

Quelle formation pour le médecin généraliste psychothérapeute de fait ?

Valentina Kieffer

▶ **To cite this version:**

Valentina Kieffer. Quelle formation pour le médecin généraliste psychothérapeute de fait ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01732861

HAL Id: hal-01732861

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732861

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

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

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
2010 N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Valentina STROIA ép. KIEFFER

Le 29 avril 2010

QUELLE FORMATION POUR LE MEDECIN GENERALISTE, PSYCHOTERAPEUTE DE FAIT ?

Examinateurs de la thèse :

Mr. Xavier DUCROCQ	Professeur	Président
Mr. Jean Dominique De KORWIN	Professeur	Juge
Mr. Raymund SCHWAN	Professeur	Juge
Mr. Alain AUBREGE	Professeur Associé	Juge
Mr. Claude PETIT	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	**Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ**
- 1er Cycle :	**Professeur Bernard FOLIGUET**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- DPC :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – 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 - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - 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
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

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

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

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

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

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

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteur François SCHOONEMAN
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER
4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Docteur Patrick ROSSIGNOL

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT

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

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A notre Président du Jury,

Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ
Professeur de Neurologie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de présider cette thèse.

Nous vous sommes reconnaissants de votre présence, de votre soutien, de votre disponibilité et de votre confiance.

Nous vous exprimons ici notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Jean Dominique De KORWIN
Professeur de Médecine interne

Nous sommes honorés que vous ayez à juger ce travail.

Nous sommes heureux d'avoir pu partager vos connaissances dans le domaine de la Médecine interne à la faculté puis au cours de notre internat.

Nous avons su reconnaître votre pédagogie.

Nous vous exprimons ici notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN
Professeur de Psychiatrie

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail en acceptant d'être notre juge.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur Alain AUBREGE
Professeur associé de Médecine générale

Vous avez bien voulu nous faire l'honneur de juger ce travail.

Votre écoute, vos conseils et vos remarques nous ont permis de mener à bien cette thèse.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de la confiance que vous nous avez témoignée.

A notre Juge et directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Claude PETIT
Docteur en Médecine

C'est un grand plaisir pour moi que vous ayez dirigé et que vous ayez à juger ce travail.

Vous avez su me faire réfléchir sur ce sujet captivant qui a retenu toute mon attention.

Vous m'avez fait partager votre passion de la médecine générale, vos connaissances et votre expérience durant ce semestre à travailler à vos côtés.

Que ce travail soit le témoignage de ma gratitude et de mon admiration.

A ma famille,

Mamei mele Fanica. *M-ai crescut cu multa iubire si m-ai invatat sa muncesc pentru a obtine ce imi doresc in viata. M-ai ajutat cand mi-a fost greu si mi-ai fost alaturi cand aveam putine sanse de reusita. Cand am decis sa plec in Franta, m-ai sustinut, chiar daca nu erai de acord cu decizia mea. Iti multumesc pentru tot ceea ce sunt si pentru ca ti-ai implinit pe deplin rolul de cea mai buna mamica din lume.*

Tatalui meu Ioan. *Esti cel mai iubit tatic din lume. Intotdeauna am simtit dragostea cu care m'ai ocrotit si indrumat pana acum. Nu voi uita niciodata cum m-ai incurajat pentru cele mai grele examene din viata mea. M-ai urmat si ai incercar sa te adaptezi pentru mine si din dragoste pentru copiii mei chiar si in tari straine. Nu exista cuvinte pentru a-ti multumi de aceea incerc sa te fac mandru de mine.*

Puiului meu Arthur. *Ai fost primul care mi-a umplut viata de bucurie. Am descoperit dragostea de mama datorita tie. Bucuria ta de a trai imi da puterea sa continui si sa-ti ofer ce e mai bun, si mai ales sa te invat iubirea si respectul de oameni si de familie. Te ador micutul meu.*

Puiului meu Raphaël. *Viata mea de mama nu era completa inaintea venirii tale pe lume. Zambetul tau ma destide in fiecare zi cand vin acasa dupa lucru. Incerc sa-ti dau un exemplu de urmat in viata facand tot posibilul ca sa devin un medic bun. Te iubesc ingerasul mamei.*

Bunicilor mei : Ion, Matei, Vasilica, Nica. *Stiu ca de acolo unde sunteti ma protejati si ma iubiti. Va multumesc pentru tot ce ati facut pentru parintii mei si pentru mine si sper ca sunteti mandri de mine.*

Unchilor, matusilor et verilor mei. *Pentru o familie unita cum si-au dorit bunicii nostri, sa traim in armonie si iubire.*

Iubitului meu Jérôme. Datorita tie am venit la Nancy in urma cu sapte ani. Ai crezut in mine si m-ai sustinut ca sa trec mai usor prin probele impuse la facultatea de medicina din Nancy. M-ai oferit cele mai frumoase momente din viata mea. Iti multumesc pentru ce mi-ai daruit si sper sa continui la fel in viitor. Je t'aime pour toujours mon amour.

A ma belle mère, Bernadette. *Vous m'avez accueillie quand je suis arrivée dans ce pays et vous avez été à mes côtés lorsque j'en ai ressenti le besoin. Merci de m'avoir adopté là d'où je viens.*

A mon beau père Daniel. *Maintenant j'ai deux papas, et c'est grâce à vous. Vous m'avez reçu bras ouverts dans votre maison et je vous en remercie du fond du cœur.*

A ma belle sœur Delphine. *Pour avoir été là et m'avoir soutenu depuis mon arrivée, avec une pensée particulière pour cette journée du 18 août 2007.*

Aux grands-parents : Louis, Albert, Simone, Thérèse, les oncles, tantes et cousins de ma belle famille. *Pour m'avoir accepté dans leur famille, respecté et aimé.*

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail

A Mr. Michel Brun. *Vous m'avez fait partager votre expérience et votre savoir. Ce travail ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui sans vos précieux conseils. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.*

A Mr. Jean Dherine. *Je vous remercie pour vos conseils et de votre soutien pour la réalisation de ce travail.*

A Mme le Dr. Freby Cayotte. *Pour votre compétence, votre disponibilité et vos qualités humaines.*

A mes vieux et nouveaux amis. *J'ai eu la chance de rencontrer dans ma vie des personnes extraordinaires qui sont devenus mes meilleurs amis et occupent encore aujourd'hui une place privilégiée dans ma vie. Ne changez rien, vous êtes formidables !*

A Mme le Dr. Rachel Vieux. *Pour ta douceur et ton soutien dans des moments difficiles de ma vie.*

A Mme le Dr. Clement Demange*. Pour avoir épargné beaucoup de souffrance à mon petit ange.*

A mes disciples en Roumanie et en France*. Pour ce que vous m'avez enseigné.*

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION..... 12

La motivation..... 13

Des raisons de s'intéresser à la relation médecin-malade..... 16

La médecine générale..... 18

- Le « sale boulot »..... 20

LA RENCONTRE ENTRE DEUX PERSONNES..... 24

La relation médecin-patient..... 25

- Rappel historique..... 26

- Les temps ont changé..... 30

La perception de l'état de santé et la maladie..... 33

La place du médecin généraliste..... 35

Le médecin généraliste doit être un clinicien compétent..... 38

L'influence du médecin sur le patient..... 40

Le médecin-enseignant..... 43

Le respect du patient..... 48

Coopérer avec le malade..... 50

La place du patient..... 52

Le malade et sa maladie..... 54

Le respect du médecin..... 56

L'influence du patient sur le médecin..... 58

Des symptômes pour se faire entendre..... 60

La demande..... 63

- Le médecin face à la demande..... 65

L'écoute..... 67

La communication..... 69

Le rôle du médecin est-il d'être empathique avec son patient ?..... 74

Le patient s'attend-il à un médecin empathique ?..... 79

La confiance..... 81

La distance..... 84

Réassurance et rassurance..... 88

L'annonce d'une maladie grave..... 91

Des transferts en médecine générale ?..... 94

LA MÉDECINE GÉNÉRALE D'ICI ET D'AILLEURS..... 96

Au Canada..... 97

En Suisse..... 102

En Allemagne..... 104

En Roumanie..... 107

En Italie..... 111

Au Luxembourg..... 113

Aux Etats Unis..... 115

Au Royaume-Uni..... 117

La médecine générale en France..... 119

- **Faculté de médecine de Clermont Ferrand..... 121**
- **Faculté de médecine de Lyon..... 123**
- **Faculté de médecine de Bordeaux..... 126**
- **Faculté de médecine d'Angers..... 127**
- **Faculté de médecine de Toulouse..... 128**
- **Faculté de médecine de Saint Etienne..... 129**
- **Faculté de médecine de Rennes..... 129**
- **Faculté de médecine de Strasbourg..... 131**
- **Faculté de médecine de Montpelier..... 132**
- **Faculté de médecine Paris VI..... 132**
- **Faculté de médecine Paris VII..... 133**
- **Faculté de médecine Paris XIII..... 134**
- **Faculté de médecine de Nancy..... 134**
- **Formations enseignées dans d'autres facultés..... 137**

BESOIN D'UNE FORMATION COMPLEMENTAIRE EN MEDECINE GENERALE ?..... 139

Préambule..... 140

Sondage pour les internes en médecine générale et jeunes médecins généralistes..... 142

Résultats en chiffres..... 143

Commentaires les plus pertinents..... 148

Analyse des résultats..... 150

CONCLUSION..... 156

Le médecin généraliste, un psychiatre amateur ?..... 157

Réflexion au sujet de la formation médicale..... 159
Faut-il une initiation à une formation psychologique, psychosomatique ou psychanalytique ?..... 162
Et en fin..... 167

BIBLIOGRAPHIE..... 168

INTRODUCTION

La motivation

On ne s'adresse pas à un malade mais à quelqu'un dont les conflits ont pris la plus mauvaise forme qui soit

Kestenberg

J'ai choisi de faire une thèse sur ce sujet, impressionnée par la simplicité et parfois le détachement ou l'affection avec lesquelles mon maître de stage se comportait devant les soi disant problèmes présentés par certains patients, incompréhensibles pour moi.

Pendant l'externat on observe le travail à l'hôpital, et la relation entre le personnel soignant et le patient m'a toujours paru impersonnelle. Je me suis fait une idée de cette relation qui devait rester froide sans implication émotionnelle ni personnelle; je pensais qu'une approche trop personnelle pouvait nuire à la relation professionnelle.

En tant qu'interne, j'ai essayé dans mes premiers stages hospitaliers de garder cette distance que je croyais imposée par la profession, et je me consolais en me disant que de toute façon je ne disposais pas du temps suffisant pour réellement connaitre le patient.

Les questions sur la vie privée se limitaient ainsi à ce qui était lié à la maladie et je n'avais alors le plus souvent pas l'envie de développer un lien plus rapproché envers des personnes que je n'allais peut être jamais revoir.

Il m'est arrivé de rencontrer des patients pour lesquels je souhaitais en connaître plus, mais intuitivement cela ne me semblait que de peu d'intérêt sur le plan professionnel.

J'ai eu la chance de faire le stage chez le praticien assez tôt dans mon cursus, avec deux maîtres de stage travaillant différemment mais gardant un point commun: la compréhension du problème réel du patient et non pas juste de sa maladie.

Grâce a mes maîtres de stage j'ai alors commencé à voir le patient comme une personne avec une histoire à raconter, des émotions, des envies, et non plus seulement un malade.

Au début de ce stage je ne comprenais pas pourquoi mon maître parlait d'une telle façon à un patient et d'une autre totalement différente au suivant. Puis j'ai vu les mêmes personnes revenir pour des plaintes plus ou moins différentes et j'ai alors commencé à

comprendre qu'en médecine générale on pouvait avoir le privilège de connaître vraiment son patient en tant que personne et qu'il était possible de le comprendre et de le considérer comme un proche de sa famille voire même un ami.

Le patient attend du médecin qu'au bout d'un certain temps passé ensemble à se connaître il puisse comprendre ce qui se cache derrière les propres symptômes qu'il expose et non pas juste ce qui paraît évident.

Il y a une appellation qu'on entend tous les jours de la bouche des patients et qui résume très bien cette relation intime progressivement construite: « mon médecin ». Quelle autre spécialité peut se vanter de cela?

Mais simplement dire qu'un bon médecin généraliste doit connaître son patient, son histoire, le milieu duquel il vient, n'est pas suffisant. Il doit aussi savoir écouter, comprendre et intervenir avec des mots et des gestes lorsqu'il le faut, s'il veut gagner la confiance de son patient, ce qui constitue un pari qui n'est jamais gagné d'avance.

J'ai fait des remplacements plus tard dans ces mêmes cabinets, j'ai rencontré des patients que je « connaissais » déjà (je les avais déjà vus), mais face à leurs problèmes, je ne trouvais pas les bonnes paroles pour les rassurer ni la bonne explication de ce qui se passe dans leur vie. En fait je n'étais pas contente de moi et j'avais le sentiment de ne pas être un bon médecin.

Cette expérience m'a fait prendre conscience de mon identité professionnelle et de ma responsabilité personnelle en tant que médecin généraliste. J'ai compris que mes maîtres de stage avaient modelé leur comportement et leur compréhension envers les patients selon le psychisme de chacun et ceci pendant tout une longue expérience de métier et de vie.

On ne quitte pas la faculté médecin généraliste mais on le devient avec le temps, et ce grâce à un travail continu entre soi-même et le patient.

Louis Velluet écrivait sur le jeune médecin (2) : Lors de ses premiers contacts, en stage ou en remplacement, il dira : « je n'ai rien vu d'intéressant », « ils se plaignent et ils n'ont rien », traduisant la déception de celui qui, formé à une médecine exclusivement organiciste, s'attendait à découvrir à profusion cancers, sidas, maladies exotiques ou métaboliques mystérieuses, anomalies physiques diverses susceptibles de se résoudre en

d'étincelants triomphes chirurgicaux. Il passe ainsi sans le voir à côté de l'essentiel, à savoir le rôle préalable de la rencontre et de la présence physique du médecin comme déterminant d'une efficacité éventuelle secondaire.

Le jeune médecin a deux alternatives: soit découvrir peu à peu sa manière personnelle d'être, à la fois proche des patients et pour chacun d'entre eux à distance ce qui garantit un regard objectif, soit exercer selon le mode stéréotypé auquel il est conformé au cours de ses études. Faute de posséder cette connaissance, il risque d'assister désorienté et impuissant, à une évolution de ses patients à laquelle il ne comprendrait rien.

Freud écrivait il y a plus d'un siècle : « n'oublions pas que le médecin au cours de ses études, a appris à se représenter plus ou moins exactement les causes des symptômes organiques » (1)

Pourquoi faut-il toute une vie pour être un bon médecin ? Pourquoi n'y est-on pas préparé avant ? La qualité de l'exercice médical dépendrait-elle de l'expérience acquise au fil des années ?

Je me suis alors penchée sur mes cours et ma formation reçus durant ces neuf années d'études pour tenter de trouver une explication, à savoir celle de l'influence du ressenti psychologique personnel sur la compréhension des différentes personnalités que l'on peut être amené à gérer quotidiennement au cabinet.

Je veux ainsi montrer que derrière certaines manifestations fonctionnelles, sont souvent dissimulés de véritables troubles anxieux, dépressifs, névrotiques ou psychotiques. Les « vraies » maladies: cancers, maladies métaboliques, cardio-vasculaires ou infectieuses, étant par ailleurs réputées ne jamais être influencées par le psychisme de leur porteur.

Je me suis également intéressée aux différentes formations existantes en médecine générale dans plusieurs pays, avant d'étudier au travers d'un sondage d'opinions ce que pensent les internes de ce qui leur a été enseigné au cours de l'internat, ce qu'ils auraient aimé apprendre et ce qui leur aurait permis d'être mieux préparés, avant de s'installer, devant un patient qui cherche même s'il n'ose le dire des réponses à ses questions évidentes mais aussi cachées.

Des raisons de s'intéresser à la relation médecin-malade

La relation duelle ne l'est plus depuis long temps, même si l'essentiel paraît bien encore se passer entre le malade et le médecin

Rouy

Dès que deux personnes se trouvent en contact, elles établissent une relation, qu'elles le souhaitent ou pas, qu'elles le cherchent ou pas. C'est vrai aussi pour toutes les personnes qui soignent d'autres personnes, et pour toutes les personnes qui se font soigner.

Il n'y aurait d'ailleurs pas de raison évidente de s'intéresser à la relation entre un malade et un médecin s'il ne s'agissait que d'une relation comme tout obligée, au même titre que beaucoup de relations humaines.

Mais toutes les enquêtes d'opinion le disent : les patients attendent beaucoup de la qualité de la relation qui s'établit avec ceux qui les soignent. Quand ces mêmes patients émettent des réserves, c'est sur le temps dont dispose le médecin ou sur sa capacité à expliquer les choses. Les qualités « techniques » des soins, elles sont rarement l'objet de jugements.

Il est donc naturel de penser que la qualité d'une relation joue un certain rôle dans l'établissement d'un diagnostique puis de la thérapeutique. Autrement dit, ce qui se passe entre un malade et un médecin est considéré par tout le monde comme un élément déterminant dans la qualité, et donc l'efficacité des soins.

Cette relation particulière qui s'élabore au cours des soins est le plus souvent appelée « médecin-malade ». Il n'est pas fréquent de la voir dénommée « malade-médecin ».

Certains pourraient penser qu'il s'agit d'un symptôme : les médecins tiendraient donc à garder la prépondérance, l'initiative, la décision. Alors qu'en fait c'est assez souvent le malade qui est à l'origine de la relation, dans la mesure où c'est lui qui choisit le médecin et initie la relation du moins en ce qui concerne la médecine générale.

Le choix du médecin, démarche déterminante pour la relation qui va s'installer, est bien peu en rapport avec les qualités professionnelles techniques du médecin choisi. Le plus souvent ce sont les dires de tierces personnes, des voisins ou des collègues de travail, qui font

que la décision est prise pour consulter tel médecin plutôt qu'un autre. Ce sont donc les qualités relationnelles supposées de médecin choisi qui passent avant des qualités « techniques » par ailleurs difficiles à juger. (96), (97)

Que signifie le fait d'être médecin généraliste?

Voici une étude auprès de résidents en médecine générale de 3 pays. Il y avait 10 groupes de discussion dans 3 pays: 2 en France, 3 en Belgique et 5 au Canada, tous dans des villes différentes, avec des résidents inscrits dans des universités différentes en France et au Canada, et avec les résidents d'une seule université en Belgique. Un total de 57 résidents en dernière année de formation.

Les répondants avaient des idées communes sur le rôle du médecin de famille: la continuité des soins et l'intérêt du patient étaient considérés comme les fondements de la discipline. Les répondants partageaient aussi un sentiment de malaise à propos de la disponibilité que les patients attendaient d'eux et du large spectre de la médecine familiale. Ils voyaient la médecine familiale comme flexible et disaient chercher un équilibre entre leurs objectifs professionnels et personnels. Tous les répondants croyaient fermement que leur profession était sous-évaluée par la faculté de médecine où ils avaient été formés.

Plusieurs des opinions exprimées par les résidents des 3 pays étaient semblables, mais avec parfois des différences d'intensité. Ainsi, même si tous les participants croyaient que la relation médecin-patient est importante, les résidents européens voyaient la médecine familiale plutôt comme une « profession de relations » dans laquelle les connaissances n'avaient pas la même importance que dans les autres spécialités, tandis que les répondants canadiens estimaient que la capacité de traiter un large éventail de problèmes conformément aux plus récentes directives de pratique était de la plus haute importance.

