45 minutes.

Elle a été notre médecin de famille.

Durée : 46 minutes

-Alors c'est une thèse qui porte sur le non-dit, sur tout ce qui n'est pas dit, ou pas facilement dit en consultation.

-Ouais.

-...à la fois par le patient et le médecin.

-Ouais.

-Euh, mais avant de commencer, en fait, j'aurais voulu revoir un petit peu l'organisation de votre semaine du point de vue de votre travail. Euh, vous travaillez de quand à quand ?

-Du lundi matin au samedi. (rire) C'est, c'est du matin huit heures, jusqu'au soir 20h30 - 21h.

-Et vous travaillez uniquement sur rendez-vous ?

-Oui

-D'accord. Vous faites aussi les visites à domicile ?

-Oui.

-Et les rendez-vous c'est des créneaux de combien ?

-Officiellement quinze minutes... parce qu'il faut bien fixer un quota mais c'est vrai qu'on déborde souvent.

-D'accord. Vous faites uniquement de la médecine conventionnelle, ou vous faites aussi homéopathie, acupuncture, tout ça ?

-Non jamais.

-D'accord. Vous avez toujours travaillé ici, à Metz ?

-Oui.

-Oui, jamais en campagne ?

-Non, toujours en ville.

-D'accord. Bon, pour rentrer un peu dans le vif du sujet, donc ma thèse, elle porte sur le non-dit, le non-dit, je serais tenté de le présenter comme "tout ce qui n'est pas, euh, explicitement verbalisé, pendant la consultation, euh, pour une part pour des raisons conscientes et pour une autre part pour des raisons inconscientes, des tabous, des angoisses, des choses comme ça.

-Hmm.

-...parfois même la méconnaissance du corps, la méconnaissance des maladies...

-Moi je dirais aussi par éducation.

-Pardon ?

-Je dirais aussi par éducation, pour certaines générations. Y a des grosses différences entre les générations. Vous avez des générations âgées, qui sont des gens très très pudiques, une éducation très rigoureuse, etc. Euh, vous avez aujourd'hui des jeunes générations qui n'ont plus de limites. Qui ne savent plus faire la part des choses du tout. Et je pense que mes confrères en ont conscience aussi.

-Oui oui oui. ... Euh, euh les, les choses qui sont difficilement verbalisées, voire pas verbalisées du tout en consultation, bon, il y a des tas de domaines, mais est-ce qu'il vous semble que c'est certains sujets plus que d'autres, certaines choses plus que d'autres, dont les patients parlent pas, ou difficilement ?

-C'est une vaste question, euh, pfouh... .. Ça mérite réflexion, bon après c'est en situation qu'on s'en rend compte. Euh, parfois les gens ne parlent pas parce que leur conjoint est à côté, voilà, on va dire qu'il y a des choses qui ne sont pas dites, euh, parce qu'ils ne sont pas seuls, parce qu'ils sont accompagnés par le conjoint ou par des enfants. Bon, mais ils arrivent à nous le faire sentir, ils nous disent qu'ils reviendront, enfin qu'ils nous recontacteront, etc. Hein, en général, il y en a peut-être qui ne le disent pas et puis qui reviennent tout seuls.

-Et...

-Euh, le non-dit par ce que vous avez dit tout à l'heure, par méconnaissance, par pudeur, par, par... peur aussi ! Par peur, la peur existe, la peur de la maladie, la peur de ce que le médecin va dire, la peur des examens aussi : pas forcément du diagnostic, la peur des examens.
-Et, euh, vous, vous avez le ressenti que c'est sur quel sujet qu'il est le plus difficile d'avancer avec le patient ?

-Les sujets peuvent être divers. Ça peut être ce qui touche à leur vie intime sexuelle, ça peut être ce qui peut engendrer, ce qui peut toucher à une pathologie cancéreuse, aussi.

-Alors ces sujet délicats, vous pensez qu'on doit les aborder de quelle manière en tant que médecin ? Est-ce qu'il y a une méthode pour en parler ?

-Alors, on peut pas les aborder si les gens ne les abordent pas. Le médecin n'a pas à aborder quelque chose s'il n'y a pas la demande du patient à la base. Maintenant si le patient tend une perche, et comme c'est souvent le cas, parfois par une dernière petite phrase, juste en fin de consultation, quand il a réglé, quand il a le manteau sur le dos, et qu'il a déjà la main sur la poignée de la porte de sortie, là à ce moment, il faut, alors là c'est très compliqué, parce que vous devez rattraper le coup, parce que vous pouvez pas reprendre la consultation, mais par contre il faut inciter la personne à revenir.

-D'accord.

-Il faut saisir la perche tendue, et savoir inciter la personne à ce moment à revenir, quitte à redonner un rendez-vous, dans ces conditions-là. Mais parfois le médecin supprime des problèmes, mais si on n'a pas... ..si on n'a pas la petite perche tendue, comme je dis on ne peut pas, nous, y aller, c'est pas notre rôle.

-D'accord

-Il faut que la personne soit prête, vous faites pas du rentre-dedans, hein, le médecin n'est pas là pour ça.

-D'accord. Et s'il s'agit d'un problème, bon, je prendrai par exemple l'alcoolisme. Un patient qui serait alcoolique, qui va soigneusement éviter le sujet, est-ce que, du coup, le médecin répond à ce non-dit par un non-dit ?

-Ben vous pouvez pas dire en face à quelqu'un "Mon brave monsieur, faudra peut-être revoir la consommation d'alcool à la baisse" comme ça de but en blanc, hein c'est très frontal, ça c'est quand même un peu, bon, il faut savoir contourner la difficulté, il faut trouver des biais. Après, après ça dépend de la personne, depuis quand vous la connaissez, la relation que vous avez avec, si c'est quelqu'un qui déboule pour la première fois dans votre cabinet, ou si c'est quelqu'un que vous connaissez depuis longtemps, hein je veux dire bon, c'est vrai qu'il y a un alcoolisme social parfois méconnu, les gens n'osent vraiment vraiment pas en parler, et si on arrive nous à mettre un peu le doigt dessus, c'est souvent par la réalisation d'une prise de sang, qu'on a un peu la... Bon par la stéatose hépatique débutante, mais je veux dire, bon, alors là toute la, toute la, la difficulté est de dire, ce qui fait un peu le charme aussi un peu, d'une certaine façon de la relation patient-médecin, qu'il faut arriver à la personne, à, à aborder le truc.

-Alors, un patient qu'on connaîtrait bien, euh, vous auriez tendance à procéder comment pour aborder un sujet un sujet délicat comme par exemple l'alcoolisme ?

-Y a pas de recette.

-Y a pas de recette ?

-Y a pas de recette. Y a pas de recette, après, ce qu'il faut c'est que le médecin en ait conscience. À partir du moment où nous on en a conscience, bon ben écoutez... Une chose est sûre c'est qu'il faut pas prendre les gens frontalement. Moi je pense qu'il vaut mieux un peu... "amadouer" les gens, les inciter progressivement, à en parler, à reconnaître leur souci...euh leur problème. Bon alors après y a des méthodes, bon sûrement, mais bon, on est pas toujours là à appliquer des méthodes, après c'est l'expérience du métier qui fait un peu la différence.

-Et si le patient a des résistances quand on essaie d'aborder un sujet dans l'intérêt de sa santé ? Que lui, il ne veut pas, qu'à chaque fois

qu'on essaie d'aborder le sujet il botte en touche, est-ce qu'il faut insister ?

-Pas forcément sur le coup. Il faut savoir aussi s'arrêter et reprendre la fois suivante. Parce qu'en médecine générale, l'intérêt c'est que vous soignez les gens dans la longueur, et c'est la seule branche de la médecine, quasiment, où ça se produit comme ça. Ce qui fait notre force, je dirais, nous, en médecine générale, c'est qu'on soigne les gens dans le temps.

-D'accord. Et un patient qu'on connaît depuis pas longtemps, à l'inverse, un patient qu'on connaîtrait depuis pas longtemps, est-ce qu'au début on va pas aborder les sujets sensibles ? Pas du tout ? Ou bien est-ce qu'on en parle un tout petit peu mais qu'on force pas ?

-Ben c'est-à-dire que le patient vient pour un motif précis de consultation, donc s'il vient parce que, j'sais pas moi, il a une angine blanche, je veux dire, bon, vous allez pas lui dire d'emblée au bout de la consult' "Mon brave monsieur vous avez un problème avec l'alcool", à moins qu'il soit complètement éméché dans votre cabinet, c'est clair que, bon (rire) ça c'est pas...

-D'accord.

-(toux)

-Donc si c'est sans rapport avec le sujet qu'on serait tenté d'aborder,...

-Par contre, par contre, il faut profiter de la consultation, à ce moment-là, pour dire "On va peut-être faire un petit check up, qu'en pensez-vous ? De quand date votre dernière vaccination ? Votre dernière prise de sang ?", on profite pour faire un contrôle tensionnel/auscultatoire. C'est comme ça qu'on prend les gens.

-D'accord.

-On les prend en charge progressivement. "Pis vos antécédents, est-ce que vous fumez ?" Là en général les gens ils disent : "Ah non docteur, je ne fume pas, je ne bois pas" ou alors : "Ah oui, un petit peu !" puis, "Ah je prends quelques apéros de temps en temps". On y arrive, faut, faut tout doucement contourner, voilà, c'est par des biais, par des tangentes qu'on progresse.

-D'accord. Et... est-ce que vous pensez que si on néglige d'aborder ces sujets que le patient ne souhaite pas aborder, est-ce que ça a des conséquences négatives, à long terme ?

-J'aime pas le mot "négliger" que vous utilisez.

-Ouais ?

-C'est péjoratif...

-Si on... le patient n'aborde pas un certain sujet, qu'on a vu que c'était difficile de l'aborder, et que du coup, on ne l'aborde pas non plus, est-ce que ça peut avoir des conséquences négatives à long terme ?

-Mais le patient reste libre, hein, reste libre. Y a des patients qui ont un cancer, ils vous regardent droit dans les yeux, ils vous disent : "Moi je veux pas de ci, je veux pas de ça", c'est tout, par exemple.

-D'accord.

-Vous pouvez pas les forcer à se soigner. C'est le même principe. .. Là, le rôle du médecin c'est de ... de... d'expliquer, de diagnostiquer, de conseiller, d'informer, euh, mais, il y a une limite au-delà de laquelle on ne peut pas passer. Hein, quand on explique aux gens ce qu'on recherche, le pourquoi du comment, il faut faire tel examen complémentaire... Bon, ils n'y vont pas : vous faites quoi ? Vous n'allez pas aller les chercher par la main chez eux pour à tout prix faire les examens complémentaires. Le médecin, il a fait son job. Hein, parce que bon, les conditions actuelles, au jour d'aujourd'hui, bon, aujourd'hui il faut que les gens... faut guérir tout le monde, quoi. Aujourd'hui on en meurt plus, c'est... On doit guérir, et on doit guérir très vite, et puis sans effets secondaires. Bon, ben non, c'est pas comme ça que ça se passe, mais, bon, par exemple tous les diabétiques devraient être équilibrés aux yeux de la sécurité sociale, puisque là on rentre dans une convention sociale, avec des statistiques (*toux*) pour nous-mêmes. Mais, je veux dire, le type qui ne veut pas se soigner comment vous faites ? Vous pouvez pas, vous lui avez expliqué, réexpliqué, vous l'incitez à faire ses examens, à prendre des traitements, (*toux*) au-delà d'une certaine limite on ne peut pas. Alors le dernier non-dit c'est peut-être que, c'est peut-être que, on a envie de le dire, c'est peut-être qu'il a envie de se suicider à petit feu et puis voilà, mais après tout c'est son choix. (*toux*) -Pardon- On n'est pas de la famille, on n'est pas des amis.

-Justement c'est un sujet aussi pourvoyeur de non-dit, le suicide, est-ce que c'est quelque chose qu'on peut aborder avec les patients, en tant que médecin ? Est-ce que... c'est difficile à aborder ? ... Ou est-ce qu'au contraire ça n'a pas d'intérêt d'aborder un tel sujet du point de vue médical ?

-Euh, je... Votre question elle est... Vous dites que... aborder comme ça... Y a des conditions ! Quand on a une personne effectivement qui peut être anxiodépressive, que bon, à force de questions vous sentez que c'est quand même une dépression sévère, vous cherchez aussi les idées morbides, vous cherchez aussi par le questionnement, par l'interrogatoire, vous cherchez aussi un petit peu à savoir si la personne a des idées suicidaires. Et vous dites pas de but en blanc : "Est-ce que vous avez envie de vous suicider ?"

-Mais si le patient masque, s'il ne répond pas trop à vos questions, si...

-Vous pouvez pas dire à un patient : "Vous voulez vous suicider ? Dites-moi où, quand, comment ?" Non, non c'est pas comme ça que ça se passe, pas du tout, pas du tout.

-Mais si malgré les efforts de délicatesse du médecin, le patient, il contourne, etc. ? On est obligé de...

-Mais vous faites votre, le médecin fait son travail ! Il prend en charge, soit il conseille l'hospitalisation, bon, en expliquant que, y a un caractère de dangerosité pour la personne, à la laisser seule chez elle, etc. C'est trop compliqué, trop difficile, trop douloureux, etc., etc. On voit sa réaction, soit elle l'accepte, soit elle l'accepte pas. Même dans le domaine psychiatrique, même par rapport au suicide, hein.

-Euh, il y a un autre domaine aussi, qui est riche en non-dit, c'est tout ce qui est relatif à la sexualité des patients. Est-ce que le, est-ce que c'est un sujet que le médecin doit aborder, peut aborder ?

-"Peut aborder" mais pas "doit". Ah non, c'est pas du tout... On peut aborder tous les sujets avec ses patients, à partir du moment où le patient le sollicite pour ça, que ce soit par du verbal, par de l'écrit, ça arrive, qu'on nous glisse un courrier. "À donner..." En général c'est pas anonyme. Voilà. On a des courriers très intimes dans nos dossiers, je pense que tous les médecins en ont. Ça peut-être par du non-dit, par simplement une phrase, voilà, en fin de consultation, mais qui ouvre une porte pour la fois suivante, et là il faut savoir inciter le patient à revenir, euh, voilà, quoi.

-Et quand le patient n'aborde pas un sujet, là j'ai pris exemple de la sexualité, mais ça peut être autre chose, s'il aborde pas un sujet parce qu'il a des tabous, il vous semble qu'on ne va pas le chercher trop sur ce terrain-là ?

-Ben, il faut respect... Non, vous pouvez pas "trop" chercher, non non non.

-D'accord.

-Faut savoir ouvrir des portes, hein, expliquer qu'on est là, à leur écoute, voilà, qu'on est disponible quand ils le souhaitent, quand ce sera le moment approprié, voilà. Y a des phrases ? Faut... Que ce soit, peu importe le domaine, dans la communication, dans la relation médecin-patient, on est là pour "ouvrir des portes" pour le patient.

-D'accord.

-Hein, mais la démarche première c'est pas à nous de la faire, hein, c'est au patient.

-D'accord. Et, cette manière, justement, d'ouvrir des portes, ou bien d'aborder des sujets avec une certaine délicatesse, c'est quelque chose qui s'apprend, ou c'est quelque chose qui est inné, il vous semble ?

-Non, ça s'apprend, il y a des séminaires de communication. Si vous voulez, moi j'ai été régulateur pendant pas mal d'année, hein. C'est vrai qu'au début des études de médecin, les études de médecine vous forment pas à ça, ça c'est évident, ni à mon époque ni à la vôtre. Bon, après il y a le tempérament du médecin, son éducation, bon, qui jouent, qui interviennent aussi. Et puis il y a des formations pour ça. Moi j'ai fait quelques séminaires, voilà, notamment au début de la régulation médicale, puisque

c'était quelque chose de nouveau, il y a une vingtaine d'années maintenant. Et ça, ça vous forme, bon ça vous forme pour la régulation mais ça vous forme en général dans votre métier au cabinet, dans, dans le tout venant, c'est pas seulement pour la régulation.

-Est-ce que cette faculté à aborder des sujets délicats, ou à ouvrir des portes, est-ce qu'il vous semble que c'est quelque chose qui évolue au cours de la carrière ?

-Oui ça évolue, parce que, parce que comme dans tout domaine, quand on est expérimenté, en général on a plus de facilité que quand on est débutant, c'est évident.

-C'est une capacité dans laquelle on progresse.

-En tant que maître de stage, moi je vois tout à fait la différence entre mes jeunes stagiaires, et je vois même la différence entre mes jeunes stagiaires qui rentrent en troisième cycle, et puis ceux qui sont en fin de parcours, à la fin du troisième cycle, et qui en deux ans ont déjà acquis plus de bouteille, hein, ça se sent très bien dans la relation. Les jeunes stagiaires, majoritairement, bon vous je ne sais pas comment c'était, mais on sent que... pfouh, la communication n'est pas toujours aisée, hein, loin de là, alors bon, on est là nous, ce qui des fois complique un peu la chose, parce que nous on est là, forcément, parce que les gens "reviennent" vers nous et abandonnent le stagiaire.

-Et en dehors des facultés de communication, le fait d'être jeune, est-ce que ça change quelque chose au fait que les patients parlent plus ou moins de sujets délicats ?

-Je pense que c'est pas forcément... Bon je pense que l'âge ne rentre pas en ligne de compte. Je pense pas. Les gens viennent voir un médecin... Maintenant effectivement, après tout dépend de comment... S'il vous tend une perche et puis que le médecin en face de lui dit : "Bon ben voilà, je vous demande votre carte vitale et c'est vingt-trois euros la consultation", le patient, là il est refroidi, je veux dire (*rire*) il tend sa carte vitale et bon, il établira plus le dialogue, il viendra, il prendra un rendez-vous sans le stagiaire, avec son médecin habituel.

-Ça les patients vous demandent, les rendez-vous sans le stagiaire ?

-Oui, bien sûr, pour tout ce qui... 'fin, généralement ce qui touche au problème anxieux, souvent anxiodépressif, bon, la sexualité mais ça c'est un peu différent. On en parle plus d'ailleurs aujourd'hui, quand même, de ces domaines-là, je trouve. Plus facilement, et peu importe que ce soit un patient homme et un médecin femme. Fut une époque, moi quand j'ai commencé ma carrière, c'est vrai que les hommes par rapport aux médecins femmes qui n'étaient pas très nombreuses, n'abordaient pas certains sujets. Au jour d'aujourd'hui, ça, il y a beaucoup beaucoup moins de tabous.

-C'est la féminisation du métier qui a changé les choses ou c'est les mentalités ?

-Non, c'est pas la féminisation. C'est l'évolution des mentalités, et puis, euh, le développement des, des campagnes de communication, aussi. La sexualité, y a eu quand même beaucoup de campagnes de communication, quand même.

-Et pour un médecin femme, aujourd'hui, c'est, c'est difficile d'aborder des sujets par exemple la dysérection des hommes ?

-Pourquoi ça serait difficile ? C'est notre boulot, ça fait partie du boulot, comme dans n'importe quel domaine. Bon maintenant le propre du médecin généraliste, c'est de savoir beaucoup de choses dans beaucoup de domaines, mais on a des domaines préférentiels et des domaines qui le sont moins, ce qu'il faut c'est que le médecin connaisse le moment où il doit passer le relais, que ce soit en gynéco pour certains, que ce soit en diabéto, que ce soit en psychiatrie ou je ne sais quoi, peu importe. Ou en gastro-entéro, peu importe.

-D'accord.

-Un médecin, 'fin je, un médecin, c'est un médecin, c'est un personne neutre, on doit être, en principe une personne qui est neutre, par rapport à la patientèle.

-Et, je pense que les médecins ont leurs propres tabous...

-Bien sûr, oui

-...ça doit intervenir dans la relation avec le patient, dans le fait que le patient parle plus ou moins difficilement de certains sujets.

-Oui certainement, et puis bon je veux dire, on est comme tout le monde, il y a des jours où on est préoccupé, on est fatigué, et puis ce jour-là on est pas dans les meilleures conditions pour développer telle ou telle chose, bien sûr.

-Est-ce que vous, vous avez une... est-ce que vous pouvez présumer les sujets dont les patients vous parlent spécifiquement moins ?

-Dont ils me parlent moins...

-Dont ils parlent moins à vous, de par votre personnalité, votre profil...

-Moi je suis, comme on le disait tout à l'heure, un médecin conventionnel, donc je suis... peut-être, vous voyez ça va peut-être vous faire sourire, moi je suis peut-être, peut-être que tout ce qui est médecine douce, médecine chinoise, tout ça, ils savent que moi c'est pas trop mon truc donc ils m'en parlent un petit peu, mais c'est vrai qu'ils creusent pas trop parce qu'ils savent que c'est pas mon truc.

-D'accord. D'accord d'accord. (raclement de gorge)

-Les patients me connaissent aussi. Hein, je vais vous dire, des patients qui nous connaissent bien, qui un jour ont un problème particulier, ils sauront très bien que tel jour ils vont venir, et que c'est pas le jour à m'en parler, parce qu'ils voient bien que j'ai pris beaucoup de retard dans ma consult', que etc. Et ils me disent : "Écoutez

docteur, je voudrais vous parler de ça, mais... on se revoit ?" (*sourire*) C'est pas tout le monde, hein, mais on connaît certains patients depuis très longtemps. On est... Comme nous le disent certains, on fait partie de leur, on connaît... 'fin on est dans leur vie sans être dans leur vie, c'est quelque chose de très particulier, voilà. Puis parfois ils veulent nous voir simplement pour s'épancher parce qu'il y a des choses à dire, ben il n'y a plus beaucoup de confesseurs aujourd'hui, il n'y a plus beaucoup d'endroits où les gens peuvent se confier, 'fin d'endroits, de personnes, donc il reste encore le médecin, un petit peu.

-Et par rapport à tout ça, il y a une difficulté pour le médecin, c'est le temps, le temps que ça coûte...

-Après c'est à nous de nous organiser. Après c'est une organisation. Même des, je pense, même avant de travailler sur rendez-vous, ou des confrères qui sont sans rendez-vous, savent, normalement on doit savoir dire à la personne : "Écoutez, on va prendre un temps à part, donc, si vous voulez bien, on va essayer de trouver un créneau pour se voir tranquillement, et discuter de, de votre problème", voilà.

-D'accord.

-Ça il faut savoir le faire, qu'on travaille sur rendez-vous ou sans rendez-vous. Bon sur rendez-vous c'est plus facile à faire mais sans rendez-vous aussi.

-D'accord, et par rapport...

-Parce qu'on sent ! Alors soit parce que la personne est directe, ou parce qu'elle ne l'est pas, et parce qu'on sent qu'il y a besoin de ce temps-là, hein, voilà. Et les gens adhèrent tout de suite, je veux dire, même s'ils ont pas dit grand-chose, mais par leur non-dit, ils ont réussi à faire passer le message, c'est ce qu'ils voulaient, et voilà, après, et après, ils oseront plus se dévoiler.

-D'accord.

-Les gens, quand même, souvent se dévoilent, chez le médecin, pas seulement physiquement en se déshabillant, des fois aussi leur âme et leur esprit, hein.

-D'accord. ... Et il y a un autre sujet aussi, qui est source de non-dit, euh, et qui est peut-être plus source de non-dit pour le médecin, c'est ce qui est relatif aux maladies graves, au cancer. Est-ce qu'il vous semble que c'est un sujet sur lequel on doit tout dire ? rien dire ? Est-ce que...

-Euh... Fut une époque où on n'en parlait pas. Bon, c'est vrai que, bon c'est, c'est... Chacun est différent, hein. C'est, de toute façon en médecine chacun est différent. Mais vous avez aujourd'hui un peu plus de personnes qui, euh, exigent de connaître leur diagnostic, qui veulent tout savoir et qui le disent clairement. Bon, là c'est facile. Ils veulent tous leurs comptes-rendus, et ils se positionnent bien, ok. Euh... vous avez ceux qui sont entre les deux, qui

veulent un peu savoir mais pas trop, et puis vous avez ceux qui clairement, ne veulent rien savoir, avec qui il ne faut pas prononcer des mots, des diagnostics, voilà. Mais ça vous le percevez, les gens savent très bien vous le passer, 'fin vous le faire savoir.

-Et donc, si le patient souhaite pas avoir de détail, on ne lui en donne pas.

-Ah ben, si c'est sa demande, vous respectez sa demande.

- ... Un patient qui demanderait quel est son pronostic pour une maladie extrêmement grave... ?

-Alors, même les cancérologues ne donnent jamais de pronostic. Alors c'est sûr qu'on ne va pas nous, en donner. Maintenant il faut savoir aussi, devant des stades terminaux... bon, expliquer aux proches, à la famille, qu'il faut être proche de la personne. Il faut savoir dire que la fin est bientôt là, que les gens viennent pas vous reprocher après de leur avoir rien dit et voilà. Là j'ai eu le cas cette semaine, bon c'est pas une question de cancer, c'est une fin de vie, on va dire "naturelle", mais... on a prévenu la famille quelques jours avant que... leur tante allait décéder, et voilà, et tout s'est fait tranquillement, sereinement, tout le monde a pu se dire au revoir. Alors y a des cas où on peut le faire, et puis il y a des cas où c'est difficile. Il y a des morts brutales, où là...

-Et si le patient vous demande son pronostic ?

-Vous quantifiez jamais, vous pouvez jamais. On n'est pas Madame Soleil, et puis, bon, on peut jamais le dire. Dites pas carrément : "Ben il vous reste trois jours à vivre" ou "Il vous reste trois semaines à vivre", parce que personne ne le sait, donc... Faut trouver les mots, pour dire, bon... il faut préparer, il faut mettre les affaires en ordre, il faut savoir se préparer, bon, voilà, après... C'est comme ça que les choses se font.

-Et dans le domaine spécifique de la cancérologie, est-ce qu'il vous semble que le, le mot "cancer", pour un cancer, il faut plutôt essayer de le prononcer ? ou est-ce que...

-Je sais pas s'il faut plutôt essayer de le prononcer, je pense qu'il faut essayer d'adhérer à ce que souhaite la personne, (*toux*) pourquoi faire du mal à quelqu'un qui ne veut pas entendre le mot cancer, même si au fond d'elle elle sait très bien, hein, les gens comprennent, hein, mais il y a des mots que les gens refusent d'entendre, il faut respecter ça. (*toux*) Ils ont une façon de parler de leur maladie très claire, et vous savez tout de suite que les gens ne veulent pas les mots.

-D'accord. Donc c'est par le ressenti qu'on peut savoir ce que le patient est entre guillemets "prêt à entendre", ou ce qu'il veut savoir ? Parce que c'est pas toujours évident de savoir : si on trouve un cancer chez le patient, est-ce qu'il veut le savoir, ou non ?

-C'est pas évident, je vous l'accorde. C'est pas toujours évident. ... Mais lisez les comptes-rendus, vous savez, vous envoyez les patients passer un examen d'imagerie, parfois le résultat est très clair, le radiologue sait très bien tourner les choses, parce que bon, les gens récupèrent souvent leur cliché. Mais c'est jamais écrit "cancer", c'est jamais écrit "métastase", il y a des façons différentes de cibler les choses... ...qui pour nous sont claires, qui pour le radiologue est claire, voilà, et sans appel. Et puis les gens, voilà, il y en a qui comprennent très vite, ils vont vite droit au but, et puis vous en avez d'autres, hein, on sent bien que ça les arrange. Y en a, le "nodule" c'est "Oui ben c'est un nodule, c'est comme un kyste, hein docteur.." et puis d'autre : "C'est quoi, nodule, docteur ? C'est grave, hein ? C'est quelque chose de..." etc. Donc vous voyez la direction que prennent les gens...

-Et il vous semble pas que des fois les patients, ils veulent sans savoir, euh, ils veulent savoir sans vouloir savoir.

-Bien sûr

-Ils vous demandent mais en même temps ils ont peur de la réponse.

-Bien sûr, oui.

-Et alors dans ces cas-là on opte pour leur répondre... ?

-Vous contournez la difficulté. Faut rester dans leur demande.

-Ouais

-Ils veulent savoir que c'est grave mais que c'est pas un cancer. Ou ils veulent savoir que c'est grave, plutôt, mais sans prononcer le mot cancer.

-D'accord. Parce que, quand on est face à une demande ambivalente, un patient qui aimerait savoir si c'est cancer, mais d'un autre côté si c'est un cancer, ça lui fait peur, il est difficile de se positionner... Est-ce qu'on lui dit, est-ce qu'on lui dit pas....

-Théoriquement, euh... Non, j'estime que... Bon ils sont déjà passés par l'étape... Là où ils sont passés, bon s'ils ont pas compris que c'est un cancer, c'est qu'ils sont... voilà, complètement stupides, et ils le sont pas. Donc c'est qu'ils le savent, au fond d'eux ils savent.

-D'accord.

-Et après dans la discussion, si les gens vous repoussent dans vos retranchements, ben vous le sentez... "Mais enfin vous vous rendez compte que c'est quand même extrêmement grave"... Et là alors souvent ils vous disent : "Bon ben alors... j'ai un cancer docteur ?"

-D'accord.

-"Je voulais pas le s... je voulais pas le reconnaître mais enfin bon c'est un cancer." Là vous les avez amenés à prononcer le mot.

-D'accord.

-C'est, c'est du... c'est de la com' après, hein. 'fin c'est une com' spéciale.

-C'est compliqué parce que c'est beaucoup basé sur du ressenti.

-La médecine c'est compliqué. (rire)

L'interrogatoire c'est compliqué. Quand vous avez un interrogatoire et qu'on vous répond toujours à côté de la question c'est compliqué, hein, même en dehors du cancer. Vous avez besoin, vous, pour faire votre enquête diagnostic de réponses, on vous répond jamais, on vous rebalance une autre question, ou on vous répond à côté. Vous reformulez, et on vous répond encore à côté. Alors il faut repartir encore dans autre chose, reformuler. Hein, c'est, c'est vrai que bon, il y a des techniques aussi un peu pour ça, mais, c'est important, c'est très important. Et c'est vrai que c'est vraiment, c'est vraiment dommage qu'au niveau des études de médecine, bon qui sont déjà très longues, qu'il n'y ait pas du tout de formation un peu du médecin par rapport à ça. Au niveau de la formation initiale. Bien sûr après dans la formation médicale continue, bon on propose régulièrement des séminaires XYZ, et il y a toujours des séminaires basés là-dessus. Après c'est le médecin qui choisit les thèmes de sa formation continue en fonction de ce qu'il a besoin, hein. Un médecin reste un étudiant toute sa vie, d'une certaine façon. ... Faut pas l'oublier ça, hein, on en prend pour toute la vie.

-Ça vous est arrivé au cours de votre carrière, d'apprendre après longtemps de suivi un élément que le patient vous avait, euh, pas dit, voire caché ?

-Oui, oui bien sûr. Ça arrive à tout le monde.

-Et des éléments qui ont une importance sur le plan médical ?

-J'ai pas d'exemple précis en tête, mais ça peut être le cas, oui.

-Et l'inobservance des patients, est-ce que c'est, c'est fréquemment non-dit par les patients, est-ce que le médecin peut l'aborder, aborder ce sujet-là, est-ce qu'il peut le suspecter ?

-L'inobservance thérapeutique ?

-Oui oui.

-Euh ben non seulement on suspecte mais on a des moyens de s'en rendre compte, quoi. Je veux dire, une inobservance, ou une mal-observance d'une prise d'AVK, bon avec les contrôles d'INR, vous vous en rendez vite compte. Euh voilà, quand il y a un INR à un et qu'on vous dit : "Si si je prends mes médicaments" ou quand vous avez l'infirmière qui vous dit : "Si si, je lui donne." Je lui dis : "Non mais il y a un problème, un INR à un c'est pas possible." L'infirmière me dit : "Mais si je lui donne", je lui dis : "Oui, mais vous lui donnez comment ?" Ah mais si on lui pose sur la table c'est sûr que le petit patient...

-Mais il y a des domaines où ce sera plus compliqué : par exemple sur l'hypertension, si le patient ne prend pas son traitement, on va penser que c'est une hypertension résistante.

-Ouais, mais on les connaît. Ben en plus on a l'avantage d'aller parfois à domicile, alors quand on voit qu'il reste cinq boîtes d'antihypertenseur, trois boîtes d'antiagrégants, bon, on a compris. Bon après, quand au lieu de revenir au bout d'un mois, ils reviennent au bout de deux mois "J'ai économisé mes médicaments, docteur", enfin ceci cela, bon... C'est pareil, je veux dire quand ils disent : "Ah ben non pas cette fois-ci, j'en ai pas besoin, j'en ai encore, ce sera pour le mois prochain." Bon quatre pommes ça fait pour quatre jours, si quatre pommes ça fait pour huit jours, eh ben voilà, mathématiquement... Ils essaient, hein, il y en a qui essaient toujours, mais bon voilà.

-Et alors si vous avez face à vous un patient qui a été inobservant, est-ce que ça, on en parle ?

-Vous prenez pas les gens frontalement, vous essayez de leur dire : "Ben y a un petit souci, sans doute avez-vous oublié... de temps en temps... de prendre vos médicaments..." euh, bon vous allez pas leur dire, parce qu'attention, si vous leur dites : "Dites donc, vous respectez pas mes prescriptions, vous prenez pas mes médicaments", la réponse qui peut fuser c'est : "Non mais dites, mais vous me prenez pour un menteur ? moi je suis pas un menteur !" Ça peut être pris pour de l'agressivité...

-Alors plusieurs fois vous m'avez dit : "il ne faut pas aborder ces sujets de façon frontale". Euh, peut-être que quelqu'un qui serait en faveur d'aborder ces sujets de façon frontale dirait, euh, que si on essaie d'aborder toujours avec délicatesse, le patient peut très bien continuer de négliger le sujet...

-Tout à fait.

...alors qu'en étant frontal, il va peut-être y avoir plus de réaction de sa part.

-Chacun fait selon son tempérament. Chaque médecin est différent, c'est pour ça qu'on doit, bon, qu'on est plusieurs, qu'on est nombreux, et puis voilà. On peut pas répondre à la demande de tout le monde. Un médecin peut pas convenir à tout le monde, c'est tout.

...

Le médecin parfait qui convient à tout le monde, ça c'est une utopie complète, ça n'existe pas.

-Et, est-ce qu'on adapte quand même, selon le profil du patient, sa manière d'aborder le sujet ? Des patient chez qui on va prendre, aborder les choses avec plus de délicatesse, moins de délicatesse.

-Non mais bien sûr, après ça dépend. Bon par contre, il y a des gens qui ont besoin d'être... il y a des gens qui ont besoin d'avoir un médecin plus autoritaire en face d'eux, bon ben ça si on le sait, à ce moment-là on adopte la conduite autoritaire, évidemment. Y en a qu'on tient comme ça. Y en a qui veulent qu'on soit un peu médecin gendarme. Puis il y en a qui vous disent : "Bon, docteur, faut m'aider, moi j'ai vraiment besoin, je, je...", voilà. Bon.

-D'accord.

-Le médecin gendarme, l'autorité médicale, certains en ont vraiment besoin, mais on le sent tout de suite, je vous dis. ... Et puis on peut, ce qu'il faut... On peut être ferme mais sans être, euh, je vais dire, on peut être ferme mais avec souplesse. *(sourire)*

...

-D'accord.

-Il y a vraiment des cas de figure très différents en médecine. Je pense à un patient, bon, qui... qui est énoïque, qui est dépressif, bon, qui vit tout seul, bon... Et ben lui il cherche clairement l'autorité, et il trouve l'autorité. Et ça a l'air de... bon c'est pas miraculeux, les addictions restent là. Mais en tout cas il va mieux. Puis il consulte régulièrement. Et puis même si des fois il a un peu de retard, mais bon voilà. On fait un parcours, pour le moment durable. C'est pas toujours facile, hein. Ils poussent aussi, à mettre dans ses retranchements. Tout ça ça s'apprend avec l'expérience, avec les années, avec des formations, voilà, hein, c'est pas inné, certainement pas. Pour répondre à la question de tout à l'heure.

-Oui oui, d'accord.

-Y a plein de choses dans le non-dit sur les retards de rendez-vous. On attaque le patient, euh, le médecin parce qu'il est en retard, bon. Une première fois dans le non-dit ça peut passer, deuxième consultation ça va devenir un peu plus pénible. Puis troisième consultation éventuellement on sera peut-être un petit peu moins dans le non-dit. Après ben on met les choses au clair. Le médecin doit savoir aussi se faire respecter, hein.

-Est-ce que...

-Le médecin a le droit de couper court à une relation, faut le savoir, hein. Vous êtes dans une relation difficile, compliquée, où vous sentez que bon, ça ne va pas, avec tel ou tel patient, vous êtes en droit de dire stop à la relation, et de dire au patient : "Écoutez, on va en rester là" parce qu'on laisse pas les gens en rade, on leur explique, on dit aux gens de prendre un autre médecin, on transférera le dossier, on peut même fournir une liste de médecins, on peut même, logiquement pour faire les choses dans les règles de l'art, écrire un courrier à l'ordre des médecins, expliquant que voilà, pour telle ou telle raison, voilà. Mais vous faites les choses dans les règles de l'art. Mais il faut savoir qu'on est pas obligé de subir, le médecin n'est pas obligé de subir certaines relations... on va dire complexes, compliquées. Y a des transferts de patients sur des médecins aussi. Et là on est dans un non-dit aussi, quelque part. Et là on est dans l'autre sens.

-C'est justement un sujet qui m'intéresse beaucoup, le transfert. Vous pensez que les patients ils transfèrent quelle image sur le médecin ?

-Ben après vous avez... ça peut être plein de choses, ça peut être un petit peu, bon prendre le médecin pour... après ça dépend de l'âge du médecin c'est sûr soit pour un grand frère, soit pour une grande sœur, soit pour une maman. Et puis il y a les transferts d'ordre affectif.

-Et il vous semble que le médecin il peut, il doit se prêter à ce transfert ? Ou est-ce qu'à l'inverse...

-Certainement pas !

-Il doit refuser ?

-Ah ben oui, il doit pas se... Bon, un petit côté paternel, un peu comme ça, ça c'est du tout venant, ça c'est pas pathologique, mais je parle vraiment du transfert pathologique. Je parle vraiment du transfert pathologique.

-D'accord. Et il vous semble que le médecin aussi il fait un, un contre-transfert ?

-Ça arrive à certains médecins, c'est possible, oui. Bien sûr, c'est connu, c'est de notoriété publique.

-Et ça aussi, le médecin doit se, se limiter, se défendre d'aller dans ce sens-là ?

-Et ben c'est évident, oui !

-Mais là aussi vous pensez qu'il y a un...

-Quand vous avez des manipulations de patients pour arriver à des, des relations avec une sexualité... camouflée, voilà... Bon c'est pas fréquent mais c'est des cas qui arrivent, ben oui... (toux) C'est inacceptable, et puis bon c'est le médecin qui a besoin d'être soigné.

-Mais là aussi, vous parliez du tout-venant du transfert des patients. Là aussi, de façon banale, il y a a minima un contre-transfert du médecin vers ses patients ? Est-ce qu'il vous semble qu'il y a toujours un petit peu de contre-transfert du médecin vers ses patients ?

(Le téléphone sonne.)

-Sans doute, mais il faut l'avoir en tête, et savoir bloquer. On en prend conscience. C'est humain, je dirais, bon, c'est humain.

-D'accord.

-Je vous demande une petite minute (elle décroche, accepte un rendez-vous, explique la route, deux minutes environ) On fait tout, on fait GPS...

-Je vais pas vous embêter trop, je veux pas vous mettre en retard, mais je voulais juste revenir sur une chose, vous parliez de retards au rendez-vous. Est-ce que les retards aux rendez-vous vous les interprétez comme une forme de négligence de la part des patients, ou est-ce que des fois ça a un sens, un sens symbolique ?

-Alors, précisez le retard du rendez-vous, c'est-à-dire la personne qui a rendez-vous à telle heure et qui arrive en retard ?

-Oui, ou même des fois qui ne se présente pas du tout au rendez-vous.

-Oui, ça arrive.

-Et, c'est quelque chose, selon vous, une négligence de la part du patient ?

-Pour certains, oui

-Et est-ce que parfois ça peut avoir un sens symbolique : il a eu peur de venir parce que, pour une raison.

-Oh, non, quand ils prennent rendez-vous, c'est parce qu'ils sont, voilà. Non, non c'est parce qu'il y a un manque d'éducation (sourire) chez certains, c'est tout.

-Donc plutôt de l'ordre de la négligence.

-Oui, oui, c'est plutôt ça, en général. Je veux dire bon, s'il y a un motif différent, ils savent très bien nous appeler et s'excuser, voilà, "J'ai eu tel empêchement, j'ai eu un pépin de voiture", ça c'est tout à fait compréhensible.

-D'accord.

-Ah il y a à creuser, c'est sûr.

-Je vous remercie beaucoup, c'est très intéressant.