L'observation la plus dérangeante était que les contextes académiques contribuaient substantiellement au faible attrait exercé par la médecine familiale. Les participants étaient tous convaincus que leur profession était sous-évaluée par la profession médicale et par les patients. Ce message leur parvenait clairement dès le début de leur formation mais aussi dans leurs relations avec des spécialistes durant leurs stages, même quand ils étaient plus exposés à des modèles d'identification en médecine générale. (103)

La médecine générale

Que faut-il dire au malade ? Il faut le lui demander

Katz

La médecine nous apparaît encore comme un art au carrefour de plusieurs sciences, plutôt que comme une science proprement dite. C'est d'abord parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine. Ce n'est que secondairement parce qu'il y a une médecine, que les hommes savent en quoi ils sont malades. (81)

La spécialité de médecine générale est probablement celle qui a le plus évolué ces dernières années par son positionnement dans l'environnement des soins et sa reconnaissance comme spécialité médicale.

La première conférence sur l'enseignement de la médecine générale a eu lieu a Bruxelles en 1970, et en 1977 fut adoptée la définition européenne de cette discipline de premier recours dont les acteurs entretiennent une relation « proche, personnelle et continue à travers le temps, avec des patients suivis dans leur milieu de vie habituel, et cela sans distinction d'âge, de sexe ou de pathologie ».

Donc, la médecine générale, médecine de la personne, est considérée dans sa globalité, médecine psychosomatique au vrai sens du terme.

Extraits du rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) du 26 juin 2008 - Document de Références en médecine générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM : « Les médecins généralistes - médecins de famille, sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline.

Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie.

Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté.

Dans la négociation, des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la

connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative.

Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. »

En fait ce qui caractérise les généralistes, ce n'est pas qu'ils soient plus compétents ou plus humains que les autres, mais bien leur pratique entre science et humanité, art et technique, cité et hôpital, patient et médecine. Leur mode d'exercice les astreint à tenir compte de l'environnement et de l'histoire des maladies et des individus.

La médecine générale est construite sur un modèle théorique différent de celui de la médecine spécialisée, même s'il repose sur des connaissances biomédicales de base commune. Elle nécessite un système de formation spécifique visant à l'acquisition de compétences scientifiques et relationnelles. Elle est très difficile et peu reconnue, elle exige du médecin généraliste une constante formation et une remise en question de lui-même.

Si l'on veut une médecine, où l'être humain ne soit pas confisqué par la technologie, alors, il est pertinent de favoriser le développement des médecins généralistes.

Les caractéristiques de la discipline de médecine générale - WONCA 2002 (World family doctors Caring for people) (115) :

-Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée

-Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires

-Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée

-Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient

-Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient

-Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide

-Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté

-Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle »

Le « sale boulot »

Masud Khan, qualifie le fond de la pratique du médecin généraliste comme « le sale boulot », où beaucoup ont tendance à réduire peu à peu la médecine générale à la « bobologie », cette appellation humiliante qui masque l'immensité de la tâche du médecin généraliste.

La pensée médicale, veut que priorité soit toujours donnée à la recherche de la lésion organique, visible, et accessible à un traitement. La fonction essentielle du médecin est de traquer la maladie; ne rien trouver à la personne examinée, signifie échec et incompétence.

L'état de bonne santé est suspect, le pire est toujours sûr, au pire on ira le chercher dans un autre domaine que celui vers lequel le symptôme présenté aurait incliné la recherche d'une cause. « Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore ». cf. Docteur Knock de Jules Romains

Avant la loi Debré, le médecin installé, était une figure respectée de sa commune et de son quartier, et la médecine générale bénéficiait, chez les étudiants comme chez les patients, du même prestige que celui des spécialistes.

Depuis la loi Debré, il existe une montée en force des spécialistes. Les spécialistes se font donc toujours plus nombreux et leur prestige social s'accroît, finissant bien souvent par éclipser celui du médecin généraliste. La médecine générale est considérée comme la spécialité des mauvais élèves.

Les médecins généralistes ressentent de la frustration voir de l'amertume par rapport à leurs collègues spécialistes qui les considèrent un peu des « cousins de province ». En effet on considère souvent les généralistes comme des médecins n'ayant pas réussi à être des spécialistes.



Depuis 2004, la médecine générale est « en théorie » devenue une spécialité comme les autres, mais elle ne possède toujours pas le même statut ni les mêmes droits que les autres spécialités.

L'exercice actuel de la médecine pourrait sembler partagé entre deux préoccupations différentes : mettre en œuvre des protocoles techniques destinés à corriger des anomalies physiques ou psychiques d'une part et tenter de soulager les souffrances d'autre part (voir la différence entre souffrance et douleur : la douleur affecte un organe, la souffrance implique un sujet).

Pour la médecine spécialisée entendue au sens large du terme, les médecins généralistes sont devenus peu à peu quantité négligeable.

La différence entre les généralistes et les spécialistes réside dans le fait que le médecin traitant se trouve dans la nécessité d'apporter des réponses immédiates et cohérentes aux questions inattendues posées.

Pour la plupart des médecins hospitaliers et spécialistes, les maladies fonctionnelles concernent des patients « qui n'ont rien ». Ils consultent de façon répétitive pour des symptômes variés dont la liste pourrait s'allonger à l'infini. Toutes les parties du corps, toutes les fonctions peuvent être l'objet des plaintes. C'est notamment la problématique de l'hystérie. Les hystériques peuvent constituer près de 50% de la « patientèle » des médecins généralistes. (2)

Le mode d'expression de la demande, son intensité, sa mise à jour immédiate ou progressive sont des facteurs qui vont conditionner la réponse du médecin généraliste et favoriser certaines attitudes.

Un jour le symptôme peut être plus insistant ou plus aigu (ou le médecin traitant plus angoissé qu'à l'ordinaire), et un avis spécialisé est demandé, des examens appropriés sont pratiqués: toutes les réponses sont négatives. Parfois le médecin a moins de chance, un dysfonctionnement d'un des organes est trouvé et un traitement est instauré.

Un patient traité depuis des années pour un tel dysfonctionnement, avec des dosages sanguins perturbés, se retrouve avec des examens de laboratoire normaux lorsqu'il change de région. (2) On peut se poser la question : Est-ce le malade qui a spontanément guéri ou le nouveau laboratoire qui n'utilise pas les mêmes méthodes d'analyse ?

Le médecin ne doit pas rejeter ce malade qui « n'a rien » (il n'a pas « rien » puisqu'il se plaint) ; il faut qu'il déchiffre son message, élucide les raisons de son appel, prenne en considération la situation existentielle de la personne qui le consulte pour comprendre la signification que le symptôme a pour elle, et pour saisir son véritable problème. Son rôle consiste à aider son patient à découvrir la cause des troubles qu'il présente et l'amener à résoudre ses conflits et ses problèmes.

C'est en particulier, en parallèle ou en articulation avec l'existence des troubles névrotiques ou psychotiques proprement dits, le délicat problème de la « complaisance somatique », soit de la part de fantasmatisation qui vient se greffer sur la souffrance d'un organe. Par ailleurs, le fait d'aider le patient à mettre à jour la signification de son symptôme est une tache qui déborde l'exercice de la médecine générale, à moins que le médecin ne soit spécialement formé à cela. (113)

Si le médecin choisit le moment inapproprié ou les mauvais mots pour proposer un avis psychiatrique, il se voit dans la majorité des cas opposer un refus très ferme et entend souvent : « Moi un psy ? Est-ce que j'ai l'air d'un fou ? ». Et s'est pour cette raison que le patient va voir un médecin proche. C'est à dire un médecin généraliste qui est plus rassurant pour le patient qu'un psychiatre.

Parfois il faut des années à la patiente migraineuse pour qu'elle évoque dans son échange informationnel, et par hasard les problèmes constants que lui crée sa belle-mère ou une autre personne de son entourage.

L'importance que les sujets attribuent à des manifestations physiques qui ne sont ni évolutives, ni invalidantes est variable en fonction des convictions du médecin et de la réponse que celui-ci donne. C'est donc l'influence que le diagnostic du médecin exerce sur le malade lui-même et la nature de ses troubles.

Ces manifestations pathologiques peuvent monopoliser toute l'attention et le discours des patients, se répéter durant des décennies, et disparaître lors de la survenue d'évènements de vie inattendus, ou de changement de médecin.

On peut au passage souligner l'effet qu'exerce la personne du médecin sur celle du malade. Ce sera, selon le cas, l'effet « placebo » ou l'effet « nocebo » Rappelons également, pour mémoire, que la plupart des études en double aveugle qui ont été réalisées auprès de patients testés, montrent que l'effet placebo peut représenter jusqu'à 30% de l'efficacité thérapeutique d'un médicament. Même si la médecine se veut scientifique et donc objective, elle ne peut méconnaître sans préjudice pour les patients l'existence de facteurs psychologiques qui ne sont pas directement maîtrisables. (113)

Lors du changement de médecin, on peut assister parfois à l'abandon d'une pathologie au profit d'une autre totalement différente. Ce n'est pas parce que les perturbations physiques antérieures ont disparu, mais leur importance est relativisée en fonction des croyances du nouvel interlocuteur. Deux ordres de causes sont ici en jeu : 1) l'hystérisation des symptômes chez le patient qui a pour effet qu'ils peuvent se transformer, se déplacer ou encore se substituer les uns aux autres 2) le conflit diagnostique qui peut spécifiquement porter sur le savoir médical lui-même : par exemple l'opposition en matière diagnostique entre un médecin généraliste « classique » et un autre qui sera formé à l'homéopathie et à l'acupuncture. (113)

On ne peut pas concevoir d'exercer la médecine aujourd'hui sans intégrer l'histoire du patient, l'impact des évènements de sa vie sur les pathologies présentées et l'évolution de celle-ci en fonction de sa structure psychologique.

Ce « bavardage », inexploité dans la pratique spécialisée, concrétise en médecine générale un espace commun où se recueillent les éléments qui permettent une meilleure approche thérapeutique. La création de cet espace commun suppose que le médecin dispose d'une souplesse suffisante pour s'adapter aux différentes personnalités auxquelles il est confronté.

LA RENCONTRE ENTRE DEUX PERSONNES

La relation médecin-patient

Le couple médecin-malade n'a été que rarement un couple harmonieux, dont chacun des partenaires puisse se dire pleinement satisfait du comportement de l'autre

Canguilhem

L'art médical est un art de l'accompagnement avant d'être un art du soin. Ce n'est en tout cas pas l'art de la guérison. Il n'aura jamais comme objectif d'assurer l'immortalité de son patient.

Cette rencontre entre le médecin et son patient est une rencontre particulière, source de beaucoup d'ambiguïtés et de contradictions qui peuvent être à l'origine de graves malentendus. (19)

Pendant longtemps « les médecins étaient concernés par des choses », par exemple des structures anatomiques, des lésions. La relation humaine était alors souvent vue comme si elle était une chose ou une fonction. Or, elle n'est ni l'une, ni l'autre. (47)

La relation médecin-patient est en effet un phénomène complexe (48). Elle possède ses forces, notamment en matière de respect, par le médecin, d'une éthique professionnelle, mais aussi ses faiblesses, tout particulièrement dans le domaine de la communication.

La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin généraliste.

L'exercice de la médecine générale se déroule dans la communauté et est fortement influencé par les facteurs communautaires. Étant membre de la communauté, le médecin généraliste est capable de répondre aux besoins changeants des individus, de s'adapter rapidement aux circonstances changeantes et de mobiliser les ressources appropriées pour répondre aux besoins des patients.

L'exercice du médecin traitant se déroule au cabinet, à l'hôpital, dans d'autres établissements de soins et à domicile. Le médecin généraliste se considère comme partie intégrante de la communauté des intervenants en soins de santé et il est habile à collaborer

soit comme membre de l'équipe, soit comme coordonnateur de l'équipe. Il utilise judicieusement les ressources communautaires et les consultations de spécialités.

Quelles que soient les contingences de chaque rencontre, le malade et le médecin attendent chacun de l'autre, consciemment ou non, toute une série de comportements, de qualités et de réponses largement déterminés par leurs représentations sociales mais aussi par leurs expériences individuelles.

Rappel historique

La médecine " traditionnelle " d'Hippocrate au 18e siècle à de très rares exceptions près (celle de Platon notamment qui, dans ses Lois, insiste sur la nécessaire relation de confiance qui doit s'établir entre médecin et malade, et celle du Talmud hébraïque où apparaît la première mention du recours au consentement du malade), la médecine traditionnelle donc maintient le malade en position d'obéissance vis-à-vis du médecin.

La période de transition du 18e et du 19 e siècle est marquée par un double mouvement de sens inverse :

- d'un côté les philosophes, anglais (Hobbes, J. Locke, J. Stuart Mill) et continentaux (Rousseau, Kant) défendent les droits de l'individu à la vie et à la liberté, ouvrant la voie aux hérauts de l'autonomie du patient (d'ailleurs conçue de manière très différente par les Anglais et par les continentaux) ;

- de l'autre côté, le développement de la science médicale, de l'hygiène, de la médecine préventive, contribue à renforcer encore le pouvoir médical, et, comme le souligne Hœrni, le monopole exercé par le corps médical en matière de santé à la fin du 19e siècle empêche la notion d'autonomie de gagner du terrain dans la pratique médicale.

C'est seulement dans la seconde moitié du 20e siècle que, sous l'influence de philosophes, de sociologues, de juristes… et de médecins, en majorité nord américains, le modèle " autonomiste " va peu à peu s'imposer.

Il inspire les textes des juristes (dès le 20 mai 1936 un arrêt historique de la Cour de Cassation française (arrêt Mercier) éditait les conditions du consentement informé du patient) et des législateurs, mais aussi les chartes médicales et les codes de déontologie médicale un peu partout dans le monde, sans oublier les recommandations des comités d'éthique —

notamment celles du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé mis en place en France en 1983. (65)

Deux modèles opposés de la relation médecin-malade : modèle " paternaliste " et modèle " autonomiste "

Il importe d'abord de préciser quelles sont les bases philosophiques sur lesquelles reposent les concepts de " paternalisme " et " d'autonomie " en ce qui concerne la relation médecin-malade, avant de situer la place des deux modèles correspondants dans la société actuelle.

Bienfaisance et relation " paternaliste " :

" D'emblée, vous partez d'une situation fausse : une fois qu'un malade est entre vos mains, c'est vous, désormais, qui pensez pour lui, vous, vos règlements, vos " staffs ", le programme… et de moi plus rien ne dépend… À part l'opération, vous savez bien que vous ne demandez rien aux malades, que vous ne leur expliquez rien ", affirme Soljenitsyne.

La littérature de langue anglaise utilise le terme de " paternaliste " pour évoquer une relation semblable à celle qui s'établit de parents à enfants (et non dans le sens où nous l'entendons en France de relations entre patrons et ouvriers calquées sur le modèle familial).

« Dans le modèle paternaliste, le principe de bienfaisance légitime une protection du patient, affaibli par la maladie, la souffrance et l'ignorance. Celui qui sait et qui soigne, a la responsabilité au sens propre — il répond pour celui qui est faible — de se substituer au malade pour faire son bien. » (61) Vouloir le « bien » du sujet conduit parfois la médecine à soigner le malade à contretemps, jusqu'à ce que mort s'ensuive. (116)

Le modèle " paternaliste " se réclame d'une éthique téléologique du bien que Ricœur résume ainsi : " viser à la vie bonne, avec et pour l'autre, dans des institutions justes ".

La valeur fondamentale qui sous-tend ici la relation de bienfaisance paternaliste est celle de la responsabilité, au sens où l'entend Levinas : " Je suis responsable d'autrui, sans attendre la réciproque ", et cette absence de réciprocité accentue encore l'asymétrie fondamentale de la relation médecin-malade.

Liberté et modèle " autonomiste " :

Le modèle " autonomiste " se réclame d'une morale déontologique au nom de laquelle la liberté et le droit à l'autodétermination du patient doivent être respectés. " Le principe moral premier n'est pas de faire le bien du patient, mais de respecter sa liberté, sa dignité d'être qui prend lui-même les décisions qui le concernent, sous couvert d'une négociation contractuelle… Le paradigme est celui du contrat entre des égaux ". (61)

Lorsque l'on met en avant le respect de l'autonomie (du patient), encore faut-il s'entendre sur le sens du mot " autonomie " et lever toute ambiguïté à ce sujet. Pour la philosophie britannique et nord américaine — qui inspire la conception du modèle autonomiste en Europe du Nord et en Amérique du Nord — l'autonomie est fondée sur une conception individualiste de la liberté comme indépendance négociée : " l'autonomie du sujet se conçoit donc comme la liberté individuelle d'avoir des préférences singulières, les conditions de réalisation de celles-ci se gèrent par la négociation avec les autres individus, qui ont, eux aussi, leurs préférences, sans qu'une extériorité souveraine ne conçoive ni n'impose une unique vision du bien commun ". (61)

La tradition culturelle et philosophique française, inspiratrice de sa pensée politique et de sa législation, s'éloigne quelque peu et parfois très nettement : nous le verrons notamment à propos du code de déontologie médicale de 1995 (66) et des recommandations du Comité Consultatif National d'Ethique concernant le consentement éclairé (65) du modèle autonomiste anglo-saxon et nous invite à rechercher, au-delà des modèles abstraits, des solutions concrètes mieux adaptées à la réalité de la relation médecin soignant - personne soignée.

Les deux modèles face à l'évolution actuelle de la société

Le modèle " paternaliste " n'est plus acceptable aujourd'hui, il a pu être accepté dans le passé, chez des patients présentant des affections aiguës les plaçant dans une situation de grande dépendance, alors que l'efficacité des thérapeutiques était modeste sinon nulle, et que les enjeux de la décision du médecin étaient donc limités. Tout concourt aujourd'hui à rendre ce modèle caduc.

Le malade n'est plus cet individu passif qui se déchargeait entièrement sur le médecin de la responsabilité de la décision le concernant : mieux informé, notamment par les médias, de tout ce qui concerne la santé et la maladie, il demande au médecin de le tenir au courant des résultats de ses investigations et de participer à toutes les décisions à prendre pour le diagnostic et le traitement de sa maladie ; cette demande est d'autant plus justifiée que les explorations médicales et les traitements ne sont pas toujours exempts de risque.

Plusieurs voies thérapeutiques peuvent s'offrir pour le traitement d'une maladie : le choix entre ces différentes voies n'obéit pas aux seuls critères biomédicaux mis en avant par le médecin, et il ne peut être fait qu'au terme d'une concertation avec le malade.

Cela est d'autant plus vrai que nous vivons dans une société ouverte au plus large pluralisme des opinions : le médecin ne saurait imposer au malade la vision de ce qui lui paraît bon pour lui…

… Et pourtant le paternalisme médical n'est pas mort : il inspire encore, ouvertement ou hypocritement, l'attitude de nombre de médecins soignants ! Il est vrai que, dans un certain nombre de circonstances, le consentement du patient, et a fortiori sa participation à la décision médicale font difficulté notamment lorsque le patient ne dispose pas des ressources intellectuelles suffisantes pour que son consentement soit librement éclairé.