Dr N

Profil : Médecin masculin en milieu de carrière.

Maître de stage.

Conditions d'exercice : exercice rural.

Secrétariat téléphonique. Le cabinet est mitoyen du domicile. Une salle de consultation double avec une partie pour l'entretien et une partie pour l'examen physique. Volume horaire dans la moyenne. Consultation de 15 minutes environ, et chaque soir, une consultation durant heure, pour les troubles anxiodépressifs.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 05/02/2013, en présence d'une étudiante.

L'entretien est réalisé au milieu de la consultation, entraînant une contrainte de temps.

Durée : 21minutes

-Donc, je fais une thèse avec le professeur Aubrège, qui traite du non-dit.

-Oui.

-...sous toutes ses formes. Donc je fais des entretiens auprès de généralistes pour voir un petit peu comment ça se passe en pratique.

Juste pour commencer j'aimerais savoir comment vous travaillez, comment vous organisez la semaine, vos consultations...

-Alors c'est tous les jours les mêmes horaires c'est-à-dire les matins de 9 à 12 des consultations, l'après-midi des visites, et le soir de 17h à 20h des consultations.

-D'accord. Et vos consultations durent environ... ?

-Alors elles durent quinze minutes, sauf quand il y a un étudiant qui vient pour une thèse, ça dure plus longtemps (sourire). Et sinon tous les soirs à 19h j'ai un rendez-vous qui fait de 19h à 20h et qui dure une heure, pour les gens qui dépriment ou qui ont des problèmes de troubles anxieux.

-D'accord.

-Donc c'est ma consultation de psy du soir, allongée.

-Et toute l'activité est sur rendez-vous.

-Oui uniquement.

-D'accord. Et au niveau de la pratique, vous faites, est-ce que vous faites de la médecine non conventionnelle, type homéopathie...

-Du tout. Du tout.

-Vous avez toujours travaillé ici, à Dombasle ?

-Non j'ai fait dix ans de remplacements avant.

-D'accord. D'accord. Vous remplaciez où ?

-Dans la Meuse, dans les Vosges, un peu dans la Haute-Marne...

-C'était plutôt de l'activité de ville ?

-Non, beaucoup campagne.

-Beaucoup campagne... D'accord.

-J'ai remplacé une seule fois en ville, ça m'a pas plu.

-Donc pour rentrer un petit peu dans le vif du sujet, ma thèse, elle porte sur le non-dit, tout ce

qui n'est pas dit, tout ce qui n'est pas verbalisé explicitement en fait...

-Ouais.

-...ou qui est verbalisé après quelques années...

Euh, mon attention a été attirée par quelque chose que vous aviez raconté en cours, l'histoire de la patiente qui pendant longtemps avait caché qu'elle avait des rectorragies...

-Oui...

-Je pense qu'on peut peut-être partir de cette situation-là.

-Oui, absolument.

-Comment vous pensez qu'on peut analyser ce genre de situation de patient qui dit qu'après très longtemps...

-Alors...

-... qui dévoile des éléments qu'après très longtemps.

-Alors elle, c'est un terrain particulier, parce qu'elle a un TAG : un trouble anxieux généralisé, et la rectorragie l'a fait paniquer. Elle avait trop peur, et elle m'en a pas parlé. Elle préférerait avoir peur, elle préférerait pas savoir la réponse plutôt que venir me demander. Et quand elle s'est enfin décidée à venir m'en parler, elle me l'a dit. J'ai... elle voulait même pas forcément faire la coloscopie parce qu'elle avait peur du résultat. Y a des gens qui sont comme ça, chez qui la peur de résultat est contre-productive parce qu'elle empêche de se faire examiner. Mais elle c'était vraiment emblématique.

-Et est-ce qu'il vous semble que c'est justement une part fréquente des gens qui donnent pas tous les éléments ? L'angoisse, l'angoisse du résultat...

-Non, non, je pense que c'est une minorité. J'ai plus de gens anxieux qui veulent des résultats, et qui veulent des examens, et qui sont plutôt demandeurs d'examens, et chez qui l'angoisse conduirait plutôt à faire plus d'examens que pas assez.

-D'accord. D'accord. ... Alors, euh... les sujets, quels sont les sujets qui en pratique sont les plus fréquemment non-dits par les patients ?

-Alors, eh bien je me suis rendu compte des éléments de biographie, des éléments familiaux, et ça je m'en suis rendu compte d'une façon amusante. Moi j'ai un rapport, j'ai un rapport assez intime avec mes patients, j'ai l'impression qu'ils me disent quand même beaucoup de choses parce que je vais quand même un peu à la pêche, je m'intéresse à leur famille. Et ma femme qui est infirmière et qui vient de s'installer comme infirmière, mais qui l'était déjà avant comme remplaçante, parfois elle voit des patients à moi, et elle me dit : "Au fait est-ce qu'il t'a dit que..." et en fait je m'aperçois qu'il y a une information, pas forcément une information médicale, mais des choses que les patients ne m'ont pas dit, et qu'ils disent à une infirmière parce que le rapport avec une infirmière est différent. Comme si les trucs plus sérieux on les

disait au docteur mais les trucs biographiques sont considérés moins sérieux, genre "Vous savez pas, j'ai perdu mon père, je m'en suis jamais remis..." et ils le disent à l'infirmière, ils le disent pas au médecin.

-Et ces éléments qui sont non-dits, ils ont une importance ?

-Pas toujours mais c'est arrivé.

-Alors en tant que médecin comment on pourrait faire la différence entre les éléments intéressants, les éléments non-dits qui seraient intéressants à explorer et ceux... ?

-Ben si ils sont non-dits on peut pas savoir lesquels sont intéressants ou pas ! C'est tout le problème, c'est qu'on peut traiter que ce qu'on sait ou que ce qu'on sent. Alors, j'essaie toujours de regarder les bouts de fils qui dépassent et de tirer sur le fil qui dépasse. Sur les phrases pas terminées... Je fais très attention au système de reformulation, et aux phrases rebond, ça c'est un truc auquel je suis bien dressé. Donc les gens me disent un truc, je laisse pas de phrase non terminée, etc. Mais je pense que le problème est pas tellement... est dans ce que les gens considèrent que y a pas besoin de me dire. Soit parce que, j'ai l'impression que malgré tous les efforts que je fais, en étant médecin on est dans une position qui est plus intimidante que celle de ma femme. Et en étant infirmière, d'un point de vue archétypal, elle est considérée comme plus proche, plus corporelle, plus caressante. Et donc les gens vont lui dire des choses plus intimes qu'ils ne me diront pas malgré tous mes efforts pour avoir le non-dit. Donc ce qui est intéressant c'est la position archétypale qu'on a là-dedans : le médecin, en tant que médecin, à qui on dit que des choses sérieuses, et pas futiles...

-Et on peut jouer... on peut changer cette position ? pas complètement ?

-Non je pense pas qu'on puisse jouer, complètement changer cette position. Je pense qu'il y a une partie non-modifiable, y a un côté blouse blanche... un autre effet blouse blanche peut-être.

...

-D'accord. Et alors donc vous citez, y a différentes manières d'aborder ce que le patient ne dit pas, ou ne dit pas facilement ? Vous parlez des phrases rebond, est-ce qu'il y a d'autres choses ?

-Oui, oui. Dès que je vois qu'il y a quelque chose de changé, je dis au gens : "Vous avez quelque chose de changé". Parce que des fois, je suis assez sensible au ton de voix, quand la voix n'est plus la même. C'est-à-dire dès que je vois qu'il y a quelque chose de changé, je dis qu'il y a quelque chose de changé, même si c'est une coiffure, même si c'est un truc...

-Oui.

-Et c'est une des façons qui permet d'attraper quelque chose qui n'a pas été dit : "Ah ben oui, j'ai fait ça pour un deuil" ou "Parce que ça va

bien", ou "Parce que je suis amoureuse", et c'est une des façons d'attraper. Après l'autre façon, quand on est médecin de famille, les non-dits on les a par la famille. Ça m'est arrivé, même des choses de l'enfance de ma grand-mère que m'ont racontées des amis de ma grand-mère. Et racontée par d'autres gens, j'ai vu la même histoire racontée d'autres façons. Mais là c'est pas sur le plan médical. Mais c'est-à-dire avoir des autres versions.

-Et donc, en quoi c'est important d'explorer, euh, d'explorer toutes ces choses qui sont difficilement dites ? Quel bénéfice on peut en attendre ?

-Alors deux choses : d'abord si c'est du non-dit qui fait mal ça soulage. Et si c'est du non-dit dont on est fier ben ça fait du bien de le dire. Et d'autre part, il peut y avoir un, quelque chose qui peut avoir une valeur sémiologique dans ce que les gens n'ont pas dit. Pas toujours ! Mais y a pas que la valeur sémiologique, y a la valeur de fraternité, de se sentir bien avec le docteur, la valeur de communication...

-D'accord. Et un médecin qui négligerait un petit peu d'explorer ça, qui s'en tiendrait un petit peu à la superficie, ou qui s'en tiendrait à ce qui est dit par le patient, il s'exposerait à quel... ?

-Alors, il peut louper des trucs, mais d'un autre côté il aura peut-être des patients qui viendront pas me voir moi. C'est-à-dire, je pense qu'il y a des patients pour tous les médecins. Y a les patients qui veulent un médecin qui va les fouiller, et y a les patients qui veulent un médecin qui leur fout la paix. C'est pas pour ça qu'il fait mal, il va avoir des patients qui vont lui correspondre. De même qu'il y a des patients qui n'aiment pas qu'on les touche, et ils viennent pas me voir, parce que moi je les touche. Et des patients qui veulent qu'on les touche viennent me voir et viendront pas le voir lui. Donc, oui, il risque de passer à côté de certaines choses peut-être sur le plan sémiologique, mais il va avoir des patients qui veulent pas trop qu'on s'immisce dans leur non-dit. Et moi je vais peut-être être vécu comme intrusif, déplacé... Donc on peut comprendre ça.

-Alors une des difficultés qu'on me dit souvent pour parler de ce dont il est difficile de parler, du non-dit, c'est que c'est consommateur de temps.

-Mais je m'en fous, je suis capable de prendre une heure pour quelqu'un qui va pas bien. Je le re-convoque et puis on en recase, si je sens qu'il y a... Parce que fondamentalement ça m'intéresse, c'est comme une enquête policière. Ah oui, l'autre chose qu'on peut en tirer c'est du plaisir : comprendre mieux, tirer mieux, déplier tout ce qui se passe, après on est... c'est vachement intéressant.

-Du plaisir pour le médecin ?

-Oui, pour le médecin. Pas le plaisir déplacé d'avoir le nez dans la culotte des gens, mais le plaisir de mieux les connaître.

-Et ce temps pour explorer tout ça, il est incompressible ? il est nécessaire ?

-Ça dépend, non, ça dépend si on est fatigué...

-Je veux dire, on peut pas imaginer qu'il y ait une manière de faire, une méthodologie qui permette d'en arriver un petit plus facilement, un petit peu plus vite au non-dit ?

-Peut-être et je l'ai pas mentionné... au feeling ? Si j'ai des manières de faire puisque les phrases rebond, puisque la reformulation c'est des choses que j'ai apprises en communication. Mais est-ce qu'il y a des moyens plus faciles d'explorer le non-dit. Je crois pas trop aux questionnaires d'auto-évaluation, les gens confient ça là-dedans, moi ça... c'est... ça fait contrôle technique, j'aime pas. Est-ce qu'on pourrait déléguer ça à une infirmière ? Ben je le fais avec ma femme, *de facto*, puisque des fois j'ai des informations qu'ils disent à elle, mais c'est pas formalisé. Alors éventuellement dans une maison médicale on pourrait formaliser un entretien du non-dit ? ou un entretien d'évaluation de comment vont les gens, avec une infirmière, peut-être ? Dans une médecine idéale...

-Mais les patients qui ont du non-dit viennent pas toujours spécialement avec cette demande, ils ont pas toujours identifié leur besoin...

-Ils savent même pas que c'est pertinent ! Faut essayer de faire leur rencontre.

-Et est-ce que du camouflage volontaire, de la part des patients, des choses qui sont non-dites, est-ce que ça c'est fréquent ?

-Ah ben oui, oui bien sûr, enfin j'imagine, je peux pas le savoir, puisque par définition si c'est camouflé je l'ai pas vu. Si c'est bien caché je l'ai pas vu. Mais ils ont le droit aussi. Ils ont le droit.

...

-D'accord. Et comment on peut savoir où se trouve la limite entre ce qu'il est de bon goût d'aborder et ce qui va être intr... trop intrusif, ou trop douloureux.

- C'est patient-dépendant, c'est lui qui... donc, c'est quand les gens râlent. Je crois que la seule catégorie de non-dit où vraiment je peux pas me rendre compte, c'est les gens qui sont en colère contre moi. Comme je gère très mal l'agressivité, que j'aime pas du tout qu'on m'aime pas, si y a des gens qui m'en veulent ils le disent à la secrétaire et ils me le disent pas. J'aime pas bien les reproches, donc ça, ce non-dit là, comme je suis pas du tout prêt à l'entendre, je vais pas du tout le chercher. Mais probablement y en a un bon paquet qui entrent dans le jardin, et j'ai pas envie d'en entendre parler.

-Alors justement, est-ce que vous pouvez supposer les sujets dont les patients vous parlent plus difficilement à vous ?

-Euh... dans ce qu'on vient de dire là ou tout ?

-Dans tout.

-Alors probablement la sexualité. Bien qu'ils savent que j'ai un diplôme de sexologie... Mais

c'est quand même dur à dire. Euh... secret de famille, ça ça a du mal à sortir. Secret de famille, ou maltraitance dans l'enfance, et il y en a énormément, quand on va à la pêche on les trouve...

-Mais est-ce qu'il y a des choses dont vous pensez qu'elles sont... les patients ont plus de mal à vous les dire, en fonction de vos propres spécificités, de votre propre caractère...

-Ben oui, s'ils sont en colère contre moi je leur laisse pas trop le dire. L'agressivité masquée, le ressentiment, j'ai du mal...

-D'accord. Et, vous abordez le, le problème de la sexualité. Euh, de quelle manière vous pensez qu'on peut aborder les tabous, les tabous de la sexualité ?

-En posant directement la question ... Avec une phrase de dédramatisation, soit en disant : "C'est des choses qui font partie de la vie et qui font partie de la médecine, donc à présent on peut en parler". Soit en dédramatisant avec de l'humour, avec des phrases genre : "On n'a que l'âge qu'on se donne", "Faut être deux pour danser le tango..." en parlant de couple, ou des choses comme ça, 'fin, voilà. En le remettant dans le contexte de la médecine et de la vie de tous les jours.

-D'accord. Et il y a parfois des patients qui sont assez, qui ont des résistances assez fortes à aborder certains sujets. Euh, à quel point on doit lutter contre les résistances, et à quel point on doit les respecter ?

-On a le temps, donc on n'est pas obligé de tout régler tout de suite. Moi quand je vois qu'il y a des résistances, que ça leur fait du mal, je dis : "On en reparlera" et puis je note ça dans un coin de mon dossier, et puis je leur en reparle. Et je pense que si trois fois on leur en reparle et que trois fois ils envoient chier, j'arrête.

-D'accord. ... Et y a des sujets où on est obligé un petit peu de baisser les bras ?

-Oui. Oui, il faut respecter les gens, on doit accepter leur décision.

-Si on imagine, par exemple la situation d'un patient qui serait alcoolique...

-Oui

-...on essaie un petit peu de mettre le doigt sur ce problème-là, bon, il évite soigneusement le sujet... Au bout d'un moment, on laisse tomber en fait en se disant qu'il arrivera pas à l'aborder ?

-L'alcool c'est spécial parce que c'est quelque chose qui est accessible avec des preuves, donc on peut toujours dire : "Je vois que vous voulez pas en parler mais je suis pas dupe, je sais que c'est là. Et le jour où vous voulez on en parle." On peut respecter en prenant date. ...

-D'accord.

-Mais je baisse pas tellement les bras devant le non-dit, mais ça m'arrive de baisser les bras devant le "non-évolutif", les gens les pieds au mur, qui continuent à boire...

-D'accord. Et quand les patients tendent des perches, vous disiez, il faut les saisir, plutôt les saisir sur le moment ?

-Oui, oui.

-Alors le problème c'est que les patients souvent ils ont tendance à tendre les perches en fin de consultation, quand ils sont rhabillés.

-"Asseyez vous, on en reparle", on formalise, le plus courtement possible, et puis on en reparle. 'fin ça dépend quelle perche, hein.

-D'accord.

-Et puis ça dépend si on est fatigué, si on a envie, si c'est un patient avec qui on s'entend bien ou pas...

-Et des fois il y a des perches, ou des choses dans lesquelles il faut pas s'engouffrer avec les patients ?

-Qu'est-ce qu'il y a ? ...la politique, oui. Pas parler de politique. Surtout s'il a des considérations raciales, parce qu'il peut me mettre en colère. Qu'est ce qu'il y a... non, sinon, non.

-Une chose qu'on pourrait, qu'on pourrait penser, c'est par exemple quelqu'un qui a vio..., qui a eu des violences dans l'enfance.

-Non, on peut en reparler...

-Est-ce qu'on peut, est-ce qu'on va pouvoir l'aider en en reparlant, ou est-ce que des fois ça risque de, comment dire, de décompenser un petit peu ?

-J'ai pas d'exemple que ça ait décompensé. Le seul exemple que j'ai c'est des patients qui m'ont dit : "Oh là là c'est trop chaud, je peux pas en parler maintenant." Euh, j'ai, pratiquement tous les gens que j'ai croisés qui ont eu ce genre de choses, ils étaient très très contents d'en parler, sauf un, qui m'a dit : "C'est trop chaud, je peux pas, on en reparlera plus tard." Il est revenu un peu après. Là il a fallu respecter. Je pense pas du tout que ça pousse à décompenser, mais il faut faire attention, quoi, il faut pas appuyer trop là ou ça fait mal. Il y a une question de technique, technique d'entretien, et de bienveillance...

-Mais d'une manière générale les gens, ça leur fait plutôt du bien d'en parler après des années ?

-Alors, c'est probablement biaisé, parce que moi j'ai la réputation d'être un médecin qui fait pas mal de psy. Donc je pense que les gens qui ont pas du tout envie de parler ils viennent pas me voir. Mais en revanche les gens qui ont besoin de causer se repassent les adresses. Donc peut-être mon évaluation, mon échantillon est un peu biaisé, mais dans l'expérience que j'en ai les gens adorent parler des choses qui leur font mal, à partir du moment où on peut en faire quelque chose. C'est ce qu'on appelle la psychothérapie de soutien.

-Alors justement, cette faculté à parler de sujets, non-dits etc., est-ce que c'est quelque chose qui est relatif au caractère qu'on a ? Ou est-ce que

c'est quelque chose qu'on peut apprendre de façon méthodique ?

-Les deux, les deux. Je pense qu'il y a un intérêt, un plaisir à s'occuper de ça, de principe, mais ce plaisir augmente avec la technique. Parce que c'est humainement intéressant mais si on peut rien en faire... Donc il faut les deux. Je pense qu'il faut une part de vécu personnel qui fait qu'on est à l'écoute, et puis après il faut savoir quoi en faire, un peu de technique pour analyser ce qui se passe, ranger dans les bons tiroirs, et faire ce qu'il faut pour que ça fasse moins mal.

-Globalement j'ai l'impression que vous me dites que c'est assez important d'explorer ces choses-là.

-Ouais, c'est des choses auxquelles je crois assez.

-Et vous considérez que c'est pleinement dans le rôle du généraliste ?

-Ah oui !

-...ou c'est pour les généralistes qui sont... qui "s'y intéressent" entre guillemets ?

-Ah oui bonne question ! (rires) Excellente question, je ne sais pas. Parce que moi je vois ça de mon balcon, à mon avis c'est pleinement dans le rôle du généraliste, mais je peux comprendre qu'il y a des généralistes qui sont complètement encombrés de ça. Donc c'est pleinement dans le rôle du généraliste. Ça devrait l'être, mais est-ce que tout le monde en est capable, je ne sais pas.

-D'accord.

-Question de base.

-Et si le patient ne souhaite pas trop qu'on rentre dans son, dans sa petite sphère privée etc., on le laisse et on reprend un rôle de consultant qui fait de la médecine très somatique etc. ?

-Mmm c'est peut-être au cas par cas, mais euh... non moi je serais peut-être pour retourner de temps en temps voir si c'est toujours là, et voir si c'est toujours pas possible d'en parler. Je vais avoir du mal à me contenter à retourner prendre la tension, machin... Ça je vais avoir du mal. Parce que si je sais que c'est là, je sais qu'un jour ou l'autre il faudra en parler. En plus il y a une évolutivité propre de certains troubles : un trouble anxieux qui devient une dépression...

-Et est-ce que dans votre expérience vous avez pu vous rendre compte que des fois on se plante avec ça...

-Oui bien sûr !

-...on a pensé qu'il y avait quelque chose, en fait il y avait rien...

-On se plante, ou on croit faire du bien et on fait du mal, les gens disent : "Houlà, on arrête". Oui, bien sûr.

-Et, est-ce que ça évolue au cours de la carrière, est-ce qu'on progresse ?

-Ouais. Oui oui. En technique psychothérapique.

-On progresse par l'expérience ?

-En en faisant, oui. Moi j'étais pas très à l'aise avec les ados, maintenant ça va beaucoup mieux.

-D'accord. Et est-ce que vous pensez que l'âge du médecin change quelque chose.

-Oui, oui probablement. Je pense qu'il y a des choses qu'on dira pas à un jeune médecin, et qu'on dira plus facilement à un médecin chenu.

-C'est, c'est ce que me disent souvent les médecins, et je m'interroge : est-ce que vous pensez qu'inversement il y a des choses qu'on dirait plus facilement à un jeune médecin et qu'on dirait plus difficilement à un médecin plus âgé ?

-Absolument. Absolument, bien sûr. Euh, par exemple un ado il va peut-être plus parler à un médecin jeune qui va comprendre deux trois mots de verlan, et qui saura... Oui, bien sûr.

-D'accord. D'accord, donc globalement ça évolue au cours de la carrière. D'accord. Bon, ben je vous remercie !

-Et bien de rien.

Dr O

Profil : Médecin masculin, seconde moitié de carrière.

Conditions d'exercice : Cabinet seul, en ville, proche de Nancy. Secrétariat téléphonique. Consultation à moitié sur rendez-vous de 30 minutes, à moitié libre. Volume horaire dans la moyenne. Formation de thérapie cognitivo comportementale (TCC). Rare pratique d'homéopathie. Formation d'hypnose. Grande salle de consultation rectangulaire.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 07/02/2013, à la fin de sa consultation. Pas de contrainte horaire. Nous ne nous étions jamais vus avant.

Durée : 54 minutes

-Voilà donc je réalise une thèse sur le non-dit avec le Dr Aubrège, avec l'aide du Pr Aubrège, euh, et donc je fais des entretiens avec des médecins. Juste, avant de commencer, j'aurais voulu savoir comment vous organisiez votre semaine de travail. Votre manière de réaliser les consultations.

-D'accord. Alors moi, euh, j'ai chaque jour, deux à trois heures de consultation libre. Ça peut aller jusqu'à quatre (sourire) selon l'affluence... Et, euh, et le reste du temps est consacré aux rendez-vous. Donc en fait, voilà, en fait, moi, physiquement je travaille de huit heures du matin à... à sept heures et demie, huit heures du soir.

-D'accord.

-... et puis je fais des visites, y a une coupure de midi pour les visites.

-Vous faites les visites entre midi et deux heures, c'est ça ?

-Voilà.

-D'accord.

-Donc les horaires ils sont là (il me tend sa carte) vous voyez, y a chaque jour un créneau de deux heures, ici par exemple lundi jeudi et vendredi neuf heures, onze heures, mais qui peut aller jusqu'à midi, mais c'est ouvert de neuf heures à onze heures. Et le soir c'est dix-sept heures dix-neuf heures, mardi mercredi.

-D'accord.

-Vous voyez y a toujours un créneau de deux heures qui permet de prendre les gens qui n'ont pas programmé de rendez-vous.

-Et les consultations sur rendez-vous durent environ combien de temps ?

-Alors elles sont programmées par demi-heures, je peux pas toujours... consacrer une demi-heure, donc....

-D'accord. Et est-ce que vous faites des pratiques de médecine non-conventionnelle de type homéopathie, acupuncture ?

-... Non, très peu. Alors... moi je, bon, j'utilise de façon très marginale des choses non-conventionnelles, par exemple, euh... bon, l'homéopathie j'utilise un petit peu à titre de placebo quelquefois, parce que bon quelquefois on a besoin d'avoir des placebos. Euh, et sinon... je fais, j'ai une petite pratique de psychothérapie de type TCC. Donc que je fais, euh, mais assez peu, parce que ça prend du temps... Je réserve un rendez-vous, par exemple... le soir, comme ça.

-D'accord.

-Euh... et puis je commence à faire de l'hypnose.

-D'accord.

-...là depuis quelques temps, voilà.

-D'accord. D'accord. Euh, et vous avez toujours travaillé dans ce type de conditions, en ville, en bordure de ville ?

-Oui.

-Au cours de votre carrière vous avez pas fait de rural, ou des choses... ?

-J'ai, au début j'ai essayé de m'installer en rural, mais bon ça n'allait pas pour un tas de raisons, aussi bien personnelles que...

-D'accord.

-(rire) ...que locales, donc je suis parti assez rapidement, en moins d'un an.

-Et vous avez pas fait de pratique médicale particulière ou dans établissements ou des choses comme ça ?

-Euh, si, j'ai, j'ai beaucoup travaillé en alcoologie, pendant 10 ans.

-D'accord.

-Et puis j'ai été coordinateur d'un réseau d'alcoologie, donc... J'ai une spécialisation en addictologie.

-D'accord. Alors pour rentrer un petit peu dans le vif du sujet, je fais une thèse où j'étudie le non-dit. Le non-dit je serais tenté de définir ça comme tout ce qui n'est pas explicitement verbalisé pendant les consultations, quelles qu'en soient les raisons, parfois des raisons conscientes, parfois des raisons inconscientes, des tabous, des choses comme ça, du côté du patient et du côté du médecin aussi. Euh, vous dans votre pratique, est-ce qu'il vous semble qu'il y a certains sujets, certains domaines très spécifiquement qui sont difficilement abordés par les patients ?

-Forcément c'est difficile à dire, parce que s'il l'aborde pas je peux pas le voir (rire) ni le savoir. Mais il arrive par exemple que les remplaçants ou les stagiaires puissent recueillir des choses... que les gens n'ont pas osé me dire, ou n'ont pas osé me parler.

-D'accord.

-Bon, c'est souvent, euh... je dirais, euh, pour les femmes par exemple... des préoccupations qui ont trait à la sphère génitale.

-D'accord.

-Voilà donc, "pas en parler à un homme."

-D'accord.

-Bon, c'est à peu près, voilà, des choses comme ça que j'ai pu constater.

-Et des choses que les gens vous disent mais après... un certain travail, soit après longtemps de relation, soit après... une certaine confiance, qu'une certaine confiance ce soit installée ?

-Ben, y a des choses que les gens me disent pas tout de suite, effectivement, parce que c'est tellement... des choses qui sont difficile à avouer...

-Alors, de quel ordre ?

-Ben je sais pas, des choses... très, très bizarres, ou très illégales par exemple. Illégales... (rire)

-D'accord.

-...ou très très surprenantes.

-D'accord.

-Ça peut arriver.

-Alors ces choses, dont les patients parlent difficilement, dans quelle mesure ça peut être intéressant pour le médecin de se pencher dessus, et dans quelle mesure ça n'est pas intéressant à l'exercice du médecin ?

-Ben je pense que c'est toujours intéressant...

-D'accord.

-...parce que... C'est sûr que le fait de... comment dire... si les gens nous disent pas réellement leurs préoccupations, leur façon de penser, ou la façon dont ils vivent, ça peut, c'est, c'est un renseignement qui peut manquer en fait à... une bonne compréhension de leurs problèmes, c'est sûr.

-D'accord. D'accord. Et est-ce qu... par quels moyens on peut en arriver à parler de choses un petit peu difficiles avec les patients, en tant que médecin, est-ce que c'est une question d'attitude? Est-ce que c'est une question de temps ?

-Je pense que bien sûr il faut avoir une attitude d'écoute pour leur permettre de s'exprimer, hein, ça c'est... Ça veut dire, leur laisser la parole, hein, le temps de terminer ce qu'ils ont à dire. Et puis à s'y intéresser. Voilà, avoir une écoute active.

-D'accord.

-Ça c'est les conditions absolument nécessaires.

...

-Et est-ce que ça, c'est lié au caractère du médecin ?

-Je sais pas, c'est lié à, au temps qu'il veut bien se donner, et puis à... dont il dispose, bien sûr, et puis le temps qu'il veut bien se donner pour s'occuper de son patient (rire) parce que..

-Et est-ce qu'il y a des choses dont il vous semble que de toute façon les patients ne les diront que une fois qu'ils connaissent le médecin depuis longtemps ?

-Ben ça c'est possible, moi je... je sais pas, j'ai des, ça fait depuis longtemps et puis j'ai des patients depuis longtemps, et donc... bon un certain nombre de patients qui disent, "Voilà, y a

des choses dont je peux vous parler, je peux en parler à personne d'autre"...

-Mais ?

-... après est-ce que c'est vrai ou pas j'en sais rien. (rire) C'est ce qu'ils disent en tous cas.

-Mais est-ce que pour en arriver à, "à ce stade-là" entre guillemets, est-ce qu'on peut aller vite ? Ou est-ce que nécessairement il faut que le patient ait vu plusieurs fois le médecin ?

-Ah je pense qu'on peut aller vite. Je pense qu'un jeune médecin qui aurait une, une bonne écoute du patient peut aller très très vite. Y a des patients qui viennent, qui sont... on a toujours des nouveaux patients qui viennent au cabinet médical, donc des patients... qui sont là depuis pas longtemps, et qui se confient sur des choses très intimes des fois. Donc ça peut aller vite.

-D'accord. ... Et est-ce que justement vous qui avez des pratiques d'hypnose et de psychothérapie, est-ce que ça vous paraît être une aide pour accéder à ces sujets qui peuvent être embarrassants, ou à ces domaines ?

-Alors en ce qui concerne l'hypnose, euh, bon moi je suis en formation, je suis pas encore très chevronné. Pour l'instant, moi, c'est une aide, c'est un outil thérapeutique, hein, c'est une hypnose thérapeutique, donc... ça va me servir à un complément de traitement, 'fin ça me permet des alternatives à des traitements médicamenteux, par exemple, et puis des, des alternatives ou des, des solutions thérapeutiques là où elles n'existent pas ailleurs. Donc, euh, c'est pas une technique qui va permettre de dévoiler quelque chose qui ne s'est pas dévoilé autrement, parce que, enfin l'hypnose n'est pas, n'est pas une technique de dévoilement de quelque chose qui serait caché, c'est un outil thérapeutique, c'est essentiellement ça...

-D'accord.

-...dans l'état actuel des choses. Ce qu'on appelle l'hypnose ericksonienne, c'est une technique thérapeutique. Bon, maintenant, en ce qui concerne les TCC, c'est pareil, alors bien sûr que, en TCC on va, euh, interroger des gens d'une façon très différente de ce qu'on fait en médecine... j'allais dire "somatique", par exemple.

-Donc j'imagine qu'on est amené à...

-On pose des questions aux gens sur des choses, 'fin, qui, qu'on ne posera pas ailleurs. Bien sûr. On va demander beaucoup aux gens ce qui se passe dans leur tête (rire) c'est l'essentiel. (rire) Donc, on leur demande ce qu'il pensent, ce qu'ils ressentent... dans telle ou telle circonstance, voilà, donc c'est en ça que c'est intéressant d'ailleurs (rire,) c'est une véritable exploration, et y a un côté vraiment d'exploration, mais c'est pas ce que j'appellerai un dévoilement par contre, c'est une exploration...

-D'accord.

-...qui est nécessaire à... j'allais dire au diagnostic, mais c'est pas vraiment pareil, c'est

pas vraiment un diagnostic au sens médical du terme, mais qui est nécessaire au processus thérapeutique. Voilà, il faut absolument que le patient nous parle de ses sentiments, de son ressenti, de ses pensées, c'est absolument essentiel.

-Est-ce que de ce fait, on pourrait dire qu'avec les patients que vous suivez en TCC, il y a moins de non-dit de leur part qu'avec les autres patients ? Ou pas ?

-Ça j'en sais rien, parce que, euh, cette exploration elle est vraiment centrée sur un problème très particulier qui n'est pas tous azimuts, donc ça, par exemple ce serait très différent par exemple d'une pratique comme la psychanalyse qui n'est pas spécialement centrée sur quelque chose, puisqu'on part sur le principe de la libre association, ici c'est pas du tout du tout ça. On est centré sur un problème bien particulier, donc les gens viennent avec un problème bien particulier, qu'ils nous exposent, et il s'agit de "guérir" ce problème, on est vraiment là...

-D'accord.

-...on est dans un processus médical, un processus de soins. Donc, euh, on se centre là-dessus. Et on va pas chercher ailleurs.

-D'accord Alors, vous parliez de dévoilement, de ce qui dévoile, au final comment le médecin peut dévoiler ? Bon, vous parliez d'une attitude d'écoute, d'écoute active, mais est-ce qu'il y a des moments où "activement" le pat... euh le médecin peut poser des questions pour dévoiler des choses ?

-Alors ça c'est une pratique que je déconseille.

-D'accord.

-Il est évident qu'en TCC on pose certaines questions. Il est pas interdit de poser des questions, mais il est beaucoup plus fructueux d'écouter ce que le patient nous dit que de poser des questions. Bien souvent dans le discours du patient, il nous dit beaucoup de choses en fait, et euh, je crois plutôt que de parler du non-dit on pourrait parler du non-entendu par le médecin, hein.

-D'accord.

-Parce que, si on prête vraiment attention à ce que dit le patient, on se rend compte qu'il y a une richesse énorme dans ce qu'il dit. Simplement on ne relève pas forcément parce que, en tant que médecin on est centré sur un problème bien particulier. Donc il est évident que la première chose à faire c'est bien écouter le patient.

-D'accord. Et donc est-ce que vous entendez par là, avoir une écoute qui est au-delà du problème sur lequel on est centré ?

-Oui.

-D'accord.

-Les patients nous disent des choses. Et je crois qu'il faut avoir la capacité de se laisser surprendre par quelque chose que dit le patient.

Euh... et puis de, bon de le reformuler bien sûr, pour continuer à, à pas "explorer" mais donner au patient la possibilité de s'exprimer.

-Quand le patient ouvre une porte ou tend une perche, on peut... ?

-Faut la saisir, voilà, faut la saisir. Donc ça se fait par une reformulation.

-D'accord. Et est-ce qu'il y a des moments où il vous semble qu'il y a des perches qu'il ne faut pas saisir ?

-... Alors, c'est évident que dans un entretien, je dirais en médecine en général, enfin, si on est centré sur un problème et qu'on veut vraiment s'y atteler, euh, on peut pas trop se disperser, hein, parce que sinon on sait plus du tout où on va. Donc à un moment donné, il faut effectivement se concentrer sur un problème, ce qui ne veut pas dire ne pas, peut-être noter ça quelque part, et puis peut-être y revenir plus tard. Mais je pense effectivement, il est nécessaire de...

-D'accord.

-Quand on est centré sur un problème, qu'on a un travail à faire, un travail thérapeutique à faire, il faut quand même le faire, après si on part dans tous les sens, après ça va pas (rire) Bon, on est obligé de laisser de côté certaines choses par manque de temps.

-D'accord.

-Bien souvent... l'expérience prouve qu'il faut pas être trop inquiet en médecine générale sur ce qui peut être perdu dans le discours du patient, d'un autre côté, parce que si quelque chose travaille le patient, il nous le dira à d'autres occasions, ou il nous le fera comprendre d'une autre manière.

-Et qu'est-ce qui pourrait expliquer qu'un médecin n'entende pas quelque chose alors que le patient l'a abordé plusieurs fois ? Parce qu'on peut supposer que ça arrive...

-Oui. Ben parce que peut-être il a pas envie d'avoir de problème, je ne sais pas moi... Euh, il a pas envie de se mêler d'un problème qu'il estime ne pas le regarder, je ne sais pas moi, quelqu'un, dans une consultation, pour un motif médical, fin somatique, va glisser au passage que, ben, une parole qui indique, je sais pas, qu'il y a un conflit avec le conjoint par exemple, voilà, je donne un exemple un peu banal. Le médecin peut ne pas avoir envie de s'occuper de cette histoire de conflit avec le conjoint, (rire) de pas s'en mêler, et tout à fait sagement d'ailleurs. Mais, de dire : "Bon ben voilà vous êtes venu soigner tel problème...". Ceci dit, euh, il est certain aussi que, ça doit être quand même noté quelque part, ça doit être entendu par le médecin, et à un moment donné peut-être, où il sera plus disponible, peut-être : "Ah ben vous m'avez dit un jour... telle chose n'allait pas", hein, donc, "Est-ce que c'est encore vrai ?"

-Mais donc il serait souhaitable d'aborder...

-...d'aborder plus tard quelque chose. Alors on peut aussi, euh, relever quand même ce qui a

été dit : "Bon voilà alors aujourd'hui vous êtes venu pour ça, on va.. mais peut-être si vous voulez, si vous pensez avoir besoin d'en parler, on se redonne un autre rendez-vous." C'est quelque chose qui est toujours possible.

-D'accord. On peut imaginer que parfois le médecin ne veuille pas aborder certains sujets peut-être parce que ça le renvoie à des difficultés qui lui sont propres ?

-Possible. On peut toujours le supposer (*rire*). Mais alors là, c'est la subjectivité du médecin qui est en jeu, et, et là, qu'est-ce qui peut le...

-Peut-être, imaginons, par exemple, pour reprendre l'exemple du patient qui parle de ses conflits conjugaux, peut-être le médecin ne va pas souhaiter, même à une prochaine consultation, aborder ce genre de sujet, parce que lui-même a des conflits conjugaux, et qu'il ne souhaite pas parler de ça en consultation.

-Ça peut arriver. Et de toute façon, bon l'avantage en fait par la position de médecin fait qu'on est aussi des êtres humains comme les autres, et qu'on peut quand même arriver à comprendre un peu ce qui peut se passer chez les autres à partir de sa propre expérience. Donc c'est (*rire*)... Sans vouloir, évidemment, donner aux autres les solutions qu'on a appliquées à soi-même, parce que là, ce qui serait... ce serait probablement tomber à faux, mais, je pense qu'on peut comprendre que les gens ont des difficultés comme on a pu en avoir soi-même connu, comme on peut imaginer qu'on puisse soi-même les connaître. Bon ça c'est, je dirais que c'est une nécessité pour le médecin, de...

-D'accord.

-...d'imaginer qu'il est, qu'il puisse être lui-même, un jour impliqué dans les difficultés qui sont celles de ses patients.

-D'accord. Mais d'une certaine manière il vous semble que le médecin doit être capable d'aborder un très large éventail de sujets, même non médicaux, tels que les difficultés conjugales, des choses comme ça ?

-Bien sûr.

-D'accord.

Bien sûr, il doit à un moment, à un moment, le médecin doit faire sienne cette devise : "Rien de ce qui est humain ne m'est étranger."

-D'accord.

-...parce qu'on soigne des gens, 'fin en tant que généraliste en tous cas, on peut être spécialiste d'organe et se limiter à sa spécialité, mais ça ne veut pas dire apporter une solution, hein. Mais aborder une question, oui, on peut, je pense. Y a aucun sujet qui doit être tabou en médecine générale.

-D'accord. On me dit souvent que les patients ont tendance à aborder les sujets qui sont délicats, mais qui leur tiennent à cœur, en fin de consultation, la main sur la clenche de la porte. Dans une situation comme ça, vous suggérez

qu'on réagisse comment ? S'il aborde le sujet en toute fin de consultation ?

-Alors, des fois on peut avoir la disponibilité de reprendre ça. Mais, c'est quand même le cas le plus fréquent où on a pas la disponibilité dans ces cas-là. Donc dans ces cas il faut, ben noter ce qui a été dit et proposer un autre rendez-vous.

-D'accord.

-Je vois pas d'autre solution.

-On re-propose un rendez-vous au patient pour reparler de... D'accord. Là on a surtout parlé de situations où le patient "souhaite" parler d'un sujet qui lui tient à cœur. comment faire si on est face à un sujet qui fait partie du non-dit du patient, qu'il paraît important d'aborder médicalement, mais que le patient évite ... soigneusement, parce que ça le renvoie à des difficultés ?