Une conciliation, une recherche d'une voie spécifique apparaissent nécessaires, car les modèles " paternaliste " et " autonomiste " sont impraticables dans leur radicalité. Dans le premier, le patient, réduit à la condition d'être faible et ignorant, s'en remet au médecin pour toutes les décisions concernant sa maladie. Dans le second, le médecin accepte de n'être plus qu'un prestataire de service à l'égard d'un patient dont les volontés, fussent-elles irrationnelles, doivent être en tout point respectées. Chacun de ces deux modèles crée une relation fausse, ou plutôt nie la relation, car « l'autre » n'y existe plus en tant que sujet.

L'évolution vers une relation qui concilie le principe d'autonomie et le principe de bienfaisance parait se faire assez rapidement, non seulement dans les pays d'Europe continentale, de tradition " paternaliste " (65), mais également dans les pays anglo-saxons de tradition " autonomiste ".

Les temps ont changé

La relation médecin-malade suscite aujourd'hui l'intérêt des philosophes, des juristes, des éthiciens, et bien évidemment aussi celui des médecins et des personnes soignées.

Le médecin imprimera sa marque sur ces relations en fonction de sa propre personnalité, de sa propre idée de la maladie et du soin. Cette relation dépendra du malade qu'il rencontrera, de sa responsabilisation face à ce qui lui arrive et aussi de la capacité du médecin à aider son patient. (19)

La relation médecin-malade met en présence deux partenaires, chacun étant investi d'un rôle spécifique. Leur rencontre ne peut s'effectuer que sur la base des références qui leur sont propres, sans oublier ce qui constitue la singularité de leur histoire personnelle.

Le médecin idéal pour le patient, est celui qui pourra être à la hauteur de ses multiples espérances ; mais le patient idéal est pour le praticien celui qui lui permettra de satisfaire du mieux possible sa vocation.

La relation médecin-malade, est en bonne partie conditionnée par les attitudes adoptées par le patient face à sa maladie et par les réactions que de telles attitudes induisent chez le praticien.

La relation médecin-malade est déséquilibrée, asymétrique : le médecin a l'avantage de posséder le savoir, de connaître des informations concernant le pronostic d'une maladie, les thérapeutiques disponibles, et doit faire face à la charge affective et émotionnelle supportée par son patient. Il doit donc faire la part des choses entre sympathie, empathie, compassion, pitié et essayer d'entrer dans la souffrance de l'autre, et de la comprendre.

Plusieurs modèles sont possibles :

Rencontre de deux personnes : la relation hippocratique

« Rencontre d'une conscience et d'une confiance » disaient nos confrères dans des temps pas si lointains où le malade était demandeur soumis et le médecin, idéalement donneur d'ordres suivis. Cette conception de la relation médecin-malade n'avait guerre changé depuis Hippocrate.

Le patient faisait confiance à son médecin, remettait sa santé entre ses mains ; en échange, le médecin lui dictait ce qu'il devait faire. C'est lui qui prenait les décisions nécessaires en son âme et conscience, pour le plus grand bien de celui qui s'en remettait à lui.

Ce type de relation débouchait sur une forme de régression infantile du malade qui abandonnait la gestion de sa vie à son médecin. (19)

Rencontre d'un professionnel du soin et d'un patient

Le patient est une personne à part entière qui peut détenir une partie de l'information médicale. Le médecin est à la fois le conseiller de santé, son avocat face à un système collectif de soins qui a ses propres règles et ses propres contraintes.

C'est ainsi que le praticien est à la fois le médecin de l'individu lié à son patient par le secret professionnel, le médecin de la famille, et le médecin de la communauté.

Rencontre d'un fournisseur et d'un client

« Je viens pour que vous me donniez un certificat, une bouteille de sirop, des antibiotiques, des séances de kiné… ». Cet aspect commercial de la médecine est de plus en plus important surtout dans le système de soins français où la consommation de soins a longtemps été présentée à la fois comme un gage de santé et comme un droit acquis.

L'organisation du système de soins français repose sur un modèle commercial d'échanges, payé à l'acte par le patient à son médecin. Cette évolution consumériste de la médecine est donc, d'une certaine façon dans la logique de notre système économique. (19)

Rencontre asymétrique

Entre un patient qui consulte 1 à 2 fois par an et pour qui la consultation est un moment exceptionnel, et un médecin qui voit 25 patients par jour.

La rencontre entre médecin et malade est un événement très important du point de vue du patient surtout lorsqu'elle revêt un caractère exceptionnel. Autrefois laissée au bon sens du praticien, elle dépendait essentiellement de facteurs personnels et faisait plus partie de l'art médical en tant que tel que de la science proprement dite.

Ce qui était une relation intime entre deux personnes est actuellement remplacé par une rencontre formelle, brève et superficielle, en raison des contraintes inhérentes au temps de consultation et au nombre de patients auquel doit faire face quotidiennement le médecin.

La relation médecin – malade est une relation faite d'attentes et d'espérances mutuelles. Le malade attend un soulagement, une guérison et il faut admettre, également, que le médecin attend une reconnaissance de la part du malade et une vérification de son pouvoir soignant.

La guérison est l'évolution qui est la plus satisfaisante, à la fois pour le patient et pour le médecin. Malheureusement, cette issue n'est ni constante ni garantie, d'autant que le médecin est tenu à une obligation de soins et non pas de résultat.

En fin de compte, si généraliste et patient ont chacun des droits et des devoirs, ce qui importe, avant tout, c'est le respect mutuel qui leur permettra de former une véritable équipe.

La perception de l'état de santé et la maladie

Tout sujet bien portant serait-il
un malade qui s'ignore?

Docteur Knock

Au XIXème siècle on découvre que le corps n'est pas seulement anatomique mais qu'il est aussi biologique. Claude Bernard nous apprend que la frontière entre le normal et le pathologique est fluctuante. Il définit la normalité du corps en équilibre dépendant d'équations physico-chimiques et des forces qu'elles génèrent. La maladie correspond à la rupture de l'homéostasie du sujet avec son milieu environnant. « Où commence la maladie et où s'arrête la normalité ? ».

Leriche au début du XXème siècle affirmait encore que la santé était le fonctionnement du corps dans le silence des organes, superbe métaphore traduisant une conception toute fonctionnelle et mécanique du corps. Inversement la maladie, c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir. (5)

La santé et la maladie, ne sont pas deux modes différant essentiellement, comme ont pu le croire les anciens médecins, et comme le croient encore quelques praticiens. Dans la réalité, il n'y a entre ces deux manières d'être que des différences de degré. (81)

L'expérience contemporaine nous montre, à travers des cultures différentes, que l'on soigne comme on connaît ou comme on perçoit la maladie.

La maladie est une rupture et elle est vécue comme telle. Un être jusque là bien adapté du point de vue physiologique, familial, social, professionnel, se voit brusquement ou progressivement obligé de repenser ou de remettre en question ce qui semblait acquis ou équilibré jusque là. Il y a une rupture avec la vie antérieure et cette rupture entraîne des remaniements affectifs profonds, de la douleur et de l'anxiété.

Le sentiment de dévalorisation accompagne généralement la maladie. Diminution, privation, la maladie est d'abord une atteinte à cette intégrité physique qui fait l'homme normal.

La maladie qui n'a jamais existé dans la conscience de l'homme se met à exister dans la science du médecin. Or nous pensons qu'il n'y a rien dans la science qui ne soit d'abord apparu dans la conscience. (81)

Une bonne analyse des problèmes psychologiques du malade est indispensable pour mieux connaître la composante personnelle de sa maladie, permettre son adaptation au traitement, mais aussi favoriser sa réadaptation ultérieure lorsque la maladie a entraîné des bouleversements physiques ou psychiques importants. (6)

La norme, le médecin l'emprunte usuellement à sa connaissance de la physiologie, dite science de l'homme normal, à son expérience vécue des fonctions organiques, à la représentation commune de la norme dans un milieu social à un moment donné.

Tout concept empirique de la maladie, conserve un rapport au concept anxiologique de la maladie. Ce n'est pas par conséquent, une méthode objective qui fait qualifier de pathologique un phénomène biologique considéré. C'est toujours la relation à l'individu malade, par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique.

La maladie n'est plus objet d'angoisse pour l'homme sain, elle est devenue objet d'étude pour le théoricien de la santé. (81)

La place du médecin généraliste

Si la médecine est encore plus puissante
que jamais, le médecin, lui, ne l'est plus

Greacen Tim

Derrière les progrès de la médecine, les découvertes de la génétique et le développement de la technologie médicale, se dissimule toujours le même personnage: un homme, tout simplement qui se prévaut du titre de médecin, avec ses connaissances, mais aussi avec ses propres convictions, ses jugements et ses limites intellectuelles.

La médecine d'aujourd'hui comme celle d'hier est pratiquée par un humain qui tente de soulager d'autres humains. La survie de l'espèce est liée non seulement à des moyens empiriques (un certain nombre de contingences matérielles ou vitales), mais également au rôle thérapeutique des relations interhumaines, la qualité du lien interpersonnel étant primordiale.

Le médecin généraliste n'est sans doute plus le notable paternaliste de village ou de quartier qui associait compétence et dévouement et qui disputait au curé la direction des âmes et à l'instituteur l'image du savant. Mais il reste souvent celui vers lequel on se tourne quand des problèmes sociaux, psychologiques voire moraux ne peuvent être résolus. (15)

Le médecin est ce qu'il est au moment où le malade le rencontre ; c'est un homme ou une femme, (ce n'est pas indifférent). Il a un certain âge, c'est un jeune pour les uns et un vieux pour les autres. Il a sa personnalité qui entrera ou non en résonnance avec celle du patient qui est en face de lui. Il est marqué par sa propre histoire.

Jeune étudiant, il est souvent obsédé par l'image qu'il va donner, par l'angoisse de ce qu'il pense être son incompétence technique. S'il ne s'adapte pas à la réalité de sa pratique, son comportement sera plus marqué par les éléments de sa propre personnalité que par les besoins du patient. Il risquera de mettre en place ses propres mécanismes de défense face à son patient.

Le métier de médecin sollicite particulièrement et quotidiennement la personnalité et les désirs du praticien. Ainsi en fonction de son histoire personnelle, tel médecin pourra mal supporter de voir persister symptômes ou plaintes, vivant cela comme un échec. La moindre incertitude sera pour un autre difficile à vivre, le conduisant vers une multiplication de bilans

ou des hospitalisations itératives. Un troisième sera touché au vif par la critique de ses prescriptions… La pratique médicale engage ainsi chaque soignant au niveau de l'intime avec des conséquences potentielles pour le soigné.

Comme les patients, les médecins sont chargés de tout un système de croyances, de valeurs morales et d'attitudes, purs produits de leur éducation, de leur culture et de leur expérience. Ces schémas de pensées et de sentiments influent sur la manière dont ils s'entretiennent avec leurs patients.

On dit souvent que le médecin a la clientèle qui lui ressemble et lui correspond dans sa manière de travailler.

Parce que son rôle est universel, le médecin devra traiter ses patients d'une manière égale, et non pas en raison de ce qu'ils sont habituellement sur le plan social, mais en raison de ce qu'ils sont devenus du fait de la maladie.

Prévention primaire ou secondaire, le médecin doit d'abord aider le patient à prendre conscience de ses facteurs de risque individuels. Ce n'est qu'à cette condition qu'ils pourront être hiérarchisés. Ainsi, dans un second temps il sera en mesure de convaincre le patient de modifier son mode de vie. Il pourra alors définir avec lui des objectifs réalistes tenant compte à la fois de sa personnalité et du caractère particulier attaché à ses facteurs de risque.

Le médecin est le relais des questions, des inquiétudes de chacun. Relativiser, informer, mettre en perspective implique de consacrer du temps. C'est essentiel pour avancer pas à pas, en fonction de la personnalité de chacun. Ainsi le médecin sera appelé tour à tour à encourager le patient ou à exercer sur lui une certaine forme de pression pour le faire réagir en cas de nécessité. (6)

Les médecins généralistes accompagnent très habituellement leurs patients dans la maladie et dans la santé, mais aussi quand la mort approche. Il est attendu d'eux que, dans la relation avec leurs patients, ils les aident à aborder la question de leurs dernières volontés leur permettant éventuellement de les formaliser.

Il est également utile que chaque médecin s'interroge sur sa propre subjectivité, ancrée dans son histoire, et sur les émotions qu'il ressent dans sa profession. Il n'est pas toujours évident pour les médecins d'accepter qu'ils puissent eux-mêmes être humains, avec toute la

vulnérabilité que ce terme suggère, des personnes qui ont elles aussi des besoins, des désirs, des souffrances et des difficultés.

Le médecin généraliste rencontre des patients atteints de maladies chroniques, de difficultés émotives, de problèmes aigus (allant de troubles mineurs et autolimités jusqu'à des maladies mettant la vie en danger) et de problèmes biopsychosociaux complexes.

Il est impossible au médecin de comprendre l'expérience vécue par le malade à partir des récits des malades. Car ce que les malades expriment dans les concepts usuels, ce n'est pas directement leur expérience, mais leur interprétation d'une expérience pour laquelle ils sont dépourvus de concepts adéquats. (81)

Les patients croient souvent que leur problème de santé est le seul souci du médecin et que ses décisions se font uniquement dans l'intérêt du malade. A part le problème de santé du patient, chaque décision médicale est influencée par un ensemble d'autres contraintes ou intérêts sans oublier les valeurs culturelles ou communautaires de chacun, ni les multiples enjeux individuels typiques de la vie du médecin (manque de sommeil, peu de vie privée car horaires exigeants…).

Le médecin généraliste doit être un clinicien compétent

Tout ce qui ne se régénère pas, dégénère

Morin Edgar

L'attention prêtée aux maladies a fait un peu oublier les malades. On y revient, et on insiste sur la médecine centrée sur le patient. Les médecins sont confrontés à la nécessité de concilier les deux approches en adaptant au malade les données acquises de la science. (83)

Le médecin généraliste démontre sa compétence à utiliser l'approche clinique centrée sur le patient. Il recherche la maladie avec sensibilité, compétence et une démarche appropriée. Il comprend l'expérience de la maladie telle que vécue par le patient (particulièrement ses idées, ses émotions et ses attentes) et les répercussions de la maladie sur la vie de celui-ci.

Le médecin généraliste est un expert pour une vaste gamme d'affections et de problèmes de santé courants au sein de la communauté, tant par ses connaissances que par ses habiletés, ainsi que pour les problèmes moins fréquents mettant la vie en danger. Son approche aux soins de santé est basée sur les données scientifiques disponibles les plus probantes.

Il met à profit sa compréhension du développement humain, de la famille et des autres systèmes sociaux pour élaborer une approche globale au traitement des affections et des maladies chez les patients et leurs familles.

Le médecin généraliste est également habile pour rechercher un terrain d'entente avec les patients concernant la définition des problèmes, les buts du traitement et les rôles respectifs du médecin et du patient dans la ligne de conduite à adopter.

Il est habile à bien informer le patient tout en respectant son autonomie, à lui donner la responsabilité de sa propre santé et à prendre les décisions qui protègent ses meilleurs intérêts.

Les problèmes cliniques que rencontre le médecin généraliste dans la communauté ne sont pas présélectionnés et se présentent souvent au stade non différencié. Le médecin traitant est habile dans la gestion de l'ambiguïté et de l'incertitude.

Le médecin généraliste doit savoir:

- Répondre aux hauts standards de qualité des organismes accréditeurs, aux besoins et aux exigences de la population.
- Offrir des services à une clientèle de tous âges, présentant des problèmes de santé variés, et ce, selon une perspective globale (biopsychosociale), tout en tenant compte des étapes de la vie du patient et de son milieu familial.
- Etre accessible et intervenir là où les besoins du patient, de sa famille et de sa communauté l'exigent, que ce soit à domicile, en clinique ou en établissement.
- Communiquer efficacement avec ses patients.
- Considérer la relation qui s'établit entre lui et son patient comme étant la fondation sur laquelle s'articule son implication. Elle représente la pierre angulaire par laquelle il dispense et coordonne les soins.
- Travailler en étroite collaboration avec ses pairs, avec les autres professionnels du réseau de la santé, avec les ressources communautaires ainsi que la famille et les aidants naturels de ses patients.
- Faire preuve, dans son travail quotidien, de professionnalisme.
- Maintenir sa compétence professionnelle tout au long de sa carrière médicale. (10)

L'influence du médecin sur le patient

On a cru remarquer que dans certains pays les maladies sont venues avec les médecins. Ce sont plutôt les médecins qui sont venus avec les maladies

Montesquieu

Depuis toujours et pour longtemps encore, les médecins s'obstineront à vouloir convaincre leurs patients de ce qui est bon pour leur santé en mettant une force de persuasion d'autant plus grande qu'ils sentiront l'avenir de leur patient sérieusement menacé .

Cette stratégie de bon sens, basée également sur la mauvaise conscience de ne pas apporter assistance à personne en danger, marche parfois, rate souvent, et a tendance à donner des résultats précaires, car les comportements éventuellement ainsi modifiés ont de fortes chances de ne pas être reconnus par le patient comme intégrés à sa personne.

Le médecin est un personnage puissant : son prestige et son autorité sécurisent mais aussi inquiètent. Il peut transformer d'un mot un bien portant en malade, poser le diagnostic de maladie incurable. Ceci, lui confère une sorte de pouvoir magique. (Le seul fait de savoir que le médecin va venir, provoque parfois l'atténuation des symptômes).

Le pouvoir du médecin est aussi lié à ses connaissances médicales, à l'utilisation du jargon médical, à sa capacité à délivrer des certificats médicaux et des arrêts de travail, sa connaissance de la vie privée des patients, de leur intimité. Aussi, le malade se sent souvent en position d'infériorité.

Ce n'est pas nouveau de dire que les médecins ou les soignants donnent des conseils à leurs patients. Ce qui est plus nouveau, c'est de considérer que les patients ne suivent pas forcément les conseils donnés. Les patients écoutent avec attention puis décident, parmi les recommandations proposées, celles qu'ils vont appliquer tout ou en partie. (36)

On comprend pourquoi les soignants se découragent devant des patients dûment informés éduqués, serait-on tenté d'ajouter qui continuent à fumer, boire de l'alcool ou manger en excès, prendre irrégulièrement leur traitement, faire peu d'activité physique, persister dans leurs conduites à risques (drogues injectées, relations sexuelles non protégées, etc...). (35)

Nous sommes toujours tentés de voir le verre à moitié vide plutôt que le verre à moitié plein. Posons un regard de confiance sur nos patients et acceptons que nous ne puissions les faire changer comme on prescrirait un sirop contre la toux.

A l'inverse, ce sentiment d'impuissance ne doit pas nous conduire à la résignation. Au contraire, être là et confiant quoi qu'il arrive, est le meilleur gage que l'on puisse offrir à un patient comme preuve qu'il peut changer.

.

Nous souhaitons souvent les changements de comportement de nos patients parce que nous sommes des soignants et que nous voulons fondamentalement le bien pour eux. Parfois malgré eux. Notre style est un facteur déterminant de changement et c'est dans cette responsabilité partagée que nous guiderons nos patients vers les changements qu'ils souhaitent.

Dans chaque histoire il y a des personnes que le médecin n'a pu empêcher de mourir ou de souffrir. Tout cela provoque des manques à réparer, des sentiments de faute, d'angoisse et de culpabilité. Ces émotions peuvent envahir le médecin et le mettre mal à l'aise.