-Il faudrait que le médecin sache de quoi il s'agit. Comment il peut le savoir si le patient n'en parle pas ? (*rire*)

-Alors, je pense, on peut partir d'un exemple fréquent: l'alcoolisme. Le médecin voit par exemple avec des prises de sang que le patient consomme trop d'alcool, mais par exemple supposons quand on va aborder le sujet, le patient va faire une boutade, et puis en fait ne pas, ne pas vraiment répondre, ou ne pas vouloir s'étendre sur le sujet...

-Ah oui ! Ah ben ça, ça doit être une question directe, ça.

-D'accord.

-L'alcoolisme, 'fin la consommation d'alcool c'est une question directe qui est, euh...qui doit faire partie de l'interrogatoire médical, ou de l'examen médical, de même qu'on prend la tension, ou je ne sais pas, le poids du patient. (*rire*)

-Et comment on peut en arriver à ce que le patient parle aisément de ce sujet-là, ou par exemple qu'il déclare sa consommation réelle d'alcool ?

-Comment on peut faire ça ?

-Mmm, pour pas qu'il y ait de camouflage, ou de mensonge, ou je ne sais quoi.

-La meilleure façon c'est d'être non-jugeant, d'être... de rester dans un abord très objectif, surtout non-jugeant. On peut demander : "Quelle est votre consommation de boisson alcoolisée ?"

-D'accord.

-Voilà, tout simplement. C'est extrêmement simple. (*rire*) Et il faut le faire.

-Et on peut faire ça avec les différents sujets délicats ? Bon, les autres toxicomanies, la sexualité, les choses comme ça ?

-Euh, oui, alors, la sexualité, euh, est-ce qu'elle doit être abordée systématiquement ? Je ne sais pas, 'fin, pour moi j'en vois pas la nécessité. Euh, puis en fait ça dépend quel type de question il faut poser. Bien sûr que s'il y a un problème qui a trait à la sphère génitale, par exemple, bon il est nécessaire de poser des

questions par rapport à la sexualité, bien sûr, mais à titre systématique, euh, je vois pas bien quelle question on pourrait poser, 'fin je sais pas, jamais personne ne m'a suggéré quelque chose dans ce sens-là, donc je ne vois pas bien.

-D'accord. Et alors, dans les situations où on est face à un tabou -je parle de tout type de tabou, pas spécialement sexuel- est-ce qu'on doit, euh, être un petit peu insistant ? Face aux résistances du patient est-ce qu'on doit les respecter ou insister ?

-Ben faut les respecter, je pense qu'il faut absolument accepter la parole du patient telle quelle.

-D'accord.

-Ça c'est très très important. Et avoir un *a priori* positif par rapport à la parole du patient. Ce qui ne veut pas dire que, qu'on est aveugle, hein, ou idiot, mais il doit y avoir un *a priori* positif.

-D'accord.

-Après s'il y a quelque chose qui est, si ses paroles se contredisent, ben il est important de le relever, bien évidemment.

-D'accord. Euh, et alors pour ce qui concerne le non-dit de la part du médecin, euh, qu'est-ce qu'on doit ou peut dire au patient, et qu'est-ce qu'on ne doit pas ou ne peut pas dire au patient ?

-Ben ce qu'il ne faut pas dire au patient ce sont des, 'fin qu'il faudrait éviter de ressentir, ce sont des jugements à porter sur le patient. ... Alors c'est évident qu'on peut ressentir des, on peut, c'est pas toujours facile, parce qu'on est traversé au cours d'une consultation par... Le médecin peut être traversé par un certain nombre d'émotions, de réactions par rapport à ce que dit le patient... Il faut en même temps, en être conscient de ça, faut être conscient des émotions qui sont générées en soi par le patient. Chose qui n'est pas évidente, hein. Mais, euh, prendre conscience de ça, et après réagir, bien sûr. Mais être conscient de ce qu'on fait par rapport au patient, de ce qu'on dit. Mais bien sûr qu'on peut ressentir de l'agacement, voire de la colère, ou au contraire des sentiments positifs vis-à-vis du patient.

-Alors ça ça doit rester non-dit ?

-Ben bien sûr, il y a des choses qui doivent rester non-dites.

-D'accord.

-Je sais pas moi, si je vois moi, je vais prendre un exemple, une jeune patiente qui me paraît extrêmement jolie, je m'abstiens de...

-...lui faire un commentaire.

-(rire) ...parce que. Je garde ça pour moi et je me dis : "Bon ben voilà, c'est bien, c'est comme ça puis c'est tout." (rire)

-D'accord.

-Mais maintenant si un patient me met en colère, bon, là c'est pareil, je pense qu'il faut analyser les raisons de cette colère, et puis essayer de

répondre le plus... comment dire, de façon la plus dépassionnée possible.

-D'accord. Il y a une situation médicale qui est source de non-dit, d'ailleurs vous y avez peut être été confronté en oncologie : la suspicion d'une maladie grave, ou la découverte d'une maladie grave, qui soulève la question de "Qu'est-ce qu'on peut dire au patient, qu'est-ce qu'on ne peut pas lui dire ?"

-Alors, c'est évident que la maladie grave, à mon avis, elle doit être annoncée de façon très claire. En même temps avec tact, mais en même temps sans mensonge, sans faux-fuyants. Euh, maintenant, la question de la suspicion c'est différent. Parce que le souci de la possibilité d'une maladie grave, il appartient au patient, euh, il appartient je veux dire au médecin ce souci-là. Si y a quelqu'un qui se fait du souci, c'est le médecin. Et donc il n'y a aucune raison d'infliger un doute sur une possibilité de maladie grave au patient, de lui faire passer quelques nuits blanches sans, sans intérêt, si on n'a pas de certitude. Je pense à une patiente à qui c'est arrivé il n'y a pas très très longtemps, chez qui une radiographie de poumon a découvert une opacité spiculée, voilà c'était écrit comme ça. Je sais pas pourquoi ça lui est tombé dans les mains ce compte-rendu. "Opacité spiculée à surveiller." Ben c'est sûr qu'elle est venue me voir, elle était à moitié en pleurs, elle ne dormait plus depuis trois jours. Donc il n'y a aucun intérêt à infliger quelque chose comme ça.

-Mais, ce qui va se passer en pratique, c'est que si on envoie le patient faire un examen complémentaire, il va peut-être être amené à dire : "Mais docteur, pourquoi vous me faites passer un scanner ? Pourquoi vous voulez me faire passer tel examen ?" (Il acquiesce) Là on est dans une situation embarrassante, parce que...

-Bien sûr. On se doit... d'explorer toutes les possibilités, enfin en tant que médecin. Si on envisage un diagnostic, il faut dire au patient : "Bien sûr que.. on doit... rechercher s'il n'y a pas quelque chose de grave", ce qui ne veut pas dire qu'on le suspecte réellement chez ce patient, mais on lui dit que voilà, on a une attitude professionnelle, et que professionnellement parlant on doit, on doit faire un examen suffisamment complet, et voilà, je pense que c'est pas, ça veut pas dire que le patient... risque d'avoir quelque chose de grave, ça veut dire qu'on fait son travail complètement c'est tout.

-D'accord. (il rit) Et dans une situation où on ferait passer un examen à un patient... un examen à un patient et on lui trouve finalement la maladie grave qu'on suspectait, est-ce qu'il vous semble que le patient peut faire un reproche après en disant : "Mais vous m'aviez pas dit dès le début que vous me faisiez passer un scanner pour me chercher, je ne sais quoi, un cancer".

-Oui ça peut arriver. 'fin ça m'est jamais arrivé ce genre de situation.

-D'accord.

-Mais, ben dans ce cas-là on lui dit : "Ben bien sûr qu'au début il faut commencer par chercher et puis c'est seulement une fois qu'on a suffisamment de certitudes qu'on annonce quelque chose" parce qu'on va pas annoncer quelque chose qui est simplement au stade de doute.

-Et, dans le cas où on trouve une maladie grave, est-ce qu'il y a des situations où vous pensez qu'on peut ne pas l'annoncer ? Est-ce que vous pensez qu'il y a des situations où c'est mieux de ne pas l'annoncer.

-Je pense qu'il faut peut-être employer des fois des périphrases, ou des métaphores, de façon à permettre au patient d'intégrer à son rythme la réalité.

-D'accord. D'accord. Alors, pour ressortir cette fois-ci du domaine des maladies graves, et en revenir au fait d'aborder le non-dit en général, où ce qui est difficilement dit, est-ce qu'il y a des situations où il y a un risque, où il peut y avoir des conséquences négatives à aborder le non-dit des patients ? Est-ce que parfois ça peut nuire à la relation ?

-En fait... aborder le non-dit des patients, je vois pas bien comment on peut le faire, puisque si c'est pas dit on peut pas l'aborder. Je vois pas bien comment cette question peut se poser.

-Je pense plutôt, disons saisir les perches. Le patient n'avait pas dit un élément, ou ne le dit pas facilement. Et puis on l'aide à en parler. Est-ce que finalement ça peut être nuisible au patient ?

-Est-ce que tu peux me donner un exemple de quelque chose comme ça ?

-Oui. Par exemple une... une patiente semble, disons, dépressive chronique, et puis on va être amené à lui dire : "Ah mais est-ce que..." , à lui tendre la perche, à lui dire : "est-ce que vous n'avez pas eu une enfance malheureuse, ou quelque chose comme ça ?" et il va se trouver qu'elle a subi disons des violences, dans son enfance. Est-ce que... et que, par une attitude d'écoute, etc., on va l'amener à parler de cette enfance difficile. Est-ce qu'on peut imaginer que finalement ça lui soit nuisible d'avoir, disons "re-déballé", ressorti ces difficultés-là ?

-D'accord. Quelqu'un qui aurait subi, par exemple, des violences sexuelles, par exemple.

-Par exemple.

-Alors effectivement, je pense qu'il serait... abusif, et probablement iatrogène, de poser systématiquement ce type de question. Euh, si quelqu'un est dépressif, bon, ben, faut en faire le diagnostic bien sûr, et puis, proposer une thérapie. ... Peut-être médicamenteuse, ou bien une thérapie, une psychothérapie cognitivo-comportementale par exemple. Et puis après, ben s'il se trouve que cette personne a subi des

traumatismes... soit elle en parlera, ou elle en parlera pas. Mais, euh, très honnêtement je pense, dans l'hypothèse où elle en parlerait pas, il faut pas commencer à chercher quelque chose comme ça, qu'on imaginerait. Et s'il n'y a aucun indice dans ce qu'elle dit qui peut nous amener sur ce sujet-là, je pense qu'il ne faut pas en parler. Il ne faut pas aborder systématiquement ce genre de chose.

-Mais, je me pose la question même en dehors des situations où on serait intrusif : il y a effectivement la situation où on va poser la question de façon directe à la patiente. Mais est-ce que vous avez pu avoir l'impression des fois dans votre carrière, une patiente va elle-même, un patient ou une patiente va elle-même aborder un sujet comme ça, délicat, et puis finalement, a posteriori, on va se dire : "Mais ça a peut-être nui à la relation" ou "Ça a nui à la prise en charge d'avoir abordé ça."

-Non.

-Non ?

-Si le patient l'a abordé, il faut le relever.

-D'accord.

-À ce moment-là. C'est au patient de, d'aborder ça. Parce que, si le patient l'a abordé, ça veut dire que c'est qu'il s'agit de quelque chose d'actuel pour lui. Quelqu'un peut avoir subi, des, bon, des maltraitements, des traumatismes divers, et, euh, ces traumatismes sont pathogènes dans le présent ou pas, d'accord ? Ils peuvent ne pas l'être. Il se trouve qu'il y a probablement une grande quantité de gens qui ont subi toutes sortes de traumatismes et qui s'en tirent bien. Hein ? Bon, donc, ce n'est pas mécaniquement, c'est pas une fatalité que d'être mal parce qu'on a subi des traumatismes à un moment donné. On peut s'en sortir. Donc si quelqu'un s'en tire bien, n'aborde plus ce sujet, il n'y a aucune raison d'aller... ré-aborder ces traumatismes. Ce serait tout à fait, à la fois injustifié et iatrogène.

-D'accord.

-Bon maintenant, si par contre le patient l'aborde : même de façon assez furtive, je dirais. Là il faut effectivement l'aborder, le relever. Pourquoi ? Parce que si le patient en parle, ça veut dire que c'est quelque chose qui est actuel. Ça veut dire que c'est un traumatisme qui encore aujourd'hui est actif, qui continue de lui faire mal. Et donc il est important de prendre ça en compte et de le traiter. Hein, parce qu'un traumatisme passé continue à faire souffrir la personne dans le présent, et donc il est, il est du devoir à ce moment-là du médecin de traiter ce problème.

-D'accord. Et est-ce que ça arrive qu'un patient, comme ça, se dévoile, ou dévoile quelque chose qu'il avait pas dit depuis longtemps, et qu'ensuite ça change votre relation, et qu'il veuille... Bon par exemple à l'extrême qu'il veuille plus vous voir, qu'il change de médecin... Ou bien qu'après la relation soit plus complexe ? Ou est-ce qu'au contraire après s'être dévoilés les patients sont

plus proches et que la relation gagne en qualité ?

-Bah, c'est arrivé que... si vous voulez après on passe aussi, on peut aussi passer la main à un autre thérapeute plus qualifié. Bon moi je pense à une patiente, on parlait de traumatismes sexuels... Bon ben une patiente qui a été victime d'un vol, euh d'un viol. Moi, elle m'en a parlé, bon dans un état dépressif, voilà, assez complexe, un diagnostic difficile, un diagnostic psychiatrique qui était assez complexe. Et, euh, moi je l'ai adressée à un confrère psychiatre, parce qu'il m'a semblé être plus qualifié que moi, j'arrivais pas à poser le diagnostic bien précis, donc, euh, voilà. J'ai passé la main, ça ne veut pas dire qu'on a perdu en qualité de relation. Je sais qu'il y a quelqu'un qui s'occupe de ce problème, je veux dire.

-D'accord. D'accord. Et contre l'obstacle du temps que consomment ces consultations... d'ordre psychologique, on ne peut pas faire grand-chose ? On est obligé d'y consacrer des consultations un petit peu plus longues ?

-Oui, ben après, vous savez, si on prend en charge soi-même quelque chose comme ça, ça veut dire qu'on sait ce qu'on fait, qu'on sait où on va. Ça veut dire qu'on a une certaine, euh, qualification professionnelle pour s'en occuper. Si on l'a pas ben il vaut mieux passer la main, parce qu'on ne fait pas n'importe quoi. Mais si on estime avoir une qualification professionnelle pour s'en occuper, ça veut dire qu'on sait ce qu'on fait, ça veut dire qu'on a un programme thérapeutique. Et si on a un programme thérapeutique, ça veut dire qu'on va proposer ce programme au patient et donc à ce moment prévoir un certain nombre de rendez-vous avec ce patient.

-D'accord. Et... Pour aborder le non-dit, donc, tout à l'heure on parlait des perches qui sont tendues par les patients? Est-ce que le médecin peut aussi tendre des perches pour ne pas être trop intrusif, mais en même temps laisser une possibilité de parler d'un sujet, d'un sujet difficile...

-Ben on peut toujours être assez ouvert. Bon d'une part, au niveau de, de la parole, donc laisser le patient terminer ses phrases, par exemple, c'est déjà pas mal ! (rire) C'est déjà une bonne perche. Et puis après on peut toujours demander au patient : "Est-ce qu'il y a autre chose dont vous voudriez me parler ?" Tout simplement.

-Une question ouverte.

-Une question très large, comme ça. Mais après c'est tout, je pense...

-D'accord. Cette aptitude à aider les gens à bien parler, bien s'exprimer, est-ce que c'est quelque chose qui s'apprend ...

-Ah oui. Oui, tout à fait ça s'apprend.

...d'une façon méthodique, disons, ça peut s'enseigner, s'apprendre ?

-Ça s'enseigne, ça s'apprend, d'ailleurs...

-D'accord.

-...je l'enseigne dans des séminaires de formation pour les médecins. Ça peut s'enseigner.

-D'accord. Et c'est aussi, ça vous paraît aussi relatif au caractère du médecin ?

-Ben après, le médecin il peut décider d'avoir une attitude d'écoute ou pas. C'est lui qui décide. Il est maître chez lui, donc après s'il a une pratique... ou il refuse cette ouverture-là, ben ma foi c'est son choix et il en a tout à fait le droit.

-D'accord.

-Généralement, on ne le verra pas dans les séminaires de formation. (rires) C'est sûr.

-Et au cours de la carrière, c'est quelque chose qui change avec l'expérience qu'on acquiert ?

-Pas forcément, si on n'a pas de formation, on peut rester toute sa vie sur un schéma...

-Mais si on, si entre guillemets "on s'y intéresse", "on y accorde de l'importance" ?

-Ah ben là bien sûr on peut progresser dans ce domaine-là, c'est un domaine qui se travaille.

-Mais je parle de la progression liée à l'expérience, liée au fait d'avoir vu des patients, en dehors de la formation qu'on peut avoir eue en séminaire.

-Alors évidemment qu'il faut avoir vu des patients, mais il faut aussi de la formation.

-D'accord.

-Cette formation elle est pas forcément en séminaire, on peut aussi... je ne sais pas, travailler à partir de lectures ou que sais-je...

-D'accord.

-Toutes sortes de façons, quelque chose qu'on va gagner ailleurs, dans un roman ou pourquoi pas. (rire) Mais il faut les deux.

-J'ai l'impression que, au premier plan, c'est quelque chose qui s'apprend avec méthode, et ensuite l'expérience du médecin et le caractère du médecin sont un peu secondaires. Mais la méthodologie, l'apprentissage semblent avoir une importance plus grande ?

-Ah oui oui, ça se fera pas tout seul. Non, c'est sûr, ça vient pas comme ça, avec le temps. Non.

-Et, est-ce qu'il vous semble que l'âge du médecin joue dans le fait qu'il y ait du non-dit du patient, que le patient ne livre pas certains éléments, ou livre certains éléments.

(Silence, étonnement)

-Là je vois pas bien.

-Il vous semble pas que ça joue beaucoup, que les patients ne vont pas se dire : "Je vais plus facilement lui parler parce qu'il est plus jeune", ou "Je vais plus facilement lui parler parce qu'il est plus âgé." ?

...

-Je ne sais pas. Je vous avoue que... Je sais pas. Bon bien sûr que... 'Fin non, franchement, je pense pas, J'arriverais pas...

-Et votre expérience, (il rit) votre expérience n'est pas qu'on se confiait plus à vous, ou moins à vous au début de votre carrière. ?

-Non. Non non, je pense que... 'Fin moi je me suis toujours intéressé à cette question, donc après, j'ai essayé de creuser la question.. me perfectionner, bien sûr. Mais...

-Ça vous paraît très secondaire l'âge qu'a le médecin.

-Oui.

-D'accord. Bon. D'une manière générale, j'ai l'impression que vous accordez de l'importance à ce que les patients diront avec... un peu plus de temps, ou de difficulté, au non-dit, en fait.

-Je m'intéresse plutôt au Dit...

-Oui.

-...qu'au Non-dit

-Mais vous vous intéressez à faire dire des choses que peut-être les patients ne disent pas à d'autres médecins, ou à d'autres, dans d'autres situations.

-Non, je crois pas qu'il faille "faire dire" quelque chose aux patients. Je pense qu'il faut... bien écouter ce qu'ils disent. Mais certainement pas leur faire dire quelque chose.

-Donc en fait il vous semble que si au lieu de vous voir vous, ils voyaient un autre médecin, ce serait dit aussi, mais ce serait non-entendu, c'est ça ?

-Il est possible que ça puisse arriver, mais, bon moi, je sais pas si je suis meilleur qu'un autre, par là, je prétends pas du tout être meilleur qu'un autre, je pense que... effectivement, il s'est trouvé que d'ailleurs je vois bien, avec mes stagiaires ou mes remplaçants, il arrive qu'ils disent des choses au stagiaire, qu'il m'ont pas dites à moi. Donc, euh, ça prouve que le stagiaire a été meilleur que moi, tout simplement, à un moment donné.

-Est-ce que vous pensez pas qu'il y a aussi pour une part des choses qu'on ne peut pas changer : c'est-à-dire que dans tous les cas, quel que soit le médecin, il l'aurait pas dit au généraliste habituel, et il l'aurait dit au remplaçant ?

-Ah c'est possible, hein. Bien sûr. Il y a des patients qui viennent nous dire ça aussi, y en a qui viennent nous dire : "Ben voilà, je vais vous parler d'une chose dont j'ai pas pu parler avec mon médecin". Ben forcément qu'il y a des limites, à l'écoute, à la compréhension individuelle. Il y a des limites que j'ai aussi, forcément. Euh, donc, euh, des limites qui sont d'un côté, et puis qu'on trouvera pas de l'autre côté, enfin qui sont différentes d'un médecin à l'autre, et donc qui permettent à un patient de s'exprimer plus facilement. Bon il y a aussi le fait que, on peut, un patient peut, parce que bon y a une relation un peu de, je dirais, d'attachement en fait, d'amitié qui se crée entre le patient et le médecin, qui peut être un obstacle, dans la mesure où le patient peut ne pas vouloir révéler

certaines choses de peur de briser une bonne relation, par exemple.

-Ah ça c'est un sujet qui est intéressant ! Vous pensez qu'on peut lutter contre l'apparition de ce phénomène : le patient qui ne dit pas quelque chose parce qu'il connaît son médecin depuis trop longtemps ?

-Il a peur de briser une bonne relation.

-Et est-ce que c'est évitable ?

-C'est évitable, oui, si on n'est pas trop, euh, c'est un risque qui peut se produire, si... si il y a quelque chose dans le, dans le discours du médecin qui fait penser à des jugements de valeur, qu'ils soient positifs ou négatifs. À ce moment-là, ben le patient va éviter, va, va plutôt dire ce qui va le valoriser auprès du médecin et éviter de dire ce qui va le dévaloriser. Donc ça c'est un obstacle évidemment essentiel.

-Donc si le médecin met en quelque sorte une attitude un peu trop amicale, c'est ça ?

-Ben s'il a une attitude... pas forcément amicale, je pense qu'amical c'est plutôt bon, s'il a une attitude qui laisse entendre des jugements de valeur.

-D'accord. ... D'accord. Quand il y a des jugements de valeur, ça peut influencer ce que le patient va dire ou va ne pas dire.

-Bien sûr. Bien sûr que ces jugements de valeur, c'est important qu'en tant que médecin, qu'on en soit conscient, qu'on les perçoive, parce qu'on va pas forcément dire directement au patient qu'on le trouve... je sais pas moi... que celui qui demande beaucoup d'arrêts de travail est un fainéant, par exemple, ou des choses comme ça.

-D'accord.

-Euh, ben c'est évident que dans ce cas, le patient va plus oser les demander par exemple.

(rire) Donc, voilà. Pour une raison très simple...

-D'accord. Très bien, je pense qu'on a fait le tour.

-Voilà, on a bien abordé le sujet.

-Je vous remercie.

Hors micro : conversation d'environ trente minutes sur la théorie freudienne, qu'il rejette, au profit des théories comportementalistes, dont il nous dit qu'elles permettent d'être "dans l'ici et maintenant", sans enfermer le patient dans des traumatismes de la petite enfance.

Dr P

Profil : Médecin féminin en début de carrière, assistante au Département de Médecine Générale.

Conditions d'exercice : exercice rural, en Meuse. Associée à deux autres médecins. Activité sur rendez-vous quasi exclusivement. Pas de secrétariat.

Conditions d'entretien : Entretien réalisé le 19/02/2013, au département de médecine générale. Aucune contrainte horaire, ambiance détendue.

Durée : 47 minutes

-Donc je fais la thèse avec le docteur... le professeur Aubrège, une thèse sur le non-dit. Mais d'abord, en fait, avant qu'on en vienne au vif du sujet, j'aimerais voir comment est organisée ta consultation dans la semaine.
-Ok, donc alors j'ai six demi-journées, euh, le lundi matin je fais que des visites. L'après-midi je fais que sur rendez-vous. Le mercredi matin c'est mixte. Le vendredi c'est toute la journée, pareil, soit sur rendez-vous, soit quelques visites, comme le mercredi matin. Et le samedi, un samedi sur deux je fais que des visites, et un samedi sur deux je fais de la consult' sur rendez-vous et sans rendez-vous.
-D'accord. Et t'as un jour de repos dans tout ça ?
-Mercredi après-midi c'est mon jour de repos, et sinon les autres jours je suis à la fac. Mardi je suis ici.
-D'accord. Ton cabinet il est où exactement ?
-A Gondrecourt. En zone déficitaire (rire)
-D'accord. Et t'es associée à d'autres médecins ?
-Je suis collaboratrice d'un autre médecin qui exerce à plein temps. Et... on est trois en fait, on a une remplaçante fixe, c'est plus vraiment du remplacement.
-D'accord. Et une secrétaire ?
-Non, pas encore.
-D'accord.
-Et mes rendez-vous c'est toutes les vingt minutes, si ça t'intéresse.
-Et donc il y a uniquement des rendez-vous et des visites, il n'y a pas de consultation libre.
-A part le samedi matin pendant deux heures, non.
-D'accord. ... Et, est-ce que tu fais uniquement de la médecine, comment, conventionnelle...
-Conventionnelle ? Oui.
-...allopathique.
-Je fais de l'homéopathie mais sans diplôme. Je fais pas des consult' d'homéopathie.

-Bon donc ma thèse porte sur le non-dit. Le non-dit sous tous ses aspects : le non-dit du médecin, le non-dit du patient...

-Oui...

-...et le non-dit qui est conscient, le non-dit qui est inconscient, pour tout un tas de raisons, sur tout un tas de sujets. L'objectif pour moi c'est d'essayer de déterminer à quel point c'est important, quand est-ce qu'on doit s'y intéresser, et quand est-ce qu'on peut se permettre de ne pas s'y intéresser. En pratique en consultation, y a beaucoup de choses que les patients ne te disent pas ?

-Euh... est-ce qu'il y a des choses qu'ils me disent pas ? ... C'est difficile. Ce qu'ils te disent pas, soit tu t'en es rendu compte après, soit tu le sais pas. Non, j'ai pas l'impression qu'il y ait beaucoup de non-dit. Au départ ils omettaient beaucoup leurs antécédents, mais, euh ...

-Plutôt des omissions ?

-Oui.

-D'accord.

-Quelques-uns dont j'ai su par ailleurs qu'ils avaient des mésusages. D'alcool ou de... non surtout d'alcool, pas d'autre mésusage. Et je l'ai su par leur famille. Mais ça se compte sur les doigts d'une main.

-D'accord. C'est occasionnel.

-Oui.

-Et les omissions : quand un patient omet de dire quelque chose, ça te paraît purement une omission ? C'est pas...

-Au niveau de leurs antécédents ? Oui, c'est parce qu'ils ont pas, ils ont pas connaissance de leur pathologie.

-Donc une omission par méconnaissance.

-Oui.

-Alors, ça doit, ça arrive peut-être aussi qu'ils omettent des éléments qui sont plus importants, ou qu'ils...

-Des antécédents majeurs ?

-Alors pas forcément des antécédents, je pense plus des choses qui concernent, peut-être, leur mode de vie...

-Ils en parlent pas beaucoup, si on les questionne pas dessus, ils en parlent pas beaucoup.

-D'accord. Alors, est-ce que tu arrives à supposer la raison pour laquelle ils en parlent peu ? de leur mode de vie.

-Pour eux ça fait pas partie des choses qui entrent dans la relation de soins. Si y a pas une pathologie qui fait qu'on a besoin d'en parler, ils en parleront pas spontanément, s'ils viennent pour un sujet banal, une rhino...

-Et de ton point de vue de médecin, est-ce que ça en fait partie ? Dans quelle limite ça en fait partie ?

-Alors pour moi ça en fait partie dans la mesure où il faut connaître le patient dans son environnement. Mais je trouve que les patients ne comprennent pas assez la globalité de... ils

ont une vision du médecin généraliste très très restrictive, et ils comprennent pas toujours la globalité de cette prise en charge. On l'a plus avec des personnes plus âgées, et je dirais à partir de 55-60 ans, et puis quand on commence à mieux les connaître.

-D'accord.

-On a vraiment un suivi très rapproché. Mais ceux qu'on voit une fois de temps en temps, si on leur pose pas clairement la question, on a pas toujours le temps. Sinon ils en parlent pas.

-D'accord. Et donc en tant que médecin, tu penses qu'on doit, qu'on, qu'on doit interroger le patient sur son mode de vie ?

-Si on a une idée derrière la tête, oui, dans un cadre de prévention.

-Donc peut-être sur des éléments bien précis tu veux dire ?

-Ouais. En fait moi j'interroge beaucoup sur... ben j'aime bien savoir au niveau familial où ils en sont, au niveau professionnel, ce qu'ils font, et si ça se passe bien ou pas. Et bon après, par contre, ça va être plus... après c'est plus orienté facteurs de risque cardiovasculaire, voilà, risque métabolique, cardiovasculaire ou cancéreux.

-D'accord. D'accord. Alors tout à l'heure tu parlais de mésusage, je pense que ça fait partie des choses que les patients signalent pas forcément.

-Jamais. (sourire) Euh, rarement ! C'est déjà arrivé qu'ils viennent me voir pour ça mais...

-D'accord. Alors quand c'est du non-dit, le médecin doit aller s'y intéresser ?

-Oui.

-Oui ? Dans quelle proportion le médecin doit faire la démarche active d'aller fouiller ?

-Quand on sent qu'il y a quelque chose qui cloche, qu'il nous manque un élément précis pour la prise en charge. Quand on bloque sur une prise en charge, et qu'on se rend compte que ça n'avance pas, et qu'on se rend compte qu'il y a quelque chose derrière, là ça vaut le coup de... Après, il faut... moi je pose pas de quest... sauf éventuellement... je pense à cette patiente particulière dont je sais qu'il y a un problème d'alcool, là j'aborderai le sujet directement. Mais quand je sais pas d'où vient le problème, je vais plutôt poser la question de façon ouverte, "Est-ce qu'il y a quelque chose dont ils voudraient me parler", ou quelques patients dont tous les problèmes remontent à une année précise, je vais leur demander ce qui s'est passé cette année-là.

-D'accord.

-Même des choses dont ils ont pas forcément soupçonné l'importance. Mais quand tous les antécédents remontent à cette période-là, notamment tout ce qui est douleur chronique, là je vais m'y intéresser, parce qu'il y a peut-être quelque chose dont ils ont pas conscience et qui peut être intéressant.

-D'accord. Est-ce qu'il peut arriver qu'il y ait des éléments qui soient très discrets. Parce que là tu parles de choses qui posent problème, qui bloquent la prise en charge.

-Oui, très discrets comme relation d'inceste, accident, décès d'un enfant, d'un parent...

-D'accord. Alors donc ce genre d'élément non-dit par le patient, le médecin, il peut, il peut aborder le sujet, en faire parler son patient ?

-On peut, ouais. ... En fait, moi je trouve qu'il faut que le patient sache qu'il peut en parler, donc faut l'inviter, faut lui laisser la porte ouverte, en lui disant que... voilà, en l'interrogeant sur s'il y a pas des choses dont il voudrait parler précisément, en lui rappelant que ça sort pas du cabinet. C'est vraiment plus une invitation, pas une question directe qui pourrait être accusatrice.

-Et alors comment on peut faire ressentir au patient qu'il peut nous parler de ces choses-là ?

-Euh, comment ? Euh, ben moi je leur demande s'il leur est pas arrivé quelque chose de traumatisant à cette période-là, s'ils ont perdu un proche, s'il leur est arrivé un accident, une agression...

-Donc pas une question directe, mais une question ouverte.

-Mais après c'est une question d'attitude de ma part, si c'est là que tu veux en venir. En général je suis vraiment dans une attitude d'écoute. Autant quand je suis dans le clinique pur, l'interrogatoire, tout ça, je prends beaucoup de notes sur l'ordinateur, autant quand j'en suis au moment où je veux parler, en général je me tourne vraiment face au patient, je pose mes mains sur le bureau et je le regarde. Vraiment, je suis plus dans une position où j'écris, je suis vraiment dans, dans le dialogue, quoi.

-D'accord.

-Et donc je pense que par mon attitude, le patient il le ressent. Je parle pas de la même façon non plus, je parle d'une voix beaucoup plus, euh, moins forte. J'ai déjà pas une voix forte, mais je parle plus doucement, ouais, vraiment pour mettre un climat de confiance, plus intime quoi.

-D'accord. Est-ce qu'il y a des situations où on peut imaginer que ça va devenir néfaste d'entrer dans ce domaine là avec le patient ?

-Non si on assure derrière !

...alors qu'est-ce que tu entends par là ?

-Euh, eh ben parce que, si on commence... C'est comme le dépistage pour les pathologies : si on le fait et qu'il y a rien à proposer derrière, ça vaut pas le coup. Si je pense que c'est pour débloquer une situation de soins, et que de toute façon derrière je lui proposerai soit un suivi individuel, c'est-à-dire qu'on se revoit pour en parler, soit ça nécessite une prise en charge spécialisée par un psychiatre. Je vais enchaîner derrière, je le laisserai pas repartir avec ses

questions et ses doutes, ce qui pourrait effectivement être néfaste.

-Est-ce qu'on peut imaginer que le patient se braque si on commence à élargir un peu la discussion...

-Oui.

... à des éléments personnels.

-Après c'est leur droit. une fois qu'ils savent que la porte est ouverte, ils peuvent y revenir la fois suivante, d'eux-mêmes ou pas.

-Et un patient comme ça, qui en viendrait après quelques années de non-dit à en parler d'un élément traumatisant, est-ce que ça peut modifier par la suite sa relation avec son médecin ?

-Je pense que ça la renforce.

-D'accord. T'as pas spécialement l'expérience de patients qui dévoilent un élément et ensuite ne veulent plus te voir après t'avoir dévoilé ça.

-Non. Après j'exerce pas depuis longtemps non plus.

-Donc plutôt dans le sens de quelque chose qui est positif pour la relation avec le patient. Et comment on peut savoir les limites de ce qui n'aura pas spécialement d'intérêt médical ? Le patient va peut-être être tenté de parler d'éléments qui n'auront pas d'intérêt pour sa prise en charge médicale.

-Ben après s'il en parle c'est qu'il estime qu'il a besoin d'en parler. Y a pas de limite, la limite c'est le patient qui la fixe...

-D'accord. Et si y a des résistances de la part du patient à parler d'un sujet... ?

-Ben j'insiste pas.

-D'accord. Et si on a la conviction qu'il y a une importance médicale de parler du sujet ? Par exemple l'alcoolisme, tu disais tout à l'heure, ou quelque chose comme ça. Le patient a des résistances quand on essaie d'aborder le sujet...

-Ah, j'y reviens par des chemins détournés. Pour l'alcool c'est facile, par la prise de sang, ou par une échographie, à ce moment-là on peut toujours reposer la question régulièrement, de temps en temps, mettre la question sur le tapis, de ce qu'il boit dans journée, de façon...

-D'accord. Donc en fait on y revient, en fait on lutte un petit peu contre les résistances en y revenant plusieurs fois.

-Ouais. Pas d'accusation directe mais...

-D'accord. Et le fait d'être direct, est-ce que c'est quelque chose qui est intéressant face à un non-dit ? De poser directement la question.

-Euh pour moi non, parce qu'après on est trop policier, et on risque de briser une relation de confiance avec le patient. ...

-D'accord.

-Ou alors après il faut vraiment qu'il nous mette dans une situation d'embarras : un toxicomane où y aurait vraiment un problème, où on se rend compte que bon... je sais pas moi... ça m'est jamais arrivé. Oui j'imagine que si je me rendais compte qu'à un moment ça va plus, ou... je sais

pas, il a été dans plusieurs pharmacies, là je vais lui dire directement. Je vais lui dire.

-D'accord.

-On a des alibis, y a la sécu qui nous prévient. Donc... Là je vais le dire directement, mais parce que ça met ma responsabilité en cause. Si, mais autrement non, y a pas de...

-Parce que... on pourrait imaginer qu'un médecin dise que si on y va par des moyens détournés, le patient va à chaque fois contourner les "assauts" entre guillemets du médecin, alors que si on est direct, au moins, le patient est confronté.

-Il finira par céder. C'est l'idée du conseil minimal. En tabacologie ça marche.

-D'accord. Et tout à l'heure tu parlais de moments où tu prends spécifiquement une attitude d'écoute. Comment on peut gérer ça par rapport à la fatigue, dans la journée ? ... Parce que parler de sujets comme ça qui peuvent avoir une importance, ça nécessite une bonne écoute mais...

-Et bien je dirais que c'est pas forcément une question de fatigue. À la limite c'est presque plus facile en fin de journée, quand t'as presque plus personne à voir derrière, que quand t'es déjà en retard d'un quart d'heure ou plus, et que tu sais que ça va augmenter. Mais quand c'est nécessaire je le fais. Nan c'est pas nécessairement une question de fatigue. Moins que quand il faut négocier sur un traitement.

-D'accord. Et je suppose que c'est chronophage.

Est-ce qu'il y a une manière de faire qui permettrait d'aller rapidement, qui permettrait rapidement de dévoiler des éléments non-dits ?

-Non, je crois pas. Les fois où j'ai des, des trucs vraiment particuliers, ils étaient déjà sur le point de... ils étaient pas bien et ils venaient pour ça, donc après on en vient plus vite au fait. En général, oui, les fois où ça m'est arrivé, je sentais vraiment que... je sais pas moi, un deuil compliqué, c'était une jeune femme qui venait de perdre sa mère d'un cancer, elle l'avait accompagnée tout le long, et quand elle est venue, elle venait me dire qu'elle était fatiguée, qu'elle était pas bien, qu'elle avait continué de bosser parce qu'elle avait pas voulu prendre d'arrêt de travail ni de jour. Elle a craqué dans le bureau, mais parce qu'elle voyait que j'allais prendre le temps de discuter avec elle, et donc là ça a été très vite, mais parce que je l'avais déjà vue, parce que j'étais déjà au courant de la situation, et parce que c'était un espace où elle était plus regardée ni par sa famille, ni par ses collègues de travail. Mais ça venait pas spécialement de moi, c'était plus dans le contexte... Je pense pas avoir spécialement une technique au point là-dessus.

-Donc là tu parles d'un élément qui était non-dit, ou du moins difficilement dit, mais qui était quand même à l'origine d'une demande de la patiente: là la patiente visiblement en souffrait et était demandeuse que ça sorte. Et est-ce qu'on

doit, euh, y aller, quand on a l'impression qu'il n'y a pas de demande du patient ?

-Ben, la demande... Elle, la demande elle était implicite... elle m'a pas dit directement qu'elle allait pas bien, d'un point de vue psychique. Je connaissais la situation. Elle m'a dit qu'elle était très fatiguée, qu'elle en pouvait plu, mais c'est vraiment le fait que je sois pas partie dans un interrogatoire clinique. Moi je suis pas, je suis vraiment pas partie, quand j'ai vu la situation, j'avais pas du tout prévu de faire un examen clinique derrière. Sachant la situation, moi je suis directement partie dans une attitude...

-"Psychologique" ?

-...oui "psychologique".

-D'accord. D'accord.

-Et donc du coup quand c'est pas une demande explicite, c'est toujours possible d'y arriver. Je sais pas c'est quelque chose qu'on sent, mais c'est pas...

-Alors...

-(rire) C'est du sixième sens !

-Justement, ce côté feeling, est-ce que parfois il peut être à l'origine de quiproquos, d'erreurs de ressenti : on a eu l'impression que le patient avait besoin de parler d'un élément ou d'aborder un élément..

-Moi ça m'est jamais arrivé parce que... enfin, pas de situation de quiproquo parce que comme je pose pas de questions façon directe, euh, soit le patient il parle, soit il parle pas, et puis s'il parle pas, on enchaîne sur autre chose.

-Euh, il y a un domaine qui est source de non-dit, c'est tout ce qui touche aux tabous, je pense aux tabous d'ordre génitaux, sexuel... Comment, est-ce qu'on doit aborder ces domaines-là avec les patients, comment on peut les aborder ?

-Ça dépend des âges. Et ça dépend aussi, si ça se justifie pour une question de prise en charge derrière ou pas. Euh, mais oui, chez les ados, ça m'est arrivé de l'aborder, plus chez des filles.

Parce que chez les filles c'est plus simple du fait qu'il y a des fois des problèmes d'infection urinaires récurrentes, des demandes de pilules. Avec les garçons il y a moins d'occasions. Mais après je rentre pas dans les détails.

-Alors,

-Mais après, sauf si ça venait d'eux, mais la situation s'est jamais présentée.

-Euh...

-Chez des adultes c'est pareil, non, je pose pas la question spontanément. Après c'est dans des... plus par rapport aux effets secondaires de certains traitements, notamment des traitements cancéreux, ou dans l'évaluation globale des douleurs chroniques, où en fait le retentissement sur la vie sexuelle peut avoir un sens, c'est pareil chez les femmes qui se plaignent d'avoir plutôt une sécheresse vaginale ou une dyspareunie. Mais autrement j'en parle pas.