Des facteurs personnels au médecin peuvent jouer un rôle dans son comportement initial avec le malade : sa santé, son surmenage, sa situation familiale …

Il est inopportun de faire porter le poids d'une souffrance qui nous est personnelle à nos patients : soit en les évitant, soit en les bousculant, soit en niant ou dévalorisant ce qu'ils nous disent vivre.

S'adapter au patient, est essentiel pour instaurer chez lui une prise de conscience et l'inciter ainsi à changer son mode de vie.

Voici un exemple d'influence du médecin présenté au séminaire « Le changement » en 1993 par Jean François Renault (74) : Mme J. âgée de 66 ans est suivie dans le cadre d'un cabinet associant deux médecins depuis une dizaine d'années. L'ajustement avec le médecin qui rapporte le cas n'a pu se faire dans un premier temps.

Il n'a pas établi de diagnostic clair et audible pour la patiente, qui a donc préféré s'éclipser. Elle est partie se faire suivre pendant un certain temps par son associé. Quelques mois plus tard, hasard ou bien nécessité, elle revient au cours des vacances de celui-ci. A la surprise du médecin, elle présente un grand nombre de maladies bien définies, « authentifiées par des spécialistes » : cardiologue, rhumatologue, gastro-entérologue et même psychiatre.

Nous sommes au mois d'août, le médecin est seul, quoi de plus simple que d'assurer l'intérim sans poser de questions, en reproduisant l'ordonnance du confrère, avec le dossier informatisé, rien de plus facile. Seulement la patiente ne l'entend pas de cette oreille, le temps des vacances passé, elle reste, elle revient régulièrement à la charge, elle insiste sur l'aggravation de son état. Progressivement les plaintes se modifient, c'est sur des douleurs qu'elle concentre ses revendications. Elle veut être soulagée mais conteste l'efficacité de tous les médicaments.

Vient un moment où le médecin refuse d'aller plus loin dans l'escalade des réponses par des traitements dits symptomatiques et lui signifie fermement qu'il ne peut pas faire mieux. Il lui enjoint de supporter ses douleurs sans interrompre les autres médicaments.

Normalement la patiente devrait s'en retourner retrouver son associé, mais surprise elle accepte et revient régulièrement. Le médecin profite pour lui proposer un antidépresseur doux. Et le miracle se produit ; elle commence à maigrir, se remaquille, elle sourit, refait ses courses….

Discussion : le médicament antidépresseur n'est pas responsable du changement même si le médecin n'a pas contredit sa patiente qui se dit dépressive. L'intérêt de cette observation est de montrer que le basculement s'est produit antérieurement à la prescription. La situation s'est modifiée lorsque le médecin a pris le parti de refuser de répondre à chaque symptôme par un médicament. Il n'a pas cherché non plus à trouver un sens aux différents symptômes.

Le médecin, en fonction de sa relation plus ou moins proche avec le patient et sur sa manière spécifique d'exposer certaines choses peut avoir une influence décisive, par exemple dans la décision du patient vis à vis du traitement proposé. Le malade vient s'adresser à un professionnel, lui attribuant un certain degré de confiance.

Cette rencontre entre le médecin et le patient est une rencontre particulière, source de beaucoup d'ambiguïtés et de contradictions qui peuvent être l'origine de graves malentendus.

Chaque relation médecin-malade est unique. Elle va se construire au fil des mois et des années. Le médecin imprimera sa marque sur ces relations en fonction de sa propre personnalité, de sa propre idée de la maladie et du soin. Cette relation dépendra du malade qu'il rencontrera, de sa responsabilisation face à ce qui lui arrive mais aussi de la capacité du médecin à aider son patient. (19)

Le médecin-enseignant

La vie de l'homme est une continuelle éducation

Simon Max

Pour aider le patient à comprendre, intégrer et prendre en charge sa maladie dans son contexte socioprofessionnel unique, le médecin joue un rôle d'enseignant, soumis aux règles de la pédagogie.

Le rôle du médecin ne s'arrête pas à la démarche diagnostique et au choix d'une prise en charge et d'un traitement. C'est là que tout commence pour le patient qui doit comprendre, intégrer et faire lui-même un certain nombre d'actions thérapeutiques (prise de traitement, modification de comportements vis-à-vis de sa santé, se rendre à des rendez-vous,...). Le médecin doit donc enseigner au patient.

Dans l'enseignement thérapeutique au patient, il s'agira pour le médecin de connaître ce dernier dans son contexte individuel. Il pourra alors enseigner des connaissances et des compétences en vérifiant ce que le patient sait déjà (connaissances antérieures et représentations) et en explorant ses besoins d'apprentissage. Il sera utile ensuite de vérifier l'acquis en connaissances ou en compétences, afin d'optimiser leur mémorisation.

Enseigner signifie d'une part transmettre au patient un savoir concernant certaines maladies, certains examens ou traitements et d'autre part permettre l'acquisition de ce savoir par le patient afin qu'il l'intègre dans sa vie, son contexte émotionnel, affectif et socioprofessionnel.

Trop souvent on entend : «le médecin ne m'a rien expliqué» ou «je n'ai pas bien compris pourquoi...» et c'est dans la facilitation de transmission et d'intégration de ces données cliniques que le médecin est aussi un enseignant.

Jean-Philippe Assal, pionnier de l'enseignement au patient, nous dit que « la pédagogie thérapeutique du malade est une pédagogie globale, technique d'une part et humaniste de l'autre. Elle intègre le savoir-faire pour le traitement et la psychologie de la personne malade. Le succès d'un traitement à long terme lorsqu'il ne concerne pas une affection à évolution irréversible est intimement lié au degré d'acceptation de la maladie ainsi qu'au type de croyances et de représentations que le patient a envers sa maladie et son traitement». (38)

Dans de nombreux domaines de la santé il a été démontré qu'une bonne communication médecin-patient va améliorer le suivi, l'observance thérapeutique, diminuer la morbidité et le nombre de consultations, de même qu'améliorer la qualité de vie des patients. (39)

L'écoute seule d'une information ne permet pas son acquisition. Autrement dit, le fait d'être assis en face de quelqu'un qui explique et expose une information ne permet sa mémorisation que dans une très faible proportion (environ 10%) et nous pouvons suspecter que le patient ne pourra restituer qu'une très faible proportion de ce que le médecin cherche à lui enseigner. (41)



Le médecin considère souvent qu'enseigner c'est donner une explication et répéter cette explication à plusieurs reprises. En même temps, il est souvent décevant de voir ce que les patients retiennent de nos explications.

Enseigner est donc une action plus large que le seul moment où l'on transmet une information.

L'enseignement commence lorsque l'on explore ce que le patient vit, sait et désire savoir ; il se poursuit par une transmission ciblée et adaptée du savoir ; il se termine par la vérification de l'acquisition de connaissances, leur intégration et leur application dans la vie pratique du patient, dans son contexte, environnement et vécu affectif.

Le but de l'enseignement étant l'apprentissage, enseigner consiste donc à aider le patient à apprendre :

- apprendre, c'est se positionner (par rapport aux conceptions, aux comportements) ;
- apprendre, c'est accepter de renoncer (accepter le renoncement à la guérison en cas de maladie chronique, accepter les limitations, les changements de comportements requis par la maladie) ;
- apprendre, c'est intégrer (les moments d'apprentissage doivent servir à une intégration dans la vie quotidienne). (42)

On ne peut pas expliquer de la même manière la coronaropathie à deux personnes de contexte socioprofessionnel très différent : entre deux personnes les connaissances médicales vont différer ; le vécu personnel avec la coronaropathie peut être très différent et la réaction émotive peut fortement varier d'une personne à l'autre; finalement le besoin d'information est très variable d'un sujet à l'autre.

Afin de fournir une explication aussi adaptée que possible, il s'agit de connaître le patient, son contexte et ses connaissances avant de pouvoir répondre à ses besoins individuels. Le médecin-enseignant cherchera donc à explorer le contexte du patient, et lorsqu'il s'entendra donner une explication, il se demandera si cette explication est le fruit de sa propre connaissance qu'il cherche à transmettre ou si elle répond au besoin spécifique du patient en face de lui.

Pour transmettre une information au patient, le médecin-enseignant va aider le patient-apprenant à construire un savoir, c'est-à-dire que le médecin va vérifier ce que le patient sait déjà.

Il a été démontré que des informations nouvelles qui contredisent des connaissances ou croyances antérieures seront rejetées si on ne les confronte pas soi-même consciemment avec les anciennes. Le patient répétera donc ultérieurement ce qu'il savait déjà et non ce qui a été entendu de nouveau. (43)

Le médecin va donc faire ressortir les connaissances préalables et aider le patient à confronter les nouvelles connaissances aux anciennes.

Le médecin va répondre à des besoins d'apprentissage. Ce n'est pas le médecin qui peut déterminer ce que le patient doit apprendre, mais le patient retiendra ce qui répondra à ses questionnements et ce que lui-même ressent comme utile d'apprendre. Il est donc important de faire ressortir ce que le patient désire apprendre ou désire recevoir comme information avant de le lui transmettre, quitte à susciter des questionnements si nécessaire.

Enseigner exige donc que le médecin-enseignant implique le patient-apprenant, qu'il facilite le questionnement du patient pour y répondre et qu'il transmette des connaissances en rapport avec les connaissances antérieures du patient.

Le médecin-enseignant favorisera l'apprentissage par le patient s'il aide le patient à exprimer avec ses mots et son propre vocabulaire ce qu'il a appris et s'il fait mettre en pratique les connaissances acquises, en lui restituant un feed-back sur sa façon de faire. Finalement, il est important d'aider le patient à comprendre en quoi cette connaissance va lui servir et en quoi ces connaissances le concernent directement.

En enseignant efficacement à son patient, le praticien :

- aide le patient à accepter sa maladie ;
- facilite auprès de lui la prise de conscience de la place que prend sa maladie dans sa vie et dans ses projets d'avenir ;
- permet au patient d'acquérir les compétences pour prendre en charge sa maladie dans son contexte individuel particulier ;
- adapte les objectifs thérapeutiques au patient, à sa vie et à son environnement ;
- améliore l'évolution de la maladie du patient atteint de maladie chronique en diminuant sa morbidité et mortalité et surtout en améliorant sa qualité de vie.

Le patient doit pouvoir se projeter dans sa vie concrète en intégrant les nouveaux éléments relatifs à sa maladie, sa prise en charge et son suivi. Pour ce faire, le médecin réagira aux émotions du patient exprimées tout au long de l'entretien et de l'explication.

Le médecin cherchera à explorer avec le patient comment il pourra, par étapes, intégrer dans sa vie les différentes exigences requises par la connaissance du problème médical, son traitement ou sa prise en charge. Il s'agit alors de concevoir et partager un projet thérapeutique avec le patient en définissant des objectifs clairs et réalisables. Ces objectifs doivent respecter le contexte de vie du patient et si possible ses projets de vie.

On peut résumer par une explication en trois phases ce que le médecin va devoir poursuivre pour pouvoir enseigner efficacement :

1. Explorer les connaissances antérieures du patient, ses représentations et évaluer le degré de son désir d'être informé. Durant cette phase, le médecin respectera principalement la règle du questionnement pour connaître le contexte spécifique du patient auquel il répondra par une transmission adaptée d'informations.
2. Transmettre l'information au patient. Le médecin transmettra des informations adaptées aux besoins du patient après les avoir explorés. Les outils de communication qui serviront à cette étape sont bien connus : éviter le jargon médical ; utiliser des phrases simples et courtes en laissant régulièrement intervenir le patient (après trois phrases, il est difficile pour le patient de rester concentré et de suivre l'explication) ; se servir de supports visuels (dessins, tables, documents) ; préciser la signification des mots utilisés (confrontation à la compréhension par le patient).

3. Vérifier la compréhension du patient. Durant cette phase, le médecin respectera principalement la règle de l'expression en faisant exprimer par le patient avec ses propres mots ce qu'il a compris, retenu. Le médecin s'intéressera également à la manière dont le patient appliquera ces éléments dans sa vie, à celle dont il surmontera les obstacles et aussi à la façon dont il intégrera ces nouveaux éléments dans ses projets de vie. Une étude a révélé que l'utilisation de cette technique par des étudiants en médecine familiale améliore la mémorisation des informations par le patient de 61% à 83%. (45)

En plus de cette acquisition de savoir, l'intégration de connaissances dans la vie d'un patient exigera la mise en lien avec un réseau non seulement cognitif mais aussi émotionnel, socioprofessionnel, familial et psychique.

Le plus souvent il ne suffira donc pas que le patient comprenne les éléments concrets de l'explication. Il s'agira qu'il puisse les articuler avec ses représentations, son contexte de vie, ses souvenirs de proches ou parents ayant eu le même problème, sa situation familiale, les obstacles rencontrés, ses craintes ou projets de vie.

Le respect du patient

Le praticien ne doit pas mesurer son intérêt ni ses soins à la fortune ou à la situation de ses clients. Les ennemis même de la patrie ont le droit à sa sollicitude

Scribonius

Le thérapeute doit donc respecter les valeurs et les choix du système familial, ou du patient même si elles ne correspondent pas à ses propres valeurs. Nous savons bien que chaque famille est singulière et a ses propres règles, qu'il est important de respecter.

Le respect doit également concerner les choix antérieurs du patient. Même s'ils représentent une entrave pour la résolution des problèmes actuels, ses choix peuvent être importants pour lui au point de faire partie intégrante de sa vie. Le thérapeute aidera alors le patient à faire des nouveaux choix en respectant le temps dont il a besoin pour évoluer, même si cela fait momentanément obstacle à l'efficacité du traitement.

Prenons l'exemple d'un patient présentant une dépendance à l'alcool. Si nous le poussons à arrêter sa consommation d'alcool alors qu'il n'est pas partie prenante, si nous ne respectons pas son « choix » de continuer à boire, nous entrons avec lui dans une confrontation qui prendra de part et d'autre la forme d'une escalade sans issue. Même s'il est hospitalisé, il va se débrouiller pour continuer à boire ou le fera dès sa sortie.



Respectons donc le temps du patient même si nous trouvons parfois que cela ne va pas assez vite.

Il est difficile de ne pas être d'accord avec l'idée qu'il est important de travailler avec les ressources et les compétences du patient, mais cela suppose de modifier le focus de notre regard.

Cela fait des décennies que la médecine focalise son attention sur le problème du malade et sur les causes qui l'ont déclenché. Bien entendu, il est primordial de continuer à procéder de la sorte, mais cette approche n'exclue pas une autre, il est tout aussi important de pouvoir déplacer notre attention afin de repérer avec précision les moments même brefs au cours desquels le patient a pu faire en sorte « d'aller bien », ou « d'aller mieux ».

C'est là que nous découvrirons chez le patient des champs entiers de solutions personnelles, plus ou moins développées selon les individus. Le patient possède déjà et il lui suffira de poursuivre la culture pour se maintenir en bonne santé par ses propres moyens.

Les ressources sont à entendre comme étant tous les moyens dont dispose une personne ou le système qu'elle emploie pour résoudre les difficultés auxquelles elle est confrontée. Les compétences, quant à elles sont les aptitudes à utiliser ces ressources. (23)

En raison d'un facteur que l'on pourrait appeler « l'inertie psychique », lorsque, les représentations liées à la maladie et à la guérison évoluent lentement chez un patient ordinaire ; il vaut mieux, dans un premier temps, s'attacher aux représentations du patient plutôt que de les contredire directement. De même, il sera plus avisé de les comprendre et au besoin de se servir de leur structure pour aider le patient à évoluer. (113)

Le médecin généraliste sait comprendre et apprécier la condition humaine, notamment la nature de la souffrance et la réaction du patient confronté à la maladie. Il reconnaît ses forces et ses limites, et il sait reconnaître une situation conflictuelle entre ses intérêts personnels et des soins de qualité.

Le médecin généraliste respecte la primauté de la personne. La relation médecin-patient revêt les qualités d'une alliance, c'est-à-dire une promesse par le médecin de respecter son engagement envers le bien-être des patients, que ces derniers soient capables en retour de respecter ou non leurs engagements. Le médecin de famille est conscient du déséquilibre entre ses pouvoirs et ceux du patient ainsi que du potentiel d'abus que comporte l'exercice de ce pouvoir.

Le médecin généraliste dispense des soins continus à ses patients. Les contacts répétés avec le patient permettent de construire la relation médecin-patient et de favoriser le pouvoir thérapeutique propre à cette interaction. Avec le temps, la relation revêt une importance spéciale pour les patients, les familles et le médecin. Il en découle que le médecin de famille devient un défenseur des intérêts du patient.

Coopérer avec le malade

La participation des patients au processus de décision est une idée étrangère au génie de la médecine

Katz

Les formes de coopération avec le malade, parfois avec sa famille, constituent un type à part de coopération : essentielle pour l'accomplissement de l'acte médical, la coopération d'un patient n'est pas soumise aux mêmes règles de contrôle du travail ou de contrainte organisationnelle.

Le malade « coopérant » facilite généralement les traitements et les interventions, par son accord de principe et par le suivi des prescriptions du médecin. Il peut aussi soutenir moralement un professionnel en difficulté, lorsque la stratégie thérapeutique s'avère particulièrement complexe à mettre en œuvre. Cette coopération suppose l'établissement d'un rapport de confiance (souvent à long terme), voire d'une croyance dans les vertus thérapeutiques de l'institution médicale ; confiance et croyance qui ne sont pas également distribuées entre tous les représentants de l'institution médicale et tous ses établissements.

Les limites de la coopération du patient sont difficiles à évaluer. Cependant elles sont repérables dans le temps en constatant que les résultats des traitements peuvent être très variables. A court terme, l'impact sur le patient de la qualité des services rendus est aussi un indice précieux. C'est principalement sur la base de ces deux types d'observations que l'on peut juger de la constance ou de la diminution du mode de coopération du patient. (113)

La judiciarisation des rapports médicaux constitue ainsi un indicateur des limites de l'ancien pacte de confiance qui régissait cette coopération. La défense des droits des patients et l'augmentation des menaces de procès ont amené un certain nombre de modifications dans la prise en charge d'un malade. La formalisation et l'enregistrement systématique des actes de soins ayant eu comme principal effet en retour la diminution du temps de présence auprès du patient.

Des rapports conflictuels avec le personnel des équipes de soins sont aussi souvent évoqués dans les entretiens, les patients et leurs familles étant plus souvent mécontents de la baisse de qualité des services, essentiellement liée à l'indisponibilité d'un personnel insuffisant.

D'après Doherty 75% des informations fournies par le médecin à son patient sont oubliés quand le contexte d'interaction entre les deux protagonistes est stressant.

Le patient peut ainsi devenir un enjeu des luttes entre équipes et groupes professionnels, de manière symbolique, ou être directement instrumentalisé, même dans des situations où il n'est pas en mesure d'intervenir personnellement.

Chez le médecin, l'image du patient et l'investissement de la pratique médicale renvoient :

- au désir de soulager, prendre soin, réparer
- au désir d'affirmer son pouvoir sur les autres, de se faire obéir, respecter
- au désir d'acquérir une situation sociale et un emploi rémunérateur
- au désir de jouer un rôle moteur dans l'évolution des normes éthiques d'une société
- au désir d'accomplir une mission sociale en offrant à ses patients un droit à la santé qui attenue les inégalités sociales
- au désir d'exercer un art qui fait quotidiennement appel à son sens du discernement et à sa capacité de décision (93)

La place du patient

Fais à autrui son bien, tel que tu t'es engagé, en accord avec lui-même

Engelhardt

Le patient est un individu, une « personne » qui vit dans un monde qu'il perçoit à sa mesure. Il est également porteur d'une culture et de valeurs qui lui sont propres.

La personne humaine est un être qui se définit essentiellement par ses relations à autrui. Elle s'inscrit donc dans une société, dans une culture. Elle joue des multiples rôles : familial, social, professionnel, et s'implique plus largement dans une société qui lui reconnaît des droits et lui impose également des obligations. Elle évolue au sein d'un milieu régi par des lois. L'univers culturel de chacun colore bien évidement ses relations, ainsi que ses rôles sociaux et familiaux.



Aujourd'hui le patient surinformé a beaucoup perdu de sa naïveté. Il réclame certains examens, pose des questions, traite d'égal à égal avec le médecin. A l'occasion, il lui demande même des comptes : il paye, il doit avoir satisfaction. (73)

Chaque personne est unique. Elle est supposée posséder les ressources nécessaires pour diriger sa vie, pour faire des choix. De par son unicité, elle est la seule à reconnaître ce qui est bon pour elle.

S'il est important de tenir compte des représentations des patients, il est tout aussi important d'admettre que le travail à faire pour les changer est considérable. Le changement se fera par ajouts et modifications.

Peu à peu au fil des rencontres, le patient arrivera à des représentations modifiées qui finiront par faire une grande différence pour lui.

Il est rare que les patients verbalisent spontanément le fait qu'ils soient en train de vivre un état émotionnel ; les émotions sont souvent minimisées ou retenues. Ainsi, il est

difficile pour le médecin, au cours de l'interaction avec le patient, de percevoir l'émotion que celui-ci ressent dans son intimité d'être humain.

Souvent, à travers tous les signaux émis par le patient, le médecin se rend compte qu'il y a quelque chose qui se passe. Cependant, cela arrive si subtilement, dans l'espace d'un si bref moment, que le médecin peut se sentir désorienté sans pouvoir vraiment définir ce qui se passe en lui ou dans la relation à l'autre. Le patient non plus ne sait pas très bien ce qui lui arrive. La prise en compte de la réalité de l'inconscient et de ses manifestations rend plus difficile l'approche du patient au sein d'un espace thérapeutique où se mêlent transfert et contre-transfert, c'est à dire la mise en acte de l'inconscient de chacun des deux partenaires du dialogue médical. (113)

Le comportement des patients vis-à-vis de leur santé et leurs réactions à l'égard des systèmes de soins sont influencés par les aspects économiques, culturels et sociaux dont ils sont tributaires, ainsi que par leurs traits de personnalité, leurs connaissances et leurs vécus, mais on doit reconnaître que ce comportement est aussi lié à la façon par laquelle un médecin approche la souffrance de son patient.

Le malade et sa maladie

Aujourd'hui chacun se tient et est tenu pour responsable de sa propre santé

Greacen Tim

Le patient réagit à sa maladie en fonction de ce qu'il est, notamment de son âge, son histoire personnelle et sa personnalité.

Les stratégies d'adaptation au stress peuvent être de différentes natures : résolution du problème, notamment recherche d'information, acceptation de la confrontation, prise de distance ou minimisation, réévaluation positive, auto-accusation, fuite-évitement, recherche d'un soutien social, maîtrise de soi (Cours, Faculté de médecine de Rouen, « Bases psychopathologiques de la psychologie médicale »)

Les personnalités pathologiques induisent de véritables difficultés thérapeutiques pour les médecins mal informés ou peu sensibles à cet aspect de la psychopathologie.

Toute maladie plonge le sujet dans une situation nouvelle et déclenche de nombreuses modifications psychologiques. Le médecin doit savoir reconnaître ces modifications comportementales et l'origine de ces processus psychologiques nouveaux : la compréhension de leur sens est en effet souvent indispensable au bon déroulement du traitement proposé.

Différents types de réaction peuvent être retrouvés :

- Réactions anxieuses

Elles sont fréquentes et liées à la peur de la mort, la souffrance, l'altération des liens affectifs et/ou sociaux. L'anxiété associe des manifestations psychiques, somatiques et comportementales. Elle témoigne en général d'un processus normal d'adaptation aux contraintes et aux conséquences de la maladie.

- Attitudes de régression et de dépendance

La régression psychique est fonction de la gravité de la maladie et de la personnalité du sujet. Cette régression peut se traduire par une réduction des intérêts, une dépendance vis à vis de l'entourage et des soignants (croyance en la toute puissance du médecin, du médicament). La régression peut être aussi pathologique si elle est trop importante en intensité et en durée et

empêche la participation active du patient au processus thérapeutique. Dans ces circonstances, la tâche du médecin consistera à tenter de limiter les tendances régressives, pour qu'elles ne constituent pas un frein à la guérison.

- Attitudes de minimisation, négation et refus de la maladie

Ces réactions peuvent aller jusqu'à des attitudes de négation et de refus de la maladie reposant sur des mécanismes de dénégation ou de déni. Par exemple, tel patient dénie partiellement la réalité en méconnaissant la gravité de son état et en rationalisant sa maladie qui « est due à un surmenage passager ». Ces attitudes peuvent s'accompagner parfois de comportements d'hyperactivité centrée sur la maladie (consultations multiples).

- Réactions d'ordre narcissique

Le narcissisme définit le caractère de « tout inviolable, impérissable, important, capable et digne d'être aimé » de l'individu (Balint). La maladie menace l'intégrité de l'individu et induit des réactions variables sur son narcissisme. L'intérêt porté à sa propre personne malade devient la source de nombreuses satisfactions. Certains comportements narcissiques pourront être utiles au médecin, s'ils facilitent la participation du patient à la thérapeutique.

- Réactions dépressives

Elles sont fréquentes au cours des maladies chroniques et/ou sévères. Les réactions dépressives peuvent être exprimées par le malade (sentiment de dévalorisation, d'incomplétude, de fatalité avec abandon de tout projet et de tout souhait) ou masquées par des plaintes en particulier somatiques.

- Attitudes agressives et persécutrices

L'agressivité n'est pas l'apanage des patients psychiatriques. Elle est souvent le reflet de la perception d'une menace. Elle peut s'exprimer de façons très variées : agressivité passive, agressivité verbale voire agressivité physique.

Il n'y a pas de stratégie défensive idéale vis à vis de la maladie. Le caractère pathologique de la réaction et la nécessité d'une intervention thérapeutique seront en général les suivants :

- la souffrance du patient et son inadaptation à la situation
- le caractère inhabituel de la réaction dans son intensité et sa durée

Le respect du médecin

Le premier devoir d'un patient consiste à respecter le généraliste dans son intégrité physique et morale

Schetgen

Sans même parler des nombreuses agressions physiques, l'agression verbale accusant le praticien de tous les maux de la terre est devenue fréquente et, si on comprend que la maladie et la frustration sont difficiles à vivre, physiquement et psychologiquement, rien ne justifie l'agressivité envers le médecin traitant, qui est en réalité un partenaire, un être humain ordinaire et non, comme on le pensait jadis, l'auxiliaire des dieux.

Il ne peut tout résoudre instantanément et le « sans-faute » n'existe pas, même chez les plus expérimentés. En cas de frustration ou de désaccord, il faut essayer de privilégier, avant tout, la patience et le dialogue.



Le consultant doit également respecter le cadre de travail de son médecin dans les limites de la disponibilité de celui-ci. (32)

Le patient a également le devoir de respecter la vie privée de son généraliste qui aspire, comme tout le monde, à un équilibre entre sa vie privée, familiale et son métier.

Chez le patient, l'image du médecin est à la fois :

- celle d'un technicien doté d'un savoir et d'un savoir-faire sur les dérèglements physiologiques
- celle d'un confident neutre et discret, susceptible d'entendre les détresses individuelles et d'être de bon conseil
- celle d'un interprète capable de décrypter le sens caché des choses et de donner un sens, tel un chaman, à ce qui échappe au patient
- celle d'un garant de l'ordre social et des libertés individuelles

- celle d'un héros, ayant pour mission de repousser les limites du pouvoir de l'homme sur les lois implacables de la nature ou sur l'ordre établi par une instance divine
- celle d'un notable, alliant réussite sociale et responsabilité
- celle d'un représentant de l'autorité parentale, capable de rappeler à l'ordre, faire la leçon, voire infliger la punition, mais aussi d'apprendre les choses de la vie et de montrer le chemin de l'autonomie

Les revenus du médecin généraliste sont les plus faibles parmi tous les spécialistes et dans l'esprit de beaucoup de patients, le médecin généraliste fait moins d'études, il est moins compétent qu'un autre spécialiste et par conséquent il est normal que la consultation soit moins chère! (87)

L'influence du patient sur le médecin

Le pouvoir tend à corrompre, le pouvoir absolu corrompt absolument

Acton John

Le client est source de bénéfices : il est donc bienvenu mais il oblige aussi le médecin à supporter des exigences ressenties parfois comme pénibles.

Le malade est aussi source de satisfactions professionnelles (plus grave est le cas, plus grande peut être la satisfaction) ou de frustration (il peut y avoir des tentations d'éloigner ceux qui déçoivent les espoirs de guérison du médecin, ceux qui sont la preuve de son échec).

« Docteur, pensez-vous que le Paxil® pourrait m'aider ? » Certains médecins sont influencés par ce type de question. Des chercheurs viennent de montrer qu'aux États-Unis que ces demandes peuvent modifier les décisions que prennent les cliniciens dans les cas de dépressions graves et de troubles d'adaptation. Les résultats de l'équipe du Dr. Richard Kravitz, de l'Université de Californie, sont très troublants.

Les chercheurs ont montré que la majorité des personnes semblant présenter un trouble d'adaptation et demandant du Paxil (Paroxétine) recevaient une prescription sinon pour ce produit, du moins pour un antidépresseur, même si elles n'en avaient théoriquement pas besoin.

À l'opposé, mais tout aussi inquiétants, sont les résultats concernant les personnes accusant des symptômes de dépression. Les patients qui n'abordaient pas la question de la prise d'un antidépresseur avec le médecin étaient souvent moins bien soignés que ceux qui le faisaient. Ils avaient moins de chance de se faire prescrire un médicament, d'avoir un rendez-vous pour un suivi ou d'être orientés vers un spécialiste. (34)

Ces résultats renforcent l'idée que les patients ont une influence substantielle sur les médecins et peuvent être des agents actifs dans la prestation de soins de qualité.

Par contre, les médecins peuvent avoir besoin d'une formation additionnelle pour répondre adéquatement aux demandes des patients dans des circonstances ambiguës d'un point de vue clinique. (33)

Les demandes des patients exercent-elles finalement une bonne ou une mauvaise influence sur les praticiens ? La publicité de médicaments auprès des patients, comme aux États-Unis, est-elle souhaitable ?

Des nombreux médecins disent subir une pression importante des patients pour prescrire certains médicaments considérés comme inutiles, voire dangereux. Mais les différentes études montrent que les patients qui s'attendent à recevoir une ordonnance sont presque sûrs de l'obtenir. (82)

Les médecins continuent à grossir les rangs des malades chronicisés qui revendiquent de nouvelles interventions, n'hésitant pas à harceler, voire menacer les médecins qui les refusent. Il est vrai qu'il s'agit toujours, de médecins qui ont cédé une première fois. (85)

Des symptômes pour se faire entendre

Les choix de santé doivent être des choix simples

Charte d'Ottawa

Le patient ressent des symptômes. Ces symptômes font partie d'une expérience subjective, englobant des réactions émotionnelles et des modifications corporelles.

Le symptôme isolé, survenant chez un patient connu, en dehors de tout épisode ou suivi pathologique actuel n'est pas un motif de consultation exceptionnel. La toux, ou les douleurs thoraciques, lorsqu'un cancer du poumon est décelé dans l'entourage du patient, les maux de tête, lorsqu'il s'agit d'une tumeur cérébrale, toutes les fonctions et tous les organes peuvent être incriminés.

Les traitements ont parfois une action éphémère, les symptômes changent au cours du temps, les consultations se multiplient et l'état de maladie persiste surtout lorsque les troubles sont de nature « hystériforme », donc intraitables par les moyens ordinaires de la médecine.

Le philosophe Paul Ricœur différencie bien la douleur de la souffrance. La première, dit-il, renvoie à des effets ressentis comme localisés dans les organes particuliers du corps, ou dans le corps entier, ce à quoi correspond la maladie au sens médical du terme ; tandis que la seconde renvoie à des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement, toutes choses qui constituent ce que nous pouvons appeler les ingrédients de la qualité d'une vie. (58)



La souffrance se différencie aussi de la douleur en ceci que c'est un « sujet » qui souffre. Souffrir vient du latin « sufferer » endurer, supporter. La notion de souffrance implique donc un certain rapport au temps. (113)

Donner la parole au patient pour lui permettre de s'exprimer sur ses symptômes a plusieurs avantages. Mettre un nom sur une sensation de douleur, de fatigue, de dysfonctionnement, c'est déjà lever une partie de l'angoisse mais c'est aussi découvrir sur quelles forces il est possible de s'appuyer pour conduire le traitement. C'est aussi instaurer le dialogue dans la confiance.

Il est essentiel de montrer que l'on ne remet pas en cause l'authenticité des symptômes tout en sachant si nécessaire, formuler des critiques avec tact.

Il ne s'agit plus de considérer le sujet uniquement dans l'aire de son individualité, mais dans un système de relations et d'interactions au sein duquel le symptôme peut avoir un sens, voir une fonction. Ce type d'approche a modifié le regard médical, orientant ainsi l'attention sur les particularités fonctionnelles de l'individu et de son système familial.

C'est particulièrement manifeste en pédopsychiatrie lorsque l'on découvre par exemple que le symptôme d'un enfant est l'expression d'une souffrance familiale. Le symptôme peut alors être considéré comme porteur d'un message.

Il s'agit donc de respecter le symptôme du patient, en sachant qu'il est susceptible d'avoir un sens dans la mesure où il affecte le « sujet » en tant que tel. Le but n'étant pas de pousser les gens à abandonner leurs symptômes, mais de construire avec eux un contexte dans lequel ils pourront opérer des choix différents. Le respect du symptôme a cependant des limites (inceste, maltraitance des enfants, violence vis à vis d'autrui et de soi même…).

Je termine ce paragraphe avec un exemple illustratif, présenté par Claude Fabre au séminaire « Ecoute et suivi du malade allergique en Médecine de famille »: Lise, proche de la soixantaine, n'a pratiquement jamais eu d'affection sérieuse, n'a jamais été gênée dans son activité professionnelle.

On découvre que sa fille a une affection maligne qui va l'emporter très rapidement. Durant les quelques mois que va durer l'évolution, le médecin aura l'occasion d'admirer la ténacité et le courage avec lesquels elle soutient son mari, son gendre et sa petite-fille et elle est la seule du groupe familial à comprendre que le combat est perdu d'avance.

C'est le jour de l'enterrement, en l'embrassant au cimetière que le médecin entend les premières manifestations sibilantes de l'asthme qui débute et va occuper une place centrale dans la relation médecin-malade au cours des dix années suivantes.

Les crises s'installent, leur répétition justifie la recherche d'allergènes en cause. La relation thérapeutique va se poursuivre et s'approfondir encore au rythme des injections périodiques de désensibilisation. Chaque péripétie de cette vie, principalement consacrée à l'éducation de sa petite-fille sera marquée par une aggravation puis une rémission des symptômes lorsque les obstacles seront franchis.

Enfin elle accepte une intervention chirurgicale grâce à l'insistance de sa petite-fille. Par ailleurs son gendre interrompt son activité pendant un mois pour s'occuper d'elle. Elle dira au médecin à ce sujet : « Vous voyez que je ne suis pas toute seule. »

Un contretemps a empêché que les injections de désensibilisation soient faites à la clinique. Elle sort en respirant parfaitement. Les produits restés à son domicile sont périmés et d'ailleurs l'anesthésiste l'a assurée qu'elle n'est plus asthmatique. Jusqu'à son décès des années plus tard, Lise ne fera plus d'asthme.

Discussion : l'asthme de cette patiente débute à la mort de sa fille ; il guérit au moment où le gendre qui a toujours conservé un lien très fort avec la patiente, se rapproche encore et concrétise ce lien. L'asthme apparaît comme phénomène à double composante. D'une part, la rencontre d'un terrain propice génétiquement conditionné à réagir à un certain nombre d'allergènes et d'autre part, les facteurs subjectifs indispensables pour que les modifications physiques puissent apparaître. C'est seulement lorsque tous les facteurs objectifs et subjectifs sont recherchés et démasqués que l'on peut entreprendre une démarche médicale cohérente.

La demande

Par l'intermédiaire de la demande tout le passé s'ouvre jusqu'au fin fond de la première enfance. Demandé, le sujet n'a jamais fait que ça, et nous prenons la suite

Lacan

Le patient abandonne l'expression habituelle *motif de consultation* pour la remplacer par celle de *demande*. La première expression appelle irrésistiblement l'idée de la plainte physique, la seconde préserve la possibilité d'une ouverture sur un champ d'investigation non limité a priori au domaine biomédical exclusif.

Lorsque le médecin est familiarisé avec le discours psychanalytique il peut être en mesure de repérer que la répétition de la demande est l'expression du désir du sujet, désir en souffrance, du fait même de cette répétition. (113)

La demande n'est pas toujours présentée directement, les patients s'expriment à travers les symptômes. Certaines demandes ne paraissent pas aux patients recevables par le médecin.

La demande est parfois dans l'impossibilité d'être verbalisée, surtout si ce qui la fonde demeure inconscient; elle se traduit alors par des symptômes, par des troubles ambigus : manifestations hystériques, névroses d'organes, troubles fonctionnels variés, spasmophilie, neuropathies sans causes cliniques décelables, fibromyalgie, fatigue, anorexie, insomnie, migraine, asthme…et la liste est loin d'être close.

Le patient averti, se rend compte qu'il n'a presque jamais une seule motivation pour aller voir le médecin, mais bien plusieurs. Les raisons conscientes se mélangent avec d'autres, inconscientes, les problèmes de mauvaise santé avec ceux de la bonne santé.

Des nombreux patients vont chez le médecin pour des raisons similaires à celles qui les font amener la voiture chez le garagiste : elle a un petit pépin et ils en profitent pour faire faire un contrôle d'entretien. Ils font vérifier la tension, la vue, l'ouïe, les urines, le poids, les poumons, chez le médecin comme on vérifie les pneus, les phares, les freins, l'huile chez le garagiste.

Les demandes peuvent être :

- demandes explicites

Ce sont les demandes relevant de la compétence technique du médecin : examen physique, investigations, diagnostic, traitement, envoi chez un spécialiste…

- demandes implicites

Le malade demande au médecin de l'écouter, d'être disponible. Ces demandes ne relèvent d'aucune compétence technique. Elles font appel aux qualités humaines de l'interlocuteur

Il est souvent utile de faire une synthèse de ce que dit le patient pour lui permettre de voir lui-même plus clair dans ses sentiments qui lui semblent confus. Les demandes ne sont pas facilement repérables derrière les symptômes présentés.

Chercher à les reconnaître, utiliser les moyens qui amèneront les patients à les exprimer plus clairement, tenter d'en déchiffrer le sens, tout cela suppose un apprentissage long et souvent difficile.