-D'accord. Donc quand il y a une demande explicite du patient, ou quand il y a une

situation... Et si le patient ne souhaite pas en parler ou quoi... on n'insiste pas ?

-Non, j'insiste pas. ...

-Tu faisais allusion au fait que c'était plus facile d'en parler avec les demoiselles, est-ce que c'est par rapport au fait que toi-même tu es un médecin femme, ou est-ce que...

-Eh bien je ne sais pas. Je me suis posé la question, je m'en suis rendu compte, et du coup je me suis posé la question, mais j'ai pas la réponse. Euh, alors forcément je suis plus à l'aise sur la question avec les filles, mais j'en parle pas non plus spontanément si ça fait pas partie d'un dépistage systématique que je ferais. Je pose la question s'il y a un cadre clinique derrière. Et donc je pense que c'est pour ça que j'en parle pas avec les garçons,...

-Tu veux dire parce que les jeunes femmes ont besoin de contraception...

-Oui, parce qu'il y a un point d'appel. Si on veut...

-Et est-ce que tu as le sentiment qu'une médecin femme va parler plus facilement de contraception avec les jeunes filles, et un médecin homme plus facilement parler de dysérection avec ses patients masculins ?

-Je sais pas.

-Tu sais pas ? ... D'accord. Alors concernant le non-dit du médecin maintenant, qu'est-ce que, qu'est-ce qui, selon toi, doit rester non-dit par le médecin ?

-Bonne question. Qu'est-ce qui doit rester non-dit ? Je sais pas. ... Je pense qu'il y a plus des fois des questions de temps à respecter, ou des silences, mais euh, non je pense pas qu'il doive rester du non-dit. Si on parle d'annonce, 'fin d'évolution d'une maladie, y a pas besoin d'avoir de non-dit. Après ce qui doit rester non-dit du médecin c'est ses opinions personnelles.

-D'accord. Donc ses opinions. Alors...

-Y a, 'fin, pas d'opinions personnelles et pas de jugements.

-Alors, dans le domaine spécifique des maladies graves, ce qui est relatif au pronostic, euh... à quel point le médecin doit dire ?

-Alors, moi j'ai une expérience des soins palliatifs donc pour moi ça pose pas de problème. Pour moi y a, on peut pas donner de délai, d'abord parce que la plupart du temps on se plante, mais par contre y a des façons de le dire. On peut dire : "Là, la situation, elle se dégrade très vite", et avec l'état actuel des... de la science ou selon la demande du patient, "on peut pas espérer qu'il y ait une amélioration." Ça c'est une façon de le dire. C'est moins abrupt que : "Il vous reste trois jours à vivre." Mais euh, c'est plus une façon de le dire que euh, c'est plus la forme que le fond, le fond, je pense qu'il faut le dire. Et si y a des choses à faire, il faut que ce soit dit.

-Mais donc tu sembles te dire que c'est "souhaitable" de dire, de dire au patient.

-Oui, et même quand je fais des examens, je préfère dire ce que j'ai derrière la tête, quitte à

dire que : "Voilà ce qu'on cherche à éliminer et c'est pour ça que j'estime que c'est important de faire cet examen", plutôt que de laisser aller avec ses questions, et euh, derrière si le diagnostic il est positif, il se le prend en pleine face et on l'aura pas préparé. Alors que à la limite, si on lui a dit : "Voilà, au pire ce qu'on va trouver c'est ça, et on a des raisons de le chercher maintenant et on espère un peu que ça débouche sur quelque chose" à la limite si c'est négatif eh bien tant mieux.

-Est-ce que tu ne penses pas qu'on risque de susciter des craintes chez le patient, de lui faire passer des nuits blanches : il a un scanner dans une semaine, est-ce qu'on peut lui dire : "On va peut-être trouver un cancer"?

-Ben, il se posera la question de la même façon si on lui en parle pas. Après la façon, les mots ça dépend de comment... Je dis pas forcément le mot cancer, ça dépend de ce que je sais du patient, de si je le connais bien ou pas, c'est-à-dire si je le vois souvent ou pas, et de la façon dont lui il pose les questions. Si je le sens très froid, très inquiet, je vais plutôt utiliser des mots plus souples comme "quelque chose d'embêtant" ou "quelque chose d'évolutif". Par contre si c'est quelqu'un qui me pose la question directe, euh là oui je vais lui dire.

-D'accord.

-C'est plus, je vais plus me mettre au niveau du patient et au niveau du vocabulaire qu'il emploie spontanément.

-D'accord.

-Mais je pense pas que ça change grand-chose, un patient qui est inquiet, qu'on lui dise ou qu'on lui dise pas, s'il va passer un scanner, c'est qu'il y a quelque chose, donc vaut mieux...

-D'accord.

-Vaut mieux le préparer.

-Et, euh, pour en revenir au pronostic, est-ce que tu penses qu'il faut donner des éléments, concernant son pronostic, ou est-ce que tu penses...

-Des éléments précis ? Comme "quelque jours", "quelques mois" ? Non.

-D'accord.

-Non parce qu'on est pas maître des choses et qu'on sait jamais combien de temps ça va durer, sauf quand il reste quelques jours.

-Et le diagnostic en lui-même, est-ce qu'il y a des situations où il peut être mieux de le cacher au patient ?

-J'ai pas eu d'expérience où ça valait mieux de ne pas le dire.

-Parfois on peut imaginer... je soulève la question, hein...

-À un suicide après ?

-Ah non, non je pense plus : un patient qui serait âgé, qui a plus trop trop les facultés cognitives pour comprendre les enjeux etc., des fois on serait tenté de dire : "Bon on va pas aller lui expliquer qu'il a un cancer, il comprendra pas..."

-Oui d'accord là oui, c'est pas la peine, s'il est pas en mesure de comprendre, on va plutôt lui dire qu'il y a une maladie grave, mais de toutes façons en général dans ces situations-là on se place en soins palliatifs donc on est plus dans une situation d'accompagnement que de soins.

-Mais justement, est-ce qu'avec les soins palliatifs on fait une annonce ?

-Oui je pense qu'on peut toujours dire à la personne qu'elle a une maladie grave, et qui va évoluer, dont elle va pas guérir, sans lui dire qu'elle a un cancer, parce que là, ça change plus grand-chose à l'évolution.

-Et tu évoquais le suicide, est-ce que tu penses qu'on s'expose à un risque de suicide quand on donne une information au patient, est-ce que tu as des expériences de ce genre-là ?

-Non j'ai pas d'expérience, c'est des trucs qu'on lit dans les bouquins.

Non j'ai pas d'expérience (*sourire*) ça viendra peut-être...

-Alors toujours dans le non-dit du médecin, est-ce que le médecin doit avoir du non-dit concernant les médicaments qu'il utilise : je pense par exemple ne pas dire les effets secondaires ?

-Oui, je les dis pas systématiquement. ... C'est pareil, quand... quand ça peut vraiment apporter quelque chose je le dis, parce que, par exemple dans le diabète, je pense que tout ce qui est metformine, il vaut mieux les informer, leur expliquer pourquoi on le prescrit comme ça. Toujours sur les douleurs chroniques, surtout neuropathiques, je préfère leur donner les effets secondaires et leur expliquer, donc ça permet de leur dire sur quoi on décide, de l'évolution, de l'adaptation du traitement. Après, la plupart du temps, pour les, pour les trucs aigus, ça vaut pas le coup de leur dire. Mais à mon avis parler à l'avance des effets secondaires, ça a plutôt... Je sais pas si ça renforce l'observance, mais ça permet un meilleur dialogue entre le médecin et le patient.

-D'accord. Et est-ce qu'on peut parler d'argent avec les patients ?

-Quel argent ?

-Et bien, je pense le coût de leur santé, le coût de leurs médicaments ?

-Ouais.

-On peut...

-Oui.

-C'est pas un tabou ?

-Non.

-Est-ce que si on leur dit : "Telle prise en charge serait plus chère que telle autre", est-ce qu'ils auraient pas l'impression qu'on leur fait de la santé au rabais ?

-C'est... je pense que ça dépend de la pathologie : pour une pathologie grave je pense pas qu'il faille se poser la question en ces termes-là, parce que si c'est une polyarthrite invalidante avec des traitements qui coûtent très cher ou un

cancer, là c'est pas éthique de leur poser les... Ils sont déjà victimes et en plus c'est stigmatisant de... Par contre pour une pathologie aiguë bénigne, un patient qui va refuser systématiquement les génériques, là oui, là ça vaut le coup.

-D'accord.

-Ou un patient qui va être hyper demandeur de, de, d'exams qui lui apporteront strictement rien de plus, qu'on multiplie, ben là on va leur dire : "Attendez". Ou alors un patient qui va aux urgences alors que c'était pas justifié, alors là oui ça vaut le coût de leur parler d'argent.

-D'accord. ... D'accord.

-Mais voilà, plus pour qu'il ait les clés en mains que... C'est pas, je pense qu'il faut savoir quand même rester déontologique, c'est pas pour taper sur le patient. S'il est déjà pas bien et qu'en plus on le stigmatise là-dessus...

-D'accord. *Et est-ce que le médecin peut faire des remarques sur les choses qui, qui l'embêtent de la part de son patient : je pense à un patient qui vient en retard, ou à un patient qui est, qui n'est pas propre, un patient qui est envahissant, qui est bavard... A quel point on en parle au patient, à quel point on s'abstient de faire un jugement ?*

-Alors là c'est pas du non-dit c'est de la commu... ça peut être de la communication non-verbale. Un patient qui devient envahissant ou qui devient trop long, euh, je sais pas j'ai une façon de faire, je lâche la souris, je me lève, je vais vers la porte, je pose mon stylo...

-D'accord.

-(rire) 'fin y a une façon de lui faire comprendre que la consultation est finie, que c'est pas la peine qu'il m'en parle pendant une heure. Un patient envahissant ça m'est arrivé une fois, parce qu'il dépassait vraiment les bornes, oui les gens qui appellent trois ou quatre fois par jours, je leur dis qu'à un moment faut qu'ils arrêtent d'appeler pour pas grand-chose.

-D'accord.

-Et y en a un autre avec qui ça a clashé, mais il avait vraiment un trouble par rapport à ça, et il nous traitait de menteurs et tout, et il finissait par être vraiment...

-D'accord.

-Et donc là je pense que si je lui avais pas dit, je pense que quelqu'un d'autre lui aurait dit.

-D'accord.

-Mais sinon oui, des fois quand je leur dis, ça m'arrive : "C'est pas la peine d'appeler trois fois par jour pour la même chose".

-D'accord.

-D'façon pour savoir si mon collègue a quitté le cabinet ou pas, ou si y a du monde dans la salle d'attente. (rire)

-D'accord, c'est excessif.

-Oui c'est excessif. Après sur la propreté non, ça m'est jamais arrivé, parce que j'ai jamais eu de patient sale au point que ça me gêne. Et après

c'est plus dans les cas de visite à domicile, et alors là j'aborde plus la question de la nécessité d'avoir des aides, parce qu'en général quand on en est à ce point-là, la détresse... On en arrive au point où il vaudrait mieux avoir l'intervention de l'assistante sociale ou des aides à domicile.

-D'accord. D'accord.

-C'est tout.

-D'accord. *Donc, d'une manière générale, c'est le patient qui détermine ce dont il parle au médecin et ce dont il ne parle pas au médecin. Et s'il n'y a pas de demande ressentie par le médecin, de demande du patient ressentie par le médecin, le médecin va pas trop...*

-Creuser ? Non, sauf si encore une fois il y a une raison clinique. S'il y a un ressenti du médecin qu'il y a quelque chose qui bloque, là ça vaut le coup.

-D'accord. *Donc c'est très basé, en fait, sur, bon à part les situations cliniques, les facteurs de risques etc., mais sinon c'est assez basé sur des éléments de ressenti.*

-Ouais sur le ressenti, le relationnel.

-D'accord. Ok.

-Après c'est pas c'est pas très objectif, mais le ressenti il se, même si on a pas forcément de recul là-dessus, on peut le sentir à l'attitude du patient, en général c'est des attitudes de repli, ils se tiennent un peu à leur fauteuil, on voit pas leurs mains, ils sont crispés, ils regardent pas en face, en général c'est des situations... Y a quand même... La demande parfois est pas dans le verbal, la demande elle peut être non-verbale.

-D'accord.

-C'est de l'ordre du ressenti du médecin, mais peut-être que si on se penchait là-dessus on pourrait trouver un certain nombre de critères qui font qu'on se rend compte qu'il y a quelque chose qui va pas.

-*Et ce ressenti de médecin, cette faculté à se rendre compte qu'il y a quelque chose derrière, c'est quelque chose qu'on apprend, ça vient avec l'expérience, ou bien c'est inné ?*

-Alors là-dessus y a eu des thèses. Y a eu une thèse qui a été primée en France, et il y a eu l'équivalent au niveau européen. La thèse française avait reproduit l'étude européenne, je sais plus où c'était, au Pays Bas, ou je ne sais plus. Sur le sixième sens en médecine générale, et en fait il n'y avait pas de différence entre, en fonction de l'expérience.

-Donc ?

-Donc je sais pas si c'est de l'ordre de l'inné, ou si ça s'acquiert dès le début des études...

-*Mais est-ce qu'il y a une différence entre médecins ? Est-ce qu'il y a des bons détecteurs et des mauvais détecteurs ?*

-J'en n'ai aucune idée.

-*Ton intuition ?*

-Non, je crois pas, je pense que c'est une disposition. Et qu'à tout moment on peut être bon détecteur ou pas bon détecteur.

-D'accord.

-Et c'est pas forcément une fatigue de la journée, à la limite ce serait plus... Y a des jours où on n'est pas bien soi-même, parce qu'on a plein d'autres soucis à côté, on sera moins disposé à aller voir de ce côté-là.

-Et est-ce qu'il y a une part de hasard à ce que finalement un jour le patient aborde un sujet qu'il n'avait pas abordé ? Est-ce que c'est du hasard ou est-ce que ça va être par rapport au médecin ?

-C'est soit dans son cheminement à lui parce qu'il va y avoir de nouveaux éléments, soit dans le cheminement de la relation médecin-patient qui fait que peut-être petit à petit le patient il se sent plus à l'aise, et... et ça permet d'en parler.

-Et dans ce cheminement tu penses que le profil du médecin il intervient beaucoup ? Le fait qu'il soit jeune/vieux, homme/femme, des choses de ce genre-là ?

-Non.

-C'est plus un cheminement qui tient au temps, aux années de suivi.

-Ouais, ouais.

-D'accord. D'accord. Et un médecin qui ne serait pas trop trop disposé à écouter ses patients, ou disons à s'ouvrir à des éléments non-dits, les éléments ne sortiraient jamais ?

-Ben sauf si le patient en a beaucoup besoin, mais sinon, non, je pense pas.

-D'accord.

-Je pense pas qu'un médecin qui fait, qui fait une séance de cinq minutes par patient, et qui les laisse pas parler, ça puisse, il puisse en sortir quelque chose.

-Et tu pense que ça peut avoir quelles conséquences négatives, consulter en cinq minutes, ne pas laisser le patient exprimer des éléments comme ça, non-dits ou difficilement dits, quels sont les éléments négatifs, les conséquences néfastes ?

-Ben on progresse pas dans le soin. Si y a des choses qui bloquent, qui font que ça bloque au niveau biomédical, le fait que ce soit pas des, 'fin, que la situation psychique ou contextuelle soit pas débloquée, on pourra pas progresser.

-Peut-être qu'un médecin qui consulterait comme ça rapidement, et qui prendrait pas trop trop le temps d'explorer tout ça dirait que c'est des éléments qui sont d'ordre psychologique et que ça le concerne... pas tant que ça, que c'est plus vers un psychologue...

-Oui sauf qu'on est médecins généralistes, qu'on prend le patient global. C'est un argument que je pourrais comprendre d'un hyper-spécialiste, et encore les hyper-spécialistes ça peut les aider à comprendre pourquoi un traitement fonctionne pas, et ça peut les intéresser aussi.

-D'accord. Tu as des exp...

-Alors oui par contre j'ai l'expérience d'un médecin qui parlait très très peu, et les patients ne parlaient pas, mais c'est un médecin qui

observe énormément, et qui fait des déductions, et qui met le doigt sur des choses justes, et c'était intéressant de le voir travailler, c'était un de mes maîtres de stage, parce qu'en fait, il y avait une réelle... tout se passait dans le non-verbal, mais il savait quand les patients étaient pas bien, il y avait pas besoin que ça passe par des mots, et euh, et du coup c'était une situation de non-dit mais il y avait quelque chose de dit dans le non-verbal. Et quand il avait besoin il prenait le temps de se poser aussi.

-C'était quelqu'un qui travaillait vite globalement ?

-Ouais, il travaillait toutes les dix à quinze minutes. Mais ça m'est déjà arrivé en tant qu'interne de poser des questions à des patients à lui, qui m'ont regardée de travers parce qu'ils appréciaient pas que... Alors que j'étais pas très intrusive, mais ils avaient pas l'habitude. Ils venaient le voir parce qu'il parlait pas beaucoup, mais il y avait une réelle, une réelle, une réelle situation de confiance entre lui et ses patients, et encore une fois ça, y avait un non-verbal qui était tellement fort que... que ça le mettait pas dans une impasse. Et en général il en savait énormément sur ses patients, parce que derrière il me racontait plein de trucs...

-D'accord. Y a des éléments dont tu penses que le médecin et le patient décident tacitement de ne pas parler, de ne jamais parler ?

...

-Des... comme un pacte ? Euh, ouais, si y a des choses à enterrer, mais... Ouais, je pense que c'est qu'à un moment donné ils en ont parlé et qu'ils ont considéré que la situation était stabilisée et que le sujet était clos.

-D'accord. Plutôt des choses dont il te semble qu'il n'y aurait pas spécialement besoin de les re... re-déballer.

-Oui voilà, des secrets de familles, mais une fois que le médecin est au courant et ça modifie pas la... je sais pas, la situation est stable et ça change rien à l'évolution.

-Et comment différencier une situation où les deux n'en parlent pas, et où il y a, où ce serait bon d'en parler (nous sourions) et les moments où les deux n'en parlent pas et où ce serait néfaste d'en parler ?

-Ben, quand on sent que le patient n'est pas bien.

-D'accord. ... On peut imaginer... on peut imaginer la situation d'un médecin qui par exemple n'aurait pas détecté la maladie de l'épouse, l'épouse meurt et le mari garde un ressentiment contre le médecin, en se disant : "Il a pas réussi à soigner ma femme", et ni l'un ni l'autre ne reviennent jamais sur le sujet

-Sur la question ? Ben si le patient il garde un ressenti à ce point-là, il vient plus voir le même médecin.

-D'accord.

-Si vraiment y a un ressenti très très négatif de la part du patient, je pense qu'il revient pas.

-D'accord.

-Mais parce que sinon y a quelque chose dans la relation... Je pense qu'après on n'est jamais à l'aise... si... tacite ou pas tacite, s'il y a quelque chose qui a jamais été dit, que le médecin s'en veut...

-D'accord.

-Soit il a été se confesser ailleurs et ça va mieux, soit... soit à un moment donné il vient en parler au patient, il s'excuse, ou il vient d'une façon détournée...

-Et il y a aussi une autre situation où le médecin et le patient peuvent tacitement ne pas aborder le sujet, c'est quand il y a un désaccord. Je pense par exemple à la situation du médecin qui pratique de l'allopathie. Le patient est demandeur ou consommateur de médecine... je ne sais quoi, chinoise ou quoi, et comme ils savent qu'ils ne sont pas d'accord sur le sujet, au final ils en parlent pas.

-Oui je pense que ça peut arriver. C'est pas mon cas, puisque je suis ouverte aux médecines...

-D'accord.

-A mon avis il vaut mieux toujours garder le dialogue. Ça c'est une situation où le médecin est buté et où il veut pas en entendre parler. Là oui ça peut survenir, mais euh... c'est pas le cas là où je travaille, ni pour moi ni pour mon collègue.

-D'accord.

...

-Moi je préfère qu'il me le dise. Même sur les manipulateurs, parce qu'il y en a beaucoup dans nos campagnes, justement pour savoir ce qui s'est dit, parce que je pense pas qu'ils leur fassent... bon, après le magnétiseur ça marche ou ça marche pas, c'est pas mon problème du moment que la relation de soin entre lui et moi n'est pas, n'est pas abîmée, et surtout qu'il lui fait pas croire... qu'on tombe pas dans la médecine, comment dire...

-L'escroquerie tu veux dire ?