On notera au passage que les groupes « Balint » auxquels participent les médecins motivés, sont des instruments privilégiés pour apprendre à décoder les plaintes des patients. Pour sa part, Freud pensait que faire une psychanalyse était d'une grande utilité pour un médecin. L'écoute de l'inconscient ne s'improvise pas. C'est ce type d'écoute qui peut être requis lorsque le médecin souhaite aller au delà du symptôme manifeste et ne pas se laisser piéger par la répétition de troubles qui relèvent plus d'un dysfonctionnement psychique que d'une atteinte organique décelable à l'examen clinique. (113)

Il existe deux niveaux de la demande :

- la maladie, parfois ressentie comme un traumatisme, ne concerne pas seulement l'ici et le maintenant, mais peut renvoyer celui qui en est atteint à d'autres situations rencontrées, notamment dans l'enfance.
- adressée à celui qui possède un savoir, la demande du patient, a souvent des caractéristiques analogues à celle qu'elle avait dans la relation parent-enfant. Le désir qui la sous-tend investit alors le médecin comme celui qui va « porter attention », « aider », « entendre »…Ici, plus ou moins consciemment, le patient ne demande plus seulement au médecin ceci ou cela (un diagnostique, un traitement), mais se place au-delà, dans l'espace affectif et relationnel ou l'histoire du sujet et ses désirs inconscients vont entrer en jeu.

Savoir se placer sur ces deux niveaux, ne s'apprend pas seulement, ni essentiellement dans les cours et les livres, mais dépend de la possibilité qui sera donnée au médecin en formation de réfléchir sur sa pratique, notamment par le travail de groupe.

La façon dont la demande du patient sera écoutée, décidera de la qualité de la relation qui se nouera ensuite entre le médecin et son patient.

Le patient vient avec sa demande qui est variable. Elle peut être une demande de diagnostic et de traitement, une demande d'écoute, une demande de conseil.

Le premier travail du médecin est de comprendre cette demande et d'en négocier le traitement avec son patient d'une façon de plus en plus contractuelle.

Entendre la demande du patient, n'est pas y répondre. Le malade ne demande pas qu'on réponde à sa place, mais qu'on le mette en état de répondre. Il nous demande d'abord d'être en état d'entendre sa propre demande, à condition qu'il ne soit pas muré dans ses résistances. En effet, et c'est encore un tabou dans l'enseignement médical classique, on n'enseigne pas au futur médecin qu'une souffrance peut être le masque d'une jouissance et qu'un patient peut tenir à son symptôme plus qu'à tout autre chose. (113)

Dans cet échange verbal, le plus intéressant est d'abord l'écoute du patient plus que la recherche des signes cliniques qui de toute façon se fera ; c'est la compréhension de la personnalité du malade qui est en question. C'est aussi de lui signifier que sa demande ou sa plainte a été entendue. Il ne faut jamais oublier qu'une relation thérapeutique, avant d'être technique ou quoi que ce soit d'autre, est d'abord une relation humaine.

Le médecin face à la demande

La question posée devant chaque situation clinique ne se limite plus à : « Comment vais-je procéder pour découvrir ce qu'il cache de pathologique ? », mais elle devient : « Que vient-il chercher auprès de moi ? » et « Dois-je intervenir dans l'immédiat ou non ? »

Le médecin devrait éviter de placer la maladie au centre de toutes les difficultés rencontrées par le malade. Il faut savoir que le patient peut se servir, plus ou moins consciemment du langage de la maladie pour exprimer un malaise qui se situe sur un autre plan, notamment une souffrance psychique ou une difficulté relationnelle.

Or ici l'accord médecin-patient sur un diagnostique, risque, non seulement de s'opposer à un abord des éléments en cause, mais aussi de fixer le malade sur la maladie désignée. Ce problème qui est au cœur de la prise en charge des patients atteints de maladies fonctionnelles, va de manière plus large se poser face à toute pathologie et à la place qu'elle va occuper dans la vie du sujet :

- Donner un médicament comme solution à tous les problèmes et réponse à toute demande. La prescription élargie d'antidépresseurs face aux difficultés existentielles en est un exemple actuel. Outre le problème éthique posé par une telle attitude; présenter le médicament comme seule réponse aux difficultés que rencontrent les gens.

- Le fait d'éviter de considérer que « ce n'est rien » quand le bilan para clinique ne révèle pas d'anomalies. Cet énoncé renvoie le malade à sa solitude. Ce « rien » pour le savoir médical, ne détermine pas l'absence de problème ou de souffrance authentique chez un patient. Ces cas doivent au contraire susciter chez le médecin une interrogation, quant à la nature des processus en cause.

Ici l'attention aux paroles du patient, aux conduites répétitives, est centrale. Témoins des désirs et des forces inconscientes, ces éléments peuvent signaler l'existence de « la demande latente » du patient au travers de « l'offre manifeste » du symptôme (Balint) et permettre parfois de rattacher la plainte du malade à autre chose qu'un processus lésionnel.

L'écoute

Aucun artiste ne se trompe, car il ne se trompe qu'autant que son art l'abandonne, et en cela il n'est plus artiste

Platon

La notion d'écoute est issue du concept de la relation d'aide promu par Carl Rogers, psychologue humaniste, dans les années 1950. Par la suite, la notion d'écoute à été intégrée dans les conceptualisations directement utiles à la pratique individuelle des infirmiers.

D'autre part, le concept rogérien a été repris dans le champ social et il est aujourd'hui largement vulgarisé, mais a aussi perdu de son sens premier initialement issu de la psychologie humaniste. Ce type de théorisation, en dépit de sa généralisation s'appuie sur une technique qui est la reformulation du message reçu pour permettre à l'interlocuteur de préciser et d'approfondir sa propre pensée.

Ainsi le consultant va trouver lui-même les réponses à ses interrogations, préoccupations et aux problèmes qui se posent ou qu'il se pose. C'est dans ce sens que l'écoute peut permettre de sortir des attitudes banales de conseil, réconfort, interprétation et questionnement. (67) On notera que l'écoute rogérienne trouve l'essentiel de sa pertinence grâce à la mise en œuvre d'un principe constant de neutralité chez l'écoutant.

La notion d'écoute se retrouve également dans l'approche psychanalytique, alors que Carl Rogers l'évoque dans une approche psychothérapeutique.

Sigmund Freud avait déjà mis en lumière le déroulement de la parole du patient en évitant l'intrusion du vécu propre de celui qui écoute, c'est à dire un contre-transfert. Néanmoins dans toute relation, le transfert se met en place par un mode positif ou négatif, et dans la psychanalyse l'enjeu du travail est l'analyse du transfert. (67)

Pour que ceci soit intelligible, rappelons que pour Lacan et son école le transfert n'est pas seulement la projection de certains sentiments sur la personne du thérapeute, mais c'est essentiellement la mise en acte de la réalité de l'inconscient, sous forme symptomatique, dans l'espace de la cure analytique. (113)



L'écoute réflective est sans doute l'outil le plus exigeant car il est plus difficile à acquérir et à intégrer de façon usuelle dans sa pratique quotidienne.

D'une efficacité remarquable, l'écoute réflective engage le patient dans un dialogue avec lui-même que l'intervenant nourrit des propres dires du patient en choisissant les parties les plus à même d'encourager le changement, en explorant l'ambivalence, en développant les divergences ou encore en reflétant les sentiments du patient. (71)

C'est l'outil-même qui donne au patient le sentiment qu'il est compris et au soignant la possibilité de respecter le rythme d'élaboration et de changement du patient.

C'est aussi grâce à cette manière de se positionner dans l'entretien que le soignant peut laisser parler le patient. Plus le patient parle, plus la probabilité qu'il soit acteur de son avenir augmente et plus la probabilité de changer, se concrétise.

L'équilibre de l'écoute est impérieux. Trop distante, la relation sera perçue comme superficielle ; trop impliquante, elle risque de nuire à la qualité des conseils.

Une étude réalisée par Stewart M. A. a analysé 140 rencontres médicales et a trouvé une association significative entre l'observance et une fréquence élevée de comportements centres sur le patient de la part du médecin. Elle a observé également une tendance des patients à être plus satisfaits lorsque le médecin les encourageait à exprimer leur opinion et leurs émotions. (105), (106)

Une écoute finement sélective permet d'exclure certains diagnostics hâtifs, de confirmer une hypothèse, de poursuivre une logique, de choisir des examens complémentaires, de poser un diagnostic et de structurer convenablement le dossier du patient. Mais est-ce que le médecin peut s'en tenir à une écoute sélective?

Une écoute attentive permet de mieux prendre en charge son patient, mais il ne suffit pas d'apprendre à écouter, il faut aussi apprendre à se taire.

La communication

L'écriture est un archipel au milieu des immensités océanes de l'oralité humaine

Steiner

Dans les années 1960, période socialement et idéologiquement mouvementée, les patients, jusqu'alors confinés dans une relation « paternaliste », ont manifesté, principalement dans les pays anglo-saxons, leur mécontentement par rapport à la réticence à communiquer des médecins. C'est ainsi que les travaux qui s'intéressent à la communication médecin-patient se sont considérablement développés. (50), (51)

En France, la revendication des patients a été plus tardive. Amorcée dans les années 1980 avec le mouvement des patients atteints du VIH, elle est consacrée en 2002 par l'adoption de la loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cette loi accorde un véritable droit à l'information des patients (art. L.1111-2 du Code de la santé publique) (55) et va même plus loin en stipulant que « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » (Art. L.1111-4 du Code de la santé publique).



Ce faisant, elle fait clairement apparaître le patient comme acteur de ses décisions de santé et comme véritable partenaire dans sa relation avec le professionnel de santé.

La société réclame des médecins plus humains et qui communiquent mieux avec les patients. Les cliniciens expérimentés et les chercheurs soulignent le rôle central et obligatoire de la communication médecin-patient au cours de la démarche clinique pour assurer le succès des stratégies de diagnostique et de traitement. (16)

La communication est la clé de voûte de la relation médecin – malade. Les médecins savent bien qu'écouter le malade et l'entourage affectif de ce dernier est un aspect fondamental de cette relation.

Plusieurs organismes, associations ou institutions critiquent la performance des médecins du point de vue de la communication et réclament la mise en place de programmes

de formation. De plus les recherches sur la communication médecin-patient ont grandement progressé au cours des dernières décennies.

Par ailleurs, bien que des individus puissent posséder une facilité naturelle à communiquer, on sait maintenant que les aptitudes requises pour une communication professionnelle efficace, ne sont pas innées et doivent être apprises.

Or chaque jour, les médecins doivent communiquer avec les patients et leur famille ainsi qu'avec les collègues, professionnels de différentes disciplines, gestionnaires,... Ces différentes facettes de la communication sont souvent négligées au cours de la formation médicale.

La relation médecin-patient, n'est pas seulement tributaire des aptitudes naturelles à la communication, elle est influencée par des facteurs individuels inhérents au médecin et au patient, à la personnalité, l'histoire personnelle (enfance, lien avec les parents, orientation sexuelle, vie de couple…), la culture, la religion, les valeurs (Balint Mickael, « Le médecin, son malade et la maladie »).

C'est pourquoi les médecins doivent apprendre à mieux se connaître eux-mêmes pour pouvoir identifier et mettre en question leurs propres valeurs, croyances, attitudes et façons d'agir et réagir. Cette connaissance de soi favorise l'ouverture aux autres, qui est nécessaire pour interpréter les informations utiles à la démarche clinique et pour proposer des conduites thérapeutiques efficaces.

Il ne s'agit pas de tenter d'éliminer les émotions des médecins, mais les rendre plus conscients de l'influence de ces facteurs afin d'éviter que ceux-ci n'interviennent de façon inappropriée dans la communication médecin-patient et dans les décisions cliniques.

Les patients ne disent pas tout. Ils tiennent parmi les informations celles qu'ils vont délivrer à l'un, celles qu'ils vont transmettre à un autre et celles qu'ils vont taire. Ainsi on constate que l'interne n'a pas reçu les mêmes confidences que le chef de service et pas les mêmes que l'infirmière ou le médecin traitant.

Il n'y a pas de plus grande dévalorisation que d'empêcher quelqu'un de s'exprimer, ou de ne pas lui en donner la possibilité, lorsqu'il vit des moments difficiles, douloureux ou même simplement lors des temps forts de son existence d'humain en souffrance. Cela implique la nécessité de donner au malade temps et espace pour une réelle intimité dans la relation.

Interdire au malade, par un regard ou des paroles désapprobatrices, de s'exprimer, augmente sa situation de dépendance et son sentiment que le milieu médical est tout puissant vis à vis de lui. Alors le malade se sent seul, sans utilité et incompris et il se dévalorise, ce qui aggrave sûrement la problématique qui a favorisé sa maladie.

Plusieurs études interculturelles ont étudié les compétences de communication des généralistes entre différents pays. En 2003 Sachiko, conclut que la différence dans les compétences de communication entre les médecins généralistes américains et japonais n'est pas significative.

Une étude qui compare le niveau de compétence de communication entre les généralistes français et algériens en 2005 (10 français et 46 algériens), conclut : la différence entre les niveaux de compétence est significative en faveur des généralistes algériens. Ce résultat s'explique par une relation plus intime qu'en France entre le médecin et son patient. C'est là l'effet d'une culture où la relation médecin-malade doit répondre à certaines exigences sociales propres à l'Algérie.

Ce résultat paraît paradoxal d'autant plus que la durée moyenne pour une consultation est de 12 min pour les algériens et 18 min pour les français. Cette différence de compétence est aussi en faveur des généralistes plus âgés (> 40 ans), mais pas significative selon le sexe. (28)

Une étude sur les soins primaires réalisée en Aquitaine, montre l'accroissement quantitatif de l'activité médicale dans cette région, et la limitation du temps de consultation qui en résulte. On notera comme conséquence dommageable de cet état de fait une limitation de la compétence à communiquer chez les médecins.

Les médecins interrogés disent rencontrer fréquemment des difficultés relationnelles pour mener à bien leur consultation et confient avoir le plus souvent appris sur le terrain leur « savoir communiquer ». (30)

Idéalement, le généraliste devrait ainsi communiquer le diagnostic, le pronostic, le coût et les risques des thérapeutiques proposées… Autant d'informations difficiles à donner en première approche, en dépit du texte légal, ce que devrait comprendre le patient, mais qu'il ne comprend pas toujours étant donné son état de vulnérabilité lors de la consultation.

Difficile tout d'abord, parce qu'il n'y a pas systématiquement un diagnostic émis, l'omnipraticien tentant d'abord de répondre aux plaintes et aux besoins avant d'émettre un

diagnostic précis et, a fortiori, un pronostic, risquant d'être peu compréhensibles sinon à travers d'inévitables statistiques qui ne renseignent au départ que le médecin.

Si le médecin devait réellement informer son patient sur toutes les thérapeutiques alternatives et sur l'ensemble des éventuels effets secondaires de chaque médicament, les consultations dureraient plusieurs heures au risque d'affoler le consultant. (32)

La difficulté majeure rencontrée par beaucoup de médecins sera une hésitation sur la manière de communiquer pour annoncer des diagnostics entraînant une probabilité élevée de survenue du décès. Mais bien au-delà de ces cas plutôt rares dans la pratique journalière du médecin généraliste, communiquer avec le patient, c'est laisser s'exprimer ce que le malade vit au quotidien, c'est le laisser voir comment il appréhende ce qu'il ressent dans son propre corps, dans les relations avec son entourage et par ailleurs, c'est tenter de lui faire comprendre ce que les médecins peuvent en dire.

Les aspects fonctionnels de la communication :

Dans une approche fonctionnelle la communication est une transmission de message. Chacun va tour à tour tenir une place d'émetteur et de récepteur ; le même message ne sera pas perçu de manière identique par l'émetteur et le récepteur.

La composition du message, soit en communication verbale ou non verbale, est liée à de multiples facteurs : l'environnement, la position subjective, voire idéologique de chacun, l'objectif de la communication, les préoccupations consciente et inconsciente de l'émetteur et du récepteur.

Les attitudes dans la communication :

Quel que soit le contenu des messages émis, nous adoptons un certain nombre d'attitudes, lorsque nous essayons de communiquer avec autrui.

Deux positions se dégagent :

- Le message informatif qui n'appelle pas une réponse autre que d'intégrer l'information, et l'ordre qui est une injonction que l'autre accomplisse ou pas un acte.
- La communication qui laisse une place d'expression où l'autre peut exprimer ce qu'il vit. (67)

Si au total le handicap du temps limité appelle une réforme globale du système de santé, l'apprentissage universitaire d'un savoir relationnel et de techniques de communication adaptées apparaît comme l'un des préalables indispensables. Mais les techniques de communication, pour demeurer humaines, doivent pouvoir trouver un juste équilibre entre le savoir faire et le savoir être.

La prise en compte des préoccupations du patient fait partie de la démarche plus globale de qualité des soins. Elle nécessite dès maintenant un recentrage sur l'apprentissage d'un « savoir communiquer » efficace. (30)

Comme communicateurs, les médecins facilitent efficacement la relation médecin patient et les échanges dynamiques qui se produisent avant, pendant et après le contact médical. Les médecins permettent une communication thérapeutique axée sur les patients en partageant la prise de décision et échangeant de façon dynamique avec les patients, les membres de leur famille, les aidants, d'autres professionnels et d'autres personnes importantes.

Les compétences de ce rôle sont essentielles pour établir une relation et la confiance, établir un diagnostic, fournir de l'information, chercher à instaurer la compréhension mutuelle et faciliter un plan de soin partagé. Une communication médiocre peut produire des résultats non désirés alors qu'une communication efficace joue un rôle crucial dans l'évolution optimale de l'état de santé des patients. L'application de ces compétences en communication et la nature de la relation médecin-patient varient selon les spécialités et les modes d'exercice de la médecine.

L'acquisition d'une compétence en communication par les médecins n'est pas qu'un enrichissement agréable ou un accessoire à leur pratique, mais elle constitue une composante essentielle de leur démarche clinique et personnelle.

S'il ne veut pas oublier son serment d'Hippocrate le médecin doit être en mesure de s'adresser sans discrimination, avec le même souci de communiquer, voire la même humanité, au bourgeois ou au chômeur illettré. C'est d'autant plus important que le discours médical est devenu aujourd'hui un discours dominant sur le devant de la scène sociale. Avec le net déclin de l'influence des religions dans nos sociétés postmodernes, le médecin a pris malgré lui le relais du prêtre, devenant ainsi le principal interlocuteur de la misère et de la souffrance humaine. (113)

Le rôle du médecin est-il d'être empathique avec son patient ?

Se sentir suffisamment proche, mais pas trop du malade, pour mieux le comprendre et mieux lui faire sentir qu'on le comprend tout en restant chacun à sa place

Consoli

Parler d'empathie dans la relation de soins pose la question de la nature des relations interpersonnelles qu'un médecin établit avec son patient. Cette interrogation suscite une réflexion à plusieurs niveaux.

La relation de soin est un processus à l'intérieur duquel le médecin et le patient sont engagés ensemble dans une coévolution. Celle-ci se réalise et se développe grâce à la construction d'une alliance de travail qui se base, d'une part, sur l'échange d'informations et la négociation et, d'autre part, sur l'empathie.

Dans la pratique des soins, l'empathie désigne encore, de façon plus pointue, l'aptitude du médecin à ménager la relation lorsqu'un moment d'émotion prégnant émerge chez l'un ou l'autre des interlocuteurs. Il s'agit le plus souvent d'un moment imprévisible et imprévu.

Beaucoup de patients, et beaucoup de médecins aussi, pensent qu'un médecin est soit compétent, soit sympathique, comme si l'un excluait l'autre.

Dans le sens commun, l'empathie dans la relation de soin signifie une attitude générale et plutôt constante du médecin, caractérisée par une plus grande attention au malade, par l'accent davantage mis sur le dévouement, par le désir d'assumer des responsabilités, par une certaine chaleur dans la relation, par une attitude d'écoute et de disponibilité.

Les médecins désignés comme les plus empathiques semblent globalement plus altruistes et poursuivent moins de buts personnels - carrière, prestige - que les autres. Par ailleurs, une majorité de patients souhaitent une relation de type humaine avec leur médecin (68).

Dans la relation entre deux sujets, une série d'ajustements se met en œuvre pour qu'ils puissent communiquer et se répondre l'un à l'autre. L'on définit alors l'empathie comme l'une

des voies permettant d'entrer en communication avec l'autre, de partager avec lui son propre vécu tout en entrant en *sympathie* avec le vécu de l'autre.

Dans la pratique médicale, l'empathie désigne encore la capacité du médecin à travailler activement sur les émotions. C'est l'une des tâches les plus complexes de la consultation médicale.

Dans le jargon médical, *être empathique* est parfois entendu comme comportant un sens supplémentaire. Le médecin dit éprouver de l'empathie face à un patient qu'il trouve captivant et sympathique, ou lorsqu'il est touché par une souffrance, une détresse particulière de son patient.

Il s'agit là d'une disposition intérieure bienveillante qui peut soudainement apparaître quand il s'aperçoit par exemple que le patient, jugé jusque là désagréable, est profondément affecté par sa maladie. Le médecin manifeste alors une compassion qu'il appelle empathie.

Le médecin peut-il souffrir constamment avec chacun de ses patients ? Evidemment pas. Mais il ne peut ignorer le fait que le patient exprime de la souffrance, des émotions et une demande d'aide, explicite ou implicite. C'est l'attention toute particulière que le praticien accorde aux affects du patient souffrant qui pourrait paraître superflue dans sa pratique, s'il ne la considère que comme une « technique » qui, en fait, justifie pleinement son acte médical et lui donne toute sa portée.

Or, le patient exprime souffrance, émotions et demande de l'aide d'une manière le plus souvent cachée ou fragmentaire, dans l'espace de tel ou tel bref instant. Il importe alors, pour reprendre les termes de D. Stern, que le médecin parvienne à saisir ces *moments présents* où émerge, chez le patient, une émotion significative, et qu'il cherche à en faire un *moment de rencontre*.

Dans une conversation, nous avons tendance à adapter nos expressions faciales à celles de notre partenaire, et ceci dans un laps de temps de trente secondes environ dès le début de l'interaction, sauf si nous avons des sentiments négatifs à l'égard du partenaire (un manque d'empathie). Dans ce cas, les mimiques ont tendance à rester différentes, voire opposées (sourire en face d'une expression de colère, par exemple). Il semblerait aussi qu'il soit plus difficile d'éprouver de l'empathie pour une personne physiquement très différente de soi. (13)

Il n'y a pas que les mimiques qui entrent en jeu : on observe également des attitudes et des gestes très similaires dans un entretien en face à face. Par exemple, lors d'une consultation d'un médecin avec un couple, on peut parfois deviner avec lequel des deux patients le médecin fait alliance en regardant ses bras et jambes croisés en symétrie avec l'un ou l'autre. Les orientations des parties de son corps sont aussi révélatrices.

On peut assister parfois à une minimisation des émotions négatives, telles la peur ou la colère de la part des deux interlocuteurs. Les médecins, quant à eux, craignent d'être submergés par un trop-plein d'émotions de leurs patients, ce qui peut effectivement parfois arriver.

Ainsi, il peut être difficile pour le médecin, au cours de l'interaction avec le patient, de percevoir l'émotion que le patient ressent dans sa situation d'être humain affecté par un problème, ou de la contenir si elle se manifeste avec force. Or, pour faire face à l'émotion, le médecin doit reconnaître qu'il est lui-même touché, par exemple par les pleurs ou l'hostilité de son patient, et, de plus, qu'il est en train de « résonner » au sens physique de ce terme à cet état émotionnel.

Les émotions ont une double face, positive et négative. Sur leur versant positif elles permettent notamment de s'adapter au monde et, en particulier, à la rencontre avec l'autre. Lorsque l'expression des émotions est inhibée comme c'est le cas dans une névrose obsessionnelle sévère, la vie relationnelle du sujet s'en trouve gravement compromise.

Il faut sans doute croire à la communication extra verbale, mais surtout ne pas témoigner une quelconque sympathie ou manifester au contraire son irritation par un ton de voix plus chaleureux ou plus sec, un regard plus appuyé, voire accroché par un détail vestimentaire, par une poignée de main plus cordiale ou plus brève. Ce serait un passage à l'acte. (85)

Les émotions de base sont ancrées dans des programmes biologiques innés qui contrôlent des ensembles de réponses motrices, et comportementales émanant principalement du cerveau limbique. Elles ont été définies comme des régulateurs de l'interaction sociale, mais dans certaines limites car elles sont à tout moment susceptibles d'être perturbées par de multiples facteurs internes et environnementaux. Elles ne sont donc que moyennement fiables pour être retenues comme critères d'adaptation au monde. (109)

Elles sont toutefois utiles dans la détermination du caractère *bon* ou *mauvais*, agréable ou douloureux d'une expérience, d'une rencontre. C'est par elles que le sujet sélectionne les comportements utiles pour s'adapter à son environnement. Mais au caractère biologique de l'émotion il ne faut pas oublier de rajouter le facteur culturel qui va éventuellement en réguler l'expression.

En effet, les hommes sont ainsi faits qu'en présence d'une émotion, ils ne peuvent rester sans réagir : il s'agit d'abord d'une réaction involontaire qui dépend de programmes biologiques prédéterminés. Le sujet fonctionne en somme comme une caisse de résonance des émotions des autres.

Les tenants d'une approche objective du patient et de sa maladie pensent que les médecins qui cultivent l'empathie risquent d'être trop émotionnellement impliqués auprès de leur patient pour prendre les décisions qui, quelquefois, s'imposent.

A l'inverse, les partisans d'une médecine considérée comme plus humaniste soutiennent que, sans empathie, le médecin ne sait pas qui est son patient, et ne peut donc prendre avec lui les décisions adéquates le concernant.

Au niveau de sa perception consciente, le médecin peut ignorer son propre état émotionnel et même vouloir l'ignorer pour s'en protéger; il peut même être convaincu de n'éprouver que de l'indifférence - à l'autre et à soi-même. C'est ce qui donne parfois le sentiment que certains médecins sont cyniques, sans états d'âme, soucieux seulement d'être efficaces et de se comporter en bons techniciens.

Un psychanalyste nous a récemment rapporté le cas d'un jeune médecin généraliste qu'il avait eu en cure et qui lui avait fait l'aveu qu'il souhaitait abandonner sa pratique actuelle pour s'orienter vers la médecine du sport et la rééducation fonctionnelle, « car là au moins il n'y avait pas d'implication émotionnelle avec le patient ». (113)

Il est difficile pour le médecin, au cours de l'interaction, de percevoir les états émotionnels cachés du patient ou de contenir l'émotion débordante ou l'anxiété non maîtrisée que celui-ci ressent dans sa situation d'être humain malade.

Le médecin fonctionne cependant, ainsi que nous l'avons dit comme une caisse de résonance des émotions de ses patients. La résonance dans la personne du médecin génère chez ce dernier des attitudes contrastées et différenciées, qui peuvent aller de la compassion à l'irritation ou à l'indifférence froide et distante.

L'empathie peut être apprise. Marc Archinard a introduit l'utilisation des échelles psychologiques (empathie et satisfaction des patients) pour pouvoir saisir de façon aussi objective que possible la présence et la force de l'empathie. Il a développé une méthode pour l'enseigner aux étudiants en médecine.

Au cabinet :

Quelles qualités devraient être développées pour être empathique ? (Ou : comment retrouver l'empathie que nous avons eue un jour ?)

* Un profond respect de la personne. Reconnaître l'opportunité d'un geste, d'une action, d'une information, d'une réponse appropriée.

* Se concentrer sur le patient. Etre là pour lui et personne d'autre à ce moment.

* Les voir ; les entendre. Utiliser son «analyseur corporel» et peut-être laisser de côté ses papiers un instant. Remarquer l'anxiété sous-jacente de phrases telles que «ma mère est décédée d'un cancer...».

* Se poser des questions avec les patients. Par exemple pour la prescription d'un traitement : «comment est-ce que vous ressentiriez le fait de...» ;

* Les encourager à parler. Faire sentir (verbalement ou non verbalement) «je vous écoute» et (par exemple si un patient est au bord des larmes et s'interrompt) «prenez votre temps...» ou «pouvez-vous m'en dire davantage sur...».

* Manifester son empathie verbalement et non verbalement au patient, à ses questions, à ses préoccupations, à ses émotions, même si elles sont cachées. Ces manifestations peuvent se faire de deux manières : soit tout au long de l'entretien, au fur et à mesure que les occasions se présentent. Soit sous la forme du «lasso» : après avoir encouragé le patient à continuer, le clinicien fait un commentaire à la fin résumant la situation affective. (112)

L'empathie est donc à entendre comme cette vertu par laquelle le médecin :

- rencontre le patient en personne,
- tient compte du vécu subjectif de sa maladie, de ce dont il souffre dans son corps
- tient compte de ce dont il pâtit dans sa vie afin de favoriser avec lui la création de liens d'attachements

Le patient s'attend-il à un médecin empathique ?

Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses mais les jugements qu'ils portent sur les choses

Manuel d'Epictète

La satisfaction des patients par rapport à l'attitude du médecin apparaît comme un élément central dans leur engagement dans le traitement et, par conséquent, dans l'évolution de la maladie elle-même. Différentes études montrent qu'une majorité de patients souhaite une relation de type humaine avec leur médecin. Une de ces études, en particulier, conduite par Junod en 2002 en Policlinique médicale universitaire (PMU) en Suisse, rapporte des demandes explicites émanant des patients :

Patient 1 : une disponibilité, ça c'est important parce que quand on est mal, la seule chose dont on a envie, c'est qu'on nous prenne en charge. Puis si l'on a mal quelque part, surtout si l'on doit travailler, sa disponibilité, je trouve que c'est essentiel.

Patient 2 : qu'il soit ... disponible, qu'il soit à l'écoute, pour moi ce n'est pas les 3/4 de la guérison mais pas loin, qu'il prenne le temps...

Patient 3 : L'écoute de toute façon en tout premier lieu, ça c'est évident, il y a des fois des situations d'urgence où là on a besoin des compétences, bien sûr techniques du médecin, c'est essentiel puisque c'est vital. Si l'on va chez le médecin on y va pour cela. Mais ça passe forcément par l'écoute puisque les symptômes on peut les expliquer, les dire. Après on s'en réfère aux connaissances de la personne à laquelle on s'adresse, avec la confiance puisque c'est lui qui a le pouvoir et qui a le savoir.

Patient 4 : Autrement ce que j'espère, c'est qu'il essaie au moins de nous comprendre. Qu'il soit réfléchi, qu'il essaye vraiment de comprendre.

Patient 5 : je ne demande pas à aller au confessionnal... qu'il me connaisse mieux, que je ne sois pas obligé de répéter tout le temps. Qu'il connaisse mieux mon cas, qu'il connaisse mon caractère, qu'il connaisse mes réactions.

Patient 6 : je n'attends rien du tout, qu'il me soigne bien... et bien que si j'ai mal qu'il puisse faire son possible pour que je n'ai pas trop mal.

Les patients veulent donc que les praticiens restent savants et techniciens, mais ils demandent également de manière pressante qu'ils puissent percevoir leurs souffrances, écouter leurs plaintes, patienter devant leurs doutes et leurs errements ; les patients souhaitent enfin que leurs médecins les informent, les accompagnent à leur rythme et selon leurs besoins..., en un mot qu'ils soient surhumains.

Concrètement, ils ne peuvent attendre de leur médecin qu'il devienne un surhomme, mais :

- qu'il les traite comme une personne, et pas comme un objet à soigner,
- qu'il se montre engagé auprès d'eux, intéressé, qu'il soit un peu chaleureux,
- qu'il porte une réelle attention à leurs symptômes et les prenne au sérieux, qu'il les respecte tels qu'ils sont,
- qu'il prenne aussi en considération leurs problèmes personnels et leur histoire.

Bien que les patients n'évoquent pas directement le terme d'empathie, un certain nombre de ces comportements attendus répond aux critères d'une compréhension empathique de leurs problèmes. Ainsi, du point de vue du patient, l'empathie représente un élément fondamental dans la définition d'une relation *humaine* avec le médecin.

Dans la consultation, les patients et les médecins sont aussi amenés à occulter ou à dissimuler de manière volontaire leurs émotions négatives.

Les malades ont peur, s'ils éprouvent de la colère à l'égard de leurs soignants, de la leur manifester ; ils craignent en effet d'être rejetés par ceux-ci s'ils les blessent.

Les médecins, quant à eux, sont parfois conscients d'être irrités, hostiles, excédés à l'égard de leurs patients. Certains refusent de le manifester de crainte de blesser le patient ou de le perdre ; ce dernier, insatisfait, pourrait bien aller voir un autre confrère.

De plus, un certain nombre de médecins estiment qu'ils doivent être chaleureux, bienveillants, gentils. Cette conviction les empêche de tenir compte de leur état émotionnel. Les médecins sont programmés à soigner, mais pas à s'énerver contre les patients.

Mais il arrive parfois que, sur le nombre, quelques médecins pourtant expérimentés n'arrivent pas à supporter une certaine catégorie de patients. En témoigne la réflexion d'un praticien faisant état du fait qu'il se sentait très mal à l'aise avec les patients névrosés au point de ne pas pouvoir travailler correctement avec eux. (113)

La confiance

Beaucoup de médecins continuent de penser qu'en dire trop aux malades n'est pas bon pour eux, en dépit de nombreuses preuves du contraire

Tate

Le rapport de confiance avec le médecin subit l'influence des phénomènes sociaux à plus grande échelle. (22)

La construction de la relation est primordiale dans le processus thérapeutique, et dépend essentiellement de l'instauration d'un climat de confiance mutuelle. Il est indispensable que le patient nous fasse confiance. Cela implique réciproquement la confiance du thérapeute dans les capacités et les compétences du patient.

En tout premier lieu, l'instauration d'une relation de confiance implique que le thérapeute s'affilie au patient et à sa famille. La notion d'affiliation, c'est un processus grâce auquel le thérapeute tisse le lien indispensable à la construction de la relation. Selon Minuchin, « pour s'affilier à un système familial, le thérapeute doit accepter l'organisation et le style de la famille et s'y fondre ».

Pour s'imprégner de la représentation du système familial, ou du patient, le thérapeute doit mettre de côté ses propres représentations.

Pour instaurer un climat de confiance et s'affilier au patient, il est important que le thérapeute soit empathique à l'égard du patient, et authentique dans ses propos et dans les sentiments qu'il manifeste. Or Freud nous rappelle que les médecins en qui on déclare avoir confiance sont ceux dont on ne redoute pas qu'ils découvrent un secret.

Cette attitude du thérapeute permet au patient de se sentir écouté, compris et respecté. Elle suppose que nous arrivions à nous centrer sur l'autre et sur ses besoins. Elle correspond à la capacité de se poser et de répondre à la question : « Si j'étais à sa place, quels seraient mes sentiments ? Comment est-ce que j'agirais? ».

Cette façon d'être du thérapeute va donc permettre la construction d'une relation de confiance mutuelle, amenant à une collaboration. Mis en confiance, et se sentant reconnu dans ses capacités, le patient pourra « mandater » le thérapeute comme pouvant l'aider.

Demander de l'aide et faire confiance à l'autre est un processus très difficile. D'ailleurs, lorsqu'on va consulter un médecin pour la première fois, on lui fait confiance a priori sous prétexte qu'il est médecin ou on attend de voir comment vont se dérouler les consultations pour être en mesure de se faire une opinion sur sa valeur.

Parler de soi, et de son vécu reste une démarche difficile parce que renvoyant à l'intime du sujet, et cela ne se fera que si ce dernier se sent en sécurité dans l'entretien. Ce sera donc au thérapeute de mettre en place une relation sécurisante afin que le patient puisse le mandater sans arrière-pensée.

Donc, gardons à l'esprit cette nécessité de gagner la confiance des personnes qui viennent nous demander de l'aide. C'est à cette condition qu'ils nous « mandateront » pour les aider. Cela passe par le fait de faire mutuellement connaissance. (23)



Comme je viens de l'évoquer, il est primordial que le patient nous fasse confiance, mais une relation de coopération ne pourra se construire que si la confiance est mutuelle et non unilatérale.

Or, faire confiance au patient, implique que nous présumions qu'il a des compétences et des ressources personnelles, et que notre rôle est de l'amener à les repérer et les utiliser.

Ceci est d'autant plus important que la plupart du temps le patient est dans un tel état de détresse qu'il ne croit plus être lui-même compétent et disposer de ressources personnelles pour aller mieux. Il risque de s'en remettre au thérapeute, lequel devra être vigilant à ne pas décider pour le patient. Notre travail doit se faire à partir des objectifs du patient et non des nôtres.

Il est aussi important que le thérapeute se place à un certain niveau et à un certain moment de sa pratique, dans ce que nous avons appelé la capacité de ne pas savoir. Pour illustrer cette idée évoquons ce que dénonce le psychanalyste Jacques Lacan à propos de l'usage excessif qui peut parfois être fait du savoir : « trop privilégier le rapport au savoir,

risque d'inciter le thérapeute à ne percevoir et traiter la problématique du patient qu'à travers le filtre de ses propres préjugés théoriques et opinions, ce qui stérilise d'emblée les qualités indispensables à une investigation clinique ouverte ».

C'est donc ici une fermeture qui est en question. Paradoxalement, dans de telles conditions, trop de savoir, c'est ne rien vouloir savoir d'original, de nouveau ou d'inouï sur le patient. D'où cette remarque de Lacan à propos de la pratique analytique, et qui pourrait aisément être transposée dans le champ médical : « pour pouvoir écouter, l'analyste doit savoir ignorer ce qu'il sait ».

En somme, il s'agit là d'une « docte ignorance ». Un « bon » médecin doit donc accepter de réserver une petite place au non-savoir, c'est à dire à la dimension du manque. Méconnaître cette nécessité, c'est risquer de courir à la catastrophe et de soigner le patient à contretemps. Nous ne parlerons pas ici de l'usage du doute méthodique dans toute pratique scientifique, car il est aujourd'hui admis par l'ensemble de la communauté scientifique : on ne fait pas de science avec des certitudes, mais avec des questions. (113)

Revenons sur le fait d'avoir des connaissances et d'être compétent dans notre domaine. D'un point de vue pratique cela peut nous amener à avoir la conviction que nous savons ce qui est bon pour le patient. Cela part d'un bon sentiment et dans de nombreux cas nos objectifs sont adaptés. Mais, encore une fois, il convient de se méfier de ce que l'on appelle « les bons sentiments »

Si nous partons seulement de nos objectifs, dans 99 % des cas, cela sera un échec, car ce ne sont pas forcément les objectifs du patient à ce moment là. Nous savons bien que le patient sera motivé pour atteindre ses objectifs personnels et pas forcément ceux d'un autre, même si cet autre est thérapeute et ce d'autant plus qu'il a souvent des objectifs qui semblent très difficiles à atteindre pour le patient. (23)

La distance

Le toucher c'est le sens du corps tout entier ; par lui pénètrent en nous les impressions du dehors

Lucrèce

Une des principales difficultés rencontrées au début de l'exercice de la médecine générale lorsque le jeune médecin n'a reçu aucune formation psychologique préalable adaptée à sa pratique, réside dans le risque d'envahissement du champ relationnel par certains patients. L'inexpérience joue un rôle essentiel dans ces situations.

Ainsi la distance, acceptée ou choisie par le médecin s'établit dans le temps de la rencontre, sur la base de la confrontation de deux personnalités, certes différentes par leur origine mais identiques dans leur nature. A la possibilité ou l'impossibilité du patient de s'exprimer par sa gestuelle ou sa parole, répondra un certain type de réactions « affectives » chez le médecin, le plus souvent modulées par ses propres capacités d'expression.

Ce problème se pose également en termes d'implication personnelle qu'on doit reconnaître et lui fixer des limites afin de l'utiliser au mieux dans le champ thérapeutique. Cela veut dire que le médecin travaille autant avec sa personne qu'avec son savoir.

Un exemple présenté par J. F. Authier au Séminaire « Les mots des maux de l'amour », montre que le médecin peut pertinemment moduler la distance qui le sépare d'un patient qu'il connaît pour tenter de lui faire comprendre son problème. (78)

Le suivi d'une jeune mère de famille était ponctué, avec régularité, d'épisodes dépressifs dont l'origine semblait remonter à des événements dramatiques vécus dans son enfance.

Pendant plusieurs années la patiente ne voulut pas parler de son enfance et de ce qui avait pu provoquer sa dépression. Elle fit deux ou trois rechutes par an. Un soir, elle appelle le médecin « ca ne va pas, pouvez-vous me recevoir, même tard ? ». Le médecin la reçoit très tard à sa demande, et après avoir écouté son pseudo discours sur la dépression il lui délivre l'ordonnance qu'elle attendait avec ses antidépresseurs et anxiolytiques.

Brusquement le médecin la prend par les épaules et lui dit : « Tout ça ce ne sont que des balivernes qui ne vous mènent à rien. J'en ai assez de tourner autour du pot, vos histoires

d'enfance, ce sont des salades ; rien à voir avec votre dépression ». La patiente pleure, puis elle reconnaît tout, la relation passagère qu'elle avait eue avec un autre homme pendant son mariage et qui pour elle avait été déterminante.

La patiente revient quelques temps après pour remercier le médecin d'avoir réussi à la faire parler. Les années suivantes elle ne consulte que pour des pathologies banales.

Ce médecin attentif, a su enregistrer en quelques années de fréquentation de la patiente les éléments les plus significatifs de son histoire, et les détails illustrant la problématique de son équilibre familial. Au jour et à l'heure propice il a pu agir en conséquence. On voit par cet exemple qu'un tel type d'intervention ne peut ni être prévu à l'avance, ni reproduit à l'identique. Tout se joue dans la singularité de la situation. La médecine est une pratique qui sait préserver la non-maîtrise. C'est pourquoi elle est autant un art qu'une science. Chaque patient, et chaque médecin, peut un jour ou l'autre réagir ainsi, dans une confrontation soudaine à une situation inattendue.

Il est fréquent aussi que la distance soit fixée par le patient et le médecin se voit mis à l'écart sans pouvoir intervenir. Il est indispensable de ne pas s'en tenir aux apparences.

Dans la rencontre avec le patient, le médecin prend quotidiennement une foule de microdécisions, qui, sans s'en rendre compte peuvent, dans toute la gamme du verbal au non-verbal, influencer l'attitude du patient envers lui.

S'il lui sourit où s'il prend un air grave, s'il lui parle à l'aide de mots simples ou avec des termes alambiqués, s'il décide de baisser les yeux pour prendre des notes ou de soutenir le regard qui le fixe, tout ceci n'est pas anodin. Le ton sur lequel il profère : « asseyez-vous », et jusqu'à la poignée de main, à l'entrée ou à la sortie du cabinet de consultation, voilà des attitudes et des gestes qui, selon le cas, peuvent rapprocher ou éloigner le patient du médecin, le faire parler ouvertement ou se taire, revenir ou au contraire aller voir un autre confrère.

Il est difficile sinon impossible de mesurer la complexité et la multiplicité des situations envisageables car la singularité des interactions entre patient et médecin généraliste s'y oppose.

L'imprévu (des circonstances) et la variabilité du contexte de l'exercice de la médecine générale avec tel ou tel patient, jouent sur les variations de la distance, mais il peut

arriver que le médecin traitant provoque lui-même les circonstances qui induisent cette variation.

La neutralité affective du médecin ne signifie pas pour autant détachement, désintérêt, mais au contraire peut témoigner de la compréhension des besoins du malade et du désir de les satisfaire avec compétence, sans se laisser entraver par ses projections personnelles. Parfois, dans d'autres types de situations, certaines réactions émotionnelles que le médecin ne maîtrise pas vraiment et qu'il éprouve devant le malade devront être analysées par lui, pour éviter de perdre trop souvent son contrôle. C'est dire si la mise en œuvre de la neutralité bienveillante à l'égard du patient est un exercice difficile et qui demande un minimum d'apprentissage. (113)

Il arrive encore qu'une sympathie ou une antipathie spontanées naissent d'emblée parce que le cas qui lui est soumis lui rappelle un problème personnel ou simplement celui d'un malade, vu et soigné antérieurement, et dont l'évolution n'a pas été celle qu'il aurait attendue.

Les irruptions répétées dans le cadre de son temps de travail ou en dehors de lui, les très longues consultations, elles aussi répétitives, les visites à domicile, le harcèlement téléphonique, constituent autant d'agressions psychiques que les médecins spécialistes ne connaissent pas ou très peu; dans de telles conditions on peut soutenir que la violence ne se présente pas pour le médecin généraliste sous la seule forme manifeste de la violence physique. (2)

La proximité est utile et nécessaire car elle permet au médecin de se projeter lui-même en situation de malade et ainsi de mieux comprendre son patient. Elle participe aux effets psychothérapeutiques de la pratique de soin.

L'acte médical utilise de manière constante l'investissement du malade sur le soignant. En retour, l'investissement du médecin sur le malade peut avoir pour effet de soutenir et d'aider celui-ci dans la recherche de solutions face à ses difficultés.

La distance est elle aussi utile et permet les interférences réactionnelles, de référer les symptômes du patient, de garder l'objectivité utile à la prise de décisions. Elle permet aussi que la relation reste dans le cadre du soin médical, et favorise une attitude professionnelle.

Il existe globalement trois catégories d'attitudes professionnelles chez les médecins traitants qui, pour simplifier, vont de l'indifférence à l'implication excessive:

A l'un de ces trois pôles se trouvent les médecins qui fonctionnent très régulièrement selon un modèle apparemment scientifique, se donnant ainsi l'illusion d'instaurer une distance invariable et conséquente avec les patients. Seul le point de vue strictement technique les interpelle. Ils ont en règle générale le plus grand mal à supporter les patients, ils les éloigneront ou seront rapidement quittés par eux.

A l'autre extrémité se situent ceux qui perçoivent mal les limites de leur pratique et de leur relation au patient. Leur complaisance et leur trop grande implication, en dépit des apparences, ne favorisent pas réellement l'efficacité thérapeutique.

La troisième attitude, « in medio stat virtus », regroupe le plus grand nombre des praticiens de la médecine générale. C'est celle du vrai médecin généraliste qui se pose les bonnes questions et fait constamment un travail sur soi et son attitude thérapeutique, qui garde la bonne distance et réagit au bon moment.

A court terme le médecin prend le risque que sa souplesse se solde par l'absence de réaction appropriée chez le patient. Cependant, à long terme, il s'agit d'une stratégie qui peut s'avérer bien plus payante que la confrontation en raison de la meilleure intériorisation des objectifs thérapeutiques et de la plus grande stabilité des résultats obtenus.

Réassurance et rassurance

Le médecin n'est ni un technicien, ni un sauveur mais un être humain pour un autre être humain

Jaspers

Dans un village ou un quartier, la valeur du médecin généraliste et sa notoriété se fondent en grande partie sur le fait qu'il est là, présent, vivant, disponible. Les gens qu'il côtoie connaissent le numéro d'immatriculation de sa voiture et même la forme de son chapeau.

Ce qui importe réellement pour la population locale, ce ne sont pas tant ses connaissances ni son habileté technique, bien qu'un minimum soit quand même requis, mais la constance de sa présence et de sa disponibilité. (4)

Des faits majeurs, incidents ou accidents, ponctuant la vie d'un patient de façon éloquente, sont considérés comme connus du médecin, alors qu'il n'y a jamais fait allusion devant lui. Ces faits concernent souvent la sexualité, un avortement, une liaison ancienne, un enfant né hors mariage, un deuil, un secret de famille douloureux ou honteux.

L'important est la place significative prise dans l'histoire du patient par l'événement et son dépôt imaginaire dans la mémoire du médecin traitant qui peut se traduire un jour, à un moment imprévu par une formulation que reconnaîtront les généralistes : « Vous savez bien docteur… ». A son étonnement, le médecin généraliste est en effet censé savoir, puisqu'il s'est constitué dans leur appareil psychique, comme une partie essentielle d'eux-mêmes. (2)

Il est nécessaire de prendre conscience que le médecin joue un rôle essentiel par l'exercice de sa fonction de rassurance, car il peut toujours, quelle que soit la pathologie en cause, intervenir pour tenter de réguler les dysfonctionnements physiologiques et psychologiques du patient. Il est aussi, de par sa fonction si particulière, le plus apte à reconnaître en première instance ce qui se dissimule derrière ce qui lui est présenté comme symptôme ou comme souffrance. En ce sens il est un élément incontournable dans la vie de la cité ou la vie rurale. On se passe plus facilement de boulanger que de médecin généraliste.

Le comportement rassurant doit être planifié et délivré de la même façon que les autres actes médicaux. Le rassurement encourage l'espoir et grâce à la confiance retrouvée, améliore les relations entre le médecin et le malade, rendant la collaboration plus efficace.

Pour acquérir la capacité de rassurer les patients, le médecin doit connaître les facteurs qui déclenchent les réactions émotionnelles. Le médecin doit aussi connaître la personnalité du patient et l'opinion qu'il a de sa maladie. En bref, le médecin généraliste est une sorte d'homme orchestre qui, pour être efficace doit ajouter à la liste des ses missions quelques-unes des fonctions du psychologue.

Le médecin lui-même est, comme nous l'avons souligné ci-dessus, un élément important du rassurement. Un médecin à forte personnalité, sûr de lui, réputé pour sa compétence professionnelle et sa disponibilité, est sans aucun doute un médecin rassurant.

Et il est d'autant plus rassurant que ses rapports avec le patient sont étroits et amicaux. La preuve en est que chaque patient préfère « son médecin » à tous les autres, parce qu'il connaît déjà ses problèmes et en discute avec lui calmement et confidentiellement. Mais il ne faut pas confondre rassurement et psychothérapie, tout en sachant que le rassurement a d'éminentes vertus thérapeutiques.

Compte tenu du nombre de patients qu'un médecin voit quotidiennement, il lui est presque impossible de passer une seule journée sans blesser ou inquiéter un patient par le choix malencontreux d'un mot.

Si dans le domaine des spécialités hospitalières ou extrahospitalières, tenter de rassurer sans connaître ni comprendre la structure psychologique du patient est régulièrement voué à l'échec, rassurer en s'appuyant sur l'ensemble des éléments cliniques recueillis consciemment et inconsciemment est comme on peut le vérifier tous les jours, le propre du médecin traitant.

Lorsqu'un patient vient nous voir, il nous met d'emblée en « position haute ». Pour lui, le thérapeute est dépositaire d'une certaine connaissance, d'un certain savoir. Aux yeux du patient il est l'expert, celui qui détient la solution à son problème.

Il nous paraît important dans un premier temps d'accepter la position haute dans laquelle le patient nous met, et de reconnaître nos connaissances, nos compétences (ceci est plus rassurant pour le patient).

Mais nous devons utiliser cette position haute pour faire valoir la compétence du patient pour lui–même, mettre en avant ses capacités et ses ressources personnelles et l'amener à définir ses objectifs : le patient nous mandate pour l'aider, nous le mandatons pour nous aider à l'aider, le patient se retrouve alors en « position haute », acteur dans sa prise en charge. Si nous sommes experts en thérapie, le patient est expert pour sa thérapie.

Le patient a appris à reconnaître à son tour que le médecin traitant ne détient pas tous les savoirs, sans pour autant l'abandonner ni déprécier son rôle. Plus conscient des incertitudes de la médecine et de ses insuffisances, il est aussi plus maître de ses options. Il sait ce qui lui est utile, il s'est informé par lui-même grâce au recours aux médias : sites internet, magazines, émissions télévisées.

La dérive contemporaine de la surinformation génère un malaise dans le domaine des soins, malaise qui transparaît dans l'excès des examens complémentaires, l'accroissement du coût des soins, la dégradation des relations médecin-malade et les difficultés de l'enseignement médical.

L'annonce d'une maladie grave

Un homme prudent ne doit pas toucher à ceux qui ne peuvent guérir, de peur de passer pour le meurtrier de celui qui succombe

Celse

Tout médecin au cours de sa carrière sera amené à vivre cette situation. Il faut prendre en compte le patient et sa famille pour rendre cette information la moins traumatisante possible en ayant conscience qu'on ne peut jamais éliminer totalement cette composante traumatique.

La guérison est l'évolution qui satisfait, à la fois le patient et le médecin. Malheureusement, cette donnée évolutive n'est pas constante. Le passage à la chronicité d'une maladie et la mort font partie du quotidien du médecin. Cet aspect de la profession n'est pas le plus aisé, le plus agréable mais il apporte beaucoup en terme de relations humaines.

L'annonce du diagnostic d'une maladie au pronostic défavorable est un traumatisme psychologique indépendamment de toute souffrance physique. Par ailleurs, toute annonce implique l'idée d'un suivi qui doit être très soigneusement préparé. Le patient ne doit pas se sentir « abandonné ».

Pour l'annonce d'un cancer par exemple, le médecin doit prendre en compte la dimension personnelle, mais aussi sociale de la maladie, la détresse morale et la dignité du malade. Ces dispositions ne sont pas innées, mais nous sommes capables de les apprendre, de les intégrer dans notre métier.

L'objectif des soins palliatifs est de soulager pour sa part les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle d'un malade en fin de vie. L'acte de soigner exige un savoir-faire qui ne s'acquiert que dans le temps, par la répétition de l'exercice.

Pour les patients le moment de l'information est aussi décisif que le moment de l'intervention médicale ou chirurgicale. Les patients oublient rarement la façon dont on leur a adressé la parole quand il s'agit d'une annonce difficile, trente ans après ils se souviennent encore du jour où le médecin leur a dit « votre enfant est gravement handicapé ».

Le message doit de préférence être intelligible, clair, non ambigu. Le médecin n'a pas le droit de se tromper, car sa parole peut changer la vie du patient ; si pour un cancer par exemple, il dit que la chimiothérapie va lui sauver la vie, il ne peut pas en réalité en être sûr à 100%. Une ambigüité dans l'information serait-elle alors nécessaire ? C'est chaque fois un cas de conscience à résoudre.

Parfois le patient ne veut pas connaître les détails du pronostic de sa maladie, ou il ne demande rien, il préfère qu'on lui cache la vérité. Mais souvent les proches du malade demandent à être éclairés et exigent que l'on laisse - leur père, leur épouse, leur fils - dans l'ignorance, « pour le protéger », mais peut-être aussi pour se préserver eux-mêmes de la douleur de voir l'être cher souffrir psychologiquement si la vérité de son état lui est révélée.

Une étude de la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé) parue en 2006, indique qu'un quart des patients considèrent que l'annonce de leur maladie cancéreuse a été trop brutale.

Des nombreux patients quittent l'hôpital avec un diagnostic, sans connaître ses conséquences et la nature de la prise en charge correspondante. Malheureusement le médical et le paramédical n'ont pas toujours le temps de prendre les quelques minutes normalement indispensables pour informer et soutenir le patient. Ils sont le plus souvent accaparés par un travail technique ou administratif. C'est là où le médecin traitant a un rôle primordial à jouer. Il peut expliquer au patient la nature de sa maladie et les traitements qu'elle requiert. Mais pour cela il faut qu'il y ait une vraie transmission d'informations entre l'hôpital et le généraliste.

Quand son patient qu'il connaît en tant que personne, est atteint d'une maladie grave, le médecin est touché lui aussi en tant que personne et peut ressentir douloureusement sa relative impuissance.

Il ne peut pas s'impliquer aussi profondément avec tous les malades. Et pourtant, il doit s'investir auprès de chaque patient qu'il rencontre. Cela fait partie de sa formation d'apprendre à juger avec pertinence et nuances le niveau d'implication approprié à chacun de ceux qui demandent son aide.

Trouver les mots justes est parfois difficile. Ils doivent être adaptés à ce que le médecin perçoit de la structure psychologique du patient.

Il y a aussi des écueils à éviter :

- ne pas banaliser,
- ne pas s'engouffrer dans un déluge d'explications quand le patient dit d'emblée : « je peux supporter la vérité »
- ne pas se réfugier derrière l'alibi de la science en utilisant un langage incompréhensible
- et faire tout particulièrement attention aux mots utilisés, sachant qu'ils n'ont pas forcément le même sens pour le patient et le médecin
- ne pas comparer la situation du patient avec d'autres situations concernant d'autres patients
- ne pas laisser s'installer des silences gênants
- ne pas laisser le patient poser ses questions, celles dont il attend de vraies réponses
- ne pas tout dire au patient d'un seul trait

Chaque praticien va acquérir peu à peu son expérience et va ainsi trouver sa façon personnelle de parler au patient et à sa famille. Il n'y a pas de recette ni de protocole rigide en cette matière. Tout dire ou ne rien dire est tout aussi négatif. Il faut adapter la forme et le contenu des informations progressivement données au patient à ce qu'il est capable d'entendre.

Il faut vérifier ce que le patient a bien compris, donc, toujours lui poser la question suivante : « avez-vous encore une question à me poser. Je suis à votre disposition pour vous revoir dès que vous le souhaitez ».

Après l'annonce ou l'explication du médecin, celui-ci doit être capable d'accepter:

- que son message ne passe pas
- qu'il existe de la part du patient une possible réaction de révolte, voire un discours agressif
- que le patient demande un autre avis que celui de son médecin traitant.

Le médecin doit enfin, pour remplir pleinement son rôle :

- intégrer du mieux possible les mécanismes de défense du patient en les respectant et en tachant de ne pas s'en offusquer personnellement
- intégrer les repères culturels du patient pour produire à son endroit des réponses adaptées

Des transferts en médecine générale ?

Tous les soignants ont à composer avec
le transfert, qu'ils le veuillent ou non

Pouchain

Ce mécanisme fondamental en psychanalyse, est constant en médecine. Des patients s'attachent à leur médecin, voir le haïssent. Le plus souvent, ils attendent trop de lui : comment ne pas être flatté par cette situation ? Comment résister et ne pas en profiter ? Comment ne pas se sentir puissant ?

En fait, il semble