-Ouais voilà l'escroquerie, l'exercice illégal de la médecine, là ça me poserait problème. Mais justement, c'est pour ça que je préfère que les patients m'en parlent, et qu'on puise en discuter.

-Mais comme parfois il y a des choses qui peuvent friser un peu ça, le patient va peut-être pas en parler en supposant que...

-Ah ouais des fois ils en parlent pas, mais euh... mais c'est peut-être plus parce qu'ils en ont... je sais pas... soit parce que... ils estiment que c'est autre chose, que c'est pas dans le cadre de leurs soins. Soit est-ce qu'ils ont peur ? Je sais pas, mais je pense que...

-D'accord.

-Si vraiment c'est important ils finissent par en parler.

-D'accord. Et dans ton expérience, fin, est ce que tu as l'expérience de patients qui t'ont dit

après quelque temps un élément dont ils ne t'avaient pas parlé, et dont toi tu t'es dit : "Mais c'est d'une très grande importance en fait, et il me l'avait pas dit ?" Hors les antécédents que tu citais tout à l'heure...

...

-Non, pas...

-Pas de chose qui ait un grand retentissement sur la santé.

-Après j'ai pas non plus... J'ai qu'un an et demi de recul, c'est court...

-Ok. Bon, ben c'est très bien. Je te remercie.

Annexe 5. Dictionnaire des codes

Code	Sens
Thèmes de non-dit	Concerne l'ensemble des thèmes qui sont source de non-dit.
Sexualité	
Tabou de la sexualité	Non-dit relatif au tabou que constitue la sexualité en général.
Gêne de l'homme	Non-dit lié au tabou génital masculin.
Gêne de la femme	Non-dit lié au tabou génital féminin.
Dysfonction sexuelle	Les troubles de l'érection et la frigidité comme sources de non-dit.
Pratiques sexuelles "autres"	Non-dit relatif à des pratiques sexuelles différentes de la sexualité "normale", paraphilie, infidélité, déviances, etc.
Maladie grave	
Crainte d'avoir un cancer	Peur non-dite d'être porteur d'un cancer.
Tabou du Cancer	Non-dit entourant le cancer lorsqu'il est diagnostiqué.
Peur de la mort	Peur non-dite de la mort en général.
Méconnaissance de la mort	Eléments relatif au caractère inhabituel et méconnu de la mort pour un certain nombre de patients qui n'y ont pas été confrontés.
Pronostic	Non-dit relatif au pronostic des maladies graves.
Maladie grave non cancéreuse	Non-dit relatif à des maladies graves autres que le cancer.
Addictologie	
Addictologie générale	Non-dits relatifs à l'addictologie d'une façon générale.
Alcool	Le tabou de l'alcool comme source majeure de non-dit.
Tabac	Le tabac comme source de non-dit.
Stupéfiants	Non-dit relatif aux stupéfiants : cannabis, benzodiazépines et drogues dites "dures".
Autres thèmes de non-dit	
Violence physique	Non-dit relatif aux violences physiques, actuelles ou passées, au premier plan chez les femmes.
Abus sexuel	Non-dit relatif au souvenir traumatisant d'abus sexuels vécus dans l'enfance.
Couple	Non-dit relatif aux problèmes que le patient éprouve au sein de son couple.
Eléments familiaux	Non-dit relatif à des éléments familiaux, des liens de parenté.
Troubles du comportement	Non-dit relatif aux troubles du comportement et à certains symptômes d'ordre psychiatrique. Cela comprend les troubles du comportement alimentaire...

Mode de vie	Non-dit relatif au mode de vie, à l'habitus du patient (et non inclus ailleurs).
Poids	Le surpoids et l'obésité, sources de non-dit.
Hygiène	Le manque d'hygiène de certains patients, possible source de non-dit pour le généraliste.
Selles	Non-dit lié au tabou des matières fécales.
Argent	Non-dit relatif à l'argent, aux difficultés financières, aux coûts de prise en charge, etc.
Actes de complaisance	Non-dit du patient relatif à un avantage, une faveur qu'il va demander à son médecin, au premier plans les arrêts de travail.
Inobservance	Non-dit relatif à l'inobservance thérapeutique.
Echec /reproches	Les échecs thérapeutiques, l'erreur médicale et l'ensemble des reproches que les patients peuvent avoir vis-à-vis du médecin, lorsqu'ils sont non-dits.
Autres thérapeutes	Non-dit relatif à la fréquentation d'autres intervenants thérapeutiques : médecine non-conventionnelle, manipulateurs, mais aussi magnétiseurs, rebouteux, etc.
Définition du non-dit	Vise à définir le non-dit, son essence.
ND est une crainte	Eléments en faveur d'un non-dit qui serait généré par les craintes et les angoisses des sujets.
ND Conscient	Eléments concernant la part consciente du non-dit.
ND Inconscient	Eléments concernant la part inconsciente du non-dit.
Différence non-dit / mensonge	Au sujet de la nuance entre un non-dit et une malhonnêteté.
Différents schémas	Le non-dit peut pour un part tirer sa source d'une perception différente par le patient et par le généraliste. En particulier, le patient n'a parfois pas conscience qu'un élément va revêtir une importance aux yeux du médecin.
Ambivalence	Eléments relatif à l'ambivalence du non-dit, que le patient veut à la fois verbaliser, et redoute de verbaliser.
Manifestations du non-dit	Concerne les caractéristiques avec lesquelles le non-dit du patient se manifeste au médecin.
Non-dit manifeste	Au sujet du non-dit lorsqu'il est aisément suspecté par le médecin.
Non-dit qui s'estompe	Avec le temps, avec l'ancienneté de la relation avec son médecin, la part des sujets dont le patient ne parle pas va diminuer.
Non-dit mystérieux	Au sujet du non-dit lorsqu'il est difficile à suspecter par le médecin.
Non-dit qui dure	Un non-dit peut s'étaler sur de très longue périodes, voire ne jamais être révélé.
Non-dit suspecté à tort	Parfois on peut suspecter à tort la présence d'un non-dit, par exemple suite à une erreur d'interprétation.
Oublis	Au sujet des oublis, et d'un éventuel sens qu'ils peuvent avoir.
Médecin traitant	Rôle du système de médecin traitant unique sur le non-dit, depuis la mise en place du Parcours de soin.
Importance du non-dit	Vise à déterminer l'importance qualitative du non-dit lors de la consultation, ainsi que son rôle.

Place dans la consultation	Au sujet de son existence dans la consultation.
Présence du non-dit	Éléments relatifs à la présence de non-dit.
Absence du non-dit	Éléments relatifs à l'absence de non-dit, ou en faible quantité dans la consultation.
Non-dit et confiance	Relation entre le non-dit et la confiance du patient en son médecin.
Dialogue non-dit	Au sujet des situations où il s'établit un dialogue entre le non-dit du patient et le non-dit du médecin.
Bénéfice attendu	Au sujet du bénéfice que peut apporter le dévoilement du non-dit.
Cause de consultation	Le non-dit comme cause « réelle » de consultation, par opposition au motif « annoncé » de consultation.
Élément nécessaire	Non-dit correspondant à un élément dont il est souhaitable que le médecin ait connaissance pour la prise en charge optimale du patient.
Perte de temps	Perte de temps liée à l'incompréhension de la demande réelle, non-dite, du patient. Cela peut être sous la forme d'une répétition de consultations ou d'examen, voire même d'une aggravation d'une pathologie.
Soulagement	Au sujet du soulagement que peut apporter la verbalisation d'un non-dit. Il s'agit de la simple verbalisation du non-dit, en dehors de toute action thérapeutique.
Suicide	Au sujet des idées suicidaires non-verbalisées, pouvant conduire à un passage à l'acte.
Amélioration de la relation	Au sujet de l'amélioration de la relation entre le patient et le médecin que peut engendrer la verbalisation d'un non-dit.
Cause de changement de médecin	Parfois il est permis de suspecter qu'un patient a changé de généraliste parce que le premier n'avait pas saisi un élément, élément qui peut ne pas avoir été verbalisé.
Quand l'aborder	Situations dans lesquelles il convient d'aborder, ou au contraire de respecter, le non-dit du patient.
Abord souhaitable	Situations dans lesquelles un abord du sujet serait souhaitable.
Diagnostic	Point de vue selon lequel le diagnostic doit être nommément délivré au patient, en l'absence de consigne explicite de sa part de ne pas vouloir être informé.
Pronostic	Au sujet des situations où il importe d'annoncer au patient son pronostic.
Danger	Le médecin peut être intrusif s'il considère qu'un non-dit est source de danger pour le patient.
Respect souhaitable	Situations dans lesquelles un respect du non-dit serait souhaitable.
Respect	Au sujet du respect du non-dit du patient, d'une façon générale.
Résistances	Au sujet du respect des résistances du patient.
Suspicion diagnostique	Non-dit du médecin relatif à la suspicion d'une maladie grave (en l'absence de preuve irréfutable de maladie).
Pronostic sombre	Situations où le médecin ne va pas annoncer un pronostic sombre, voire une mort imminente, de crainte que cela soit insoutenable pour le patient.
Traumatisme ancien	Un traumatisme ancien peut ne pas être remis au premier plan, remémoré, s'il ne paraît pas y avoir de possibilité d'apporter un soulagement.

Effets secondaires	Non-dit relatif aux effets indésirables des traitements.
Blessant	Principe de ne pas dire un élément qui va blesser le patient, ou bien en diminuer la portée, utiliser des euphémismes, etc.
Sujet de désaccord	Il peut y avoir un non-dit sur un sujet à l'origine d'un profond désaccord entre le patient et le médecin.
Facteur déterminant	Elément sur lequel se baser pour choisir d'aborder ou de respecter le non-dit du patient.
Bienfait	Le médecin peut se baser sur le bienfait attendu comme critère déterminant les sujets dont parler, à explorer, etc. Ce bienfait pouvant être somatique ou bien psychologique.
Choix du patient	Point de vue selon lequel le médecin doit s'en tenir aux sujets choisis par le patient. Le médecin s'exprime uniquement sur les sujets pour lesquels le patient a une demande verbalisée.
Le positif	Principe de dire les éléments positifs, même mineurs, dans les situations péjoratives.
Délais	Parfois le patient a besoin de temps pour se sentir capable de parler de certains sujets. Il convient alors de respecter la vitesse à laquelle va le patient, sans essayer d'aller directement au but.
Manière de l'aborder	Concerne les méthodes par lesquelles le médecin peut faciliter la verbalisation du non-dit.
Dialogue	
Dialogue - En général	Au sujet de la possibilité d'aborder le non-dit par le dialogue en général sans présager du ton utilisé par le médecin.
Dialogue - Interrogatoire clinique	Un interrogatoire bien mené peut conduire suspecter un non-dit, voire à l'aborder d'emblée.
Dialogue - Franchise	Le médecin peut aborder le non-dit sur un ton de franchise, sans forcément être brusque, ni avec atténuation, mais avec simplicité.
Dialogue - Frontal	Le médecin peut aborder un thème de façon frontale, parce qu'il estime que le sujet est important, ou bien parce qu'il estime que le patient répondra plus franchement.
Reformulation	La reformulation, méthode de communication encourageant le patient à exprimer librement et complètement ses idées.
Banalisation	Utilisation de la banalisation pour aborder les sujets source de non-dits, les questions embarrassantes ou les actes pouvant causer une gêne.
Humour	L'humour comme manière d'aborder les thèmes générateurs de non-dit, ou comme manière de dédramatiser la conversation.
Gravité potentielle	Invoquer la gravité potentielle d'un thème de non-dit pour encourager le patient à se confier au médecin, ou à se laisser examiner.
"Perches"	Eléments relatifs à l'attitude face aux « perches » que peut tendre le patient à son médecin, ainsi qu'à l'utilisation de perches tendues par le médecin à son patient.

Langage non-verbal	Le médecin peut utiliser sa connaissance du langage non-verbal pour déceler un non-dit du patient, mais aussi pour montrer qu'il est à l'écoute.
Attitude	
Ecoute	Un écoute de qualité, comme un moyen d'aborder ce que le patient ne dit pas, ou ne dira pas facilement.
Ouverture	Une attitude d'ouverture d'esprit favorise la verbalisation par le patient d'éléments non-dit, sensibles. Le médecin peut parfois utiliser des questions ouvertes pour témoigner de cette ouverture.
Empathie	Une attitude empathique, favorisant la verbalisation de non-dits.
Intuition / feeling	L'une des manières de suspecter qu'il y a un non-dit est l'intuition.
Habitude	Le médecin peut avoir l'habitude des patients qui sont sujets au non-dit, ou avoir l'habitude de l'attitude de certains patients lorsqu'ils sont tracassés.
Moyens pratiques	
Biologie	La biologie peut révéler des éléments dont le patient ne parle pas au médecin.
Clinique	Un examen clinique bien mené peut conduire à suspecter un non-dit. Parfois les éléments cliniques sont manifestes.
Hospitaliser / Adresser le patient	Renvoyer le patient vers un autre thérapeute, ou bien l'hospitaliser, peut être une méthode pour aborder une prise en charge complexe et pleine de non-dits.
Reprogrammation	Re-programmer un rendez-vous afin d'aborder un sujet qui nécessite davantage de temps.
Annotation	L'annotation dans le dossier d'un bref mot rappelant un sujet important qui méritera d'être abordé de nouveau lors d'une consultation ultérieure. Souvent associé à la reprogrammation.
Mise à disponibilité	Se mettre à disponibilité du patient peut l'aider à verbaliser le non-dit.
Scores	L'utilisation de score aide le dépistage de troubles psychologiques, que le médecin pourra secondairement explorer.
Autre	
Tiers	Éléments de non-dit que des tiers, des membres de la famille, etc. rapportent au médecin traitant.
Coïncidence	Une coïncidence, un événement dû au hasard peut mettre un non-dit.
Médecine non-conventionnelle	Lors des pratiques différentes de l'allopathie, le patient peut verbaliser des éléments qui sont restés non-dits lors des consultations conventionnelles.
Ecrit	L'écrit comme une manière pour le patient d'exprimer un non-dit qu'il ne se sent pas capable de verbaliser.
Rôle du profil du médecin	
Rôle de l'âge	Incidence du profil du médecin sur la facilité pour les patients de verbaliser des non-dits.
	Influence de l'âge sur la quantité de non-dits du patient, et sur la facilité à ce qu'ils soient verbalisés.

Rôle du genre	Influence du sexe du médecin sur la facilité avec laquelle les patients vont se confier à lui, au premier plan pour les thèmes en rapport avec la sexualité, mais aussi d'une façon générale.
Contact / Personnalité	Rôle de la qualité du contact avec le patient, d'une bonne entente facilitant la verbalisation.
Idéologie du médecin	Les opinions du médecin, sa philosophie, etc. peuvent susciter un non-dit chez le patient.
Transfert	Eléments relatifs au transfert, c'est-à-dire à la projection d'une image symbolique du patient sur son médecin. Y répond, selon certains, le contre-transfert du médecin sur le patient.
Au remplaçant	Pour diverses raisons, certains sujets non-dits sont dévoilés au remplaçant et non au médecin habituel.
Adaptation de la patientèle	Principe selon lequel la patientèle s'adapte au profil du médecin avec le temps. Entre autres facteurs, sa propension à explorer ce qui est relatif au non-dit.
Contraintes	Contraintes et risques pour le médecin d'aborder le non-dit du patient.
Temps	Le temps nécessaire comme obstacle à se pencher sur le non-dit des patients.
Horaire / disponibilité	Le moment auquel le patient va exprimer sa demande peut être contraignant pour le médecin.
Attention requise / motivation	Aborder le non-dit nécessite un certain investissement de la part du médecin et les différentes manières d'aborder ce non-dit sont coûteuses en attention pour le médecin.
Flot d'émotion	Aborder un non-dit peut générer un flot d'émotion. Le médecin peut alors se trouver en difficulté face à la réaction du patient, ainsi qu'à sa propre réaction.
Absence de solution	Le médecin peut suspecter un non-dit et le laisser persister du fait qu'il suppose ne pas pouvoir apporter de solution au problème.
Risques d'un mauvais abord	Conséquences indésirables d'un abord du non-dit par le médecin qui déplairait au patient ou l'offusquerait.
L'incertitude comme difficulté	Par nature, le non-dit laisse une large place à l'incertitude du médecin, qui ne sait pas s'il a bien interprété certains éléments.
Hors compétence	Certain troubles sont perçus comme au-delà des compétences de généraliste, en particulier dans le domaine psychologique.
Accompagnant	Difficulté d'aborder un non-dit, ou tout sujet délicat, du fait de la présence d'un accompagnant, du conjoint, etc.
Interruptions	Les interruptions au cours de la consultation, tel que le téléphone qui sonne, sont un obstacle à parler de sujets délicats.
Non-dit du médecin	Concerne le non-dit du médecin, ses raisons, ses thèmes, et l'interaction avec le non-dit du patient.
Aplomb du médecin	Rôle que peuvent avoir l'aplomb du médecin, ou à l'inverse son manque d'assurance, sur son propre non-dit.
Tabous du médecin	Interférences liées aux tabous propres au médecin.
Dire "beaucoup"	Eléments en faveur d'une restriction des non-dits du médecin, pour ne rien, ou quasiment rien cacher à son patient.

Contre-transfert	Au sujet du contre-transfert et de l'ensemble des projections symboliques du médecin vis-à-vis de ses patients.
Rejet	Au sujet du sentiment de rejet, ou d'antipathie, que le médecin peut avoir envers certains patients, et garder non-dit.
Annnonce incomplète	Au sujet de la part de non-dit du médecin lors de l'annonce de maladie grave, aboutissant au fait que le patient ne se sente pas complètement informé sur sa pathologie.
Méconnaissance	Non-dit généré par une méconnaissance d'un sujet par le médecin.
Non-dit malhonnête	Au sujet de la nature parfois malhonnête d'un non-dit.
Pas concerné	Sujets que le médecin ne va pas aborder, où qu'il ne va pas détailler, parce qu'il ne se considère pas concerné, ou qu'il considère que cela n'a pas d'incidence sur la prise en charge médicale.
Perception du non-dit du médecin	Au sujet de l'éventualité que le patient perçoive des non-dits du médecin, contre le gré du médecin.
Progression dans le temps	Evolution avec le temps de la faculté à explorer le non-dit du patient.
Inné	Eléments en faveur d'une capacité innée à bien communiquer et à explorer le non-dit.
Expérience	Eléments en faveur d'une faculté de dévoilement se majorant au cours de la carrière, avec l'expérience.
Apprentissage	Eléments en faveur d'un rôle primordial de l'apprentissage communication.

VU

NANCY, le 12 juillet 2013

Le Président de Thèse

Professeur J-P. KAHN

NANCY, le 18 juillet 2013

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Mme la Professeure K. ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6506

NANCY, le 25/07/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La consultation de médecine générale est un colloque singulier entre deux personnes qui apprennent à se connaître au fil du temps. Bien que cette relation s'articule autour d'un dialogue, un certain nombre d'éléments restent non-dits par le patient et par le médecin, parfois après plusieurs années, parfois même définitivement.

Le patient va verbaliser difficilement ce qui sera en lien avec des sujets tabous, tels que la sexualité, les maladies graves, ses addictions. Le médecin, pour sa part, ne va pas évoquer certaines informations défavorables, telles qu'un pronostic sombre, ou certains éléments qui le renvoient à des difficultés propres. Et il est fréquent qu'un non-dit de l'un réponde à un non-dit de l'autre.

Notre travail est une étude qualitative ayant pour but de déterminer comment se présente le non-dit lors de la consultation et quelle est son importance. Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de 16 généralistes de profils variés afin d'appréhender ce qui se joue au-delà des mots, dans le cabinet du médecin.

Nous avons pu mettre en évidence que le non-dit comporte une importance dont il convient de tenir compte. Verbalisé, il peut fournir des données influant la prise en charge médicale, aboutir à un soulagement, à un renforcement de la relation, à un gain de temps. Mais des contraintes nombreuses et variées peuvent entraver cette démarche, et le médecin doit tenter d'évaluer le bénéfice afin de décider s'il doit encourager un dévoilement.

Ce travail a fait la lumière sur beaucoup d'éléments concrets relatifs au non-dit et à l'intérêt de la verbalisation, du point de vue du médecin. Une étude complémentaire portant sur des entretiens auprès de patients permettrait probablement d'enrichir la description de ce phénomène complexe et difficilement analysable.

TITRE EN ANGLAIS :

The unsaid in family practice
A qualitative study of its importance according to general practitioners.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2013

MOTS CLEFS : Non-dit ; Tabou ; Verbalisation ; Consultation ; Médecine générale ; Relation médecin-malade

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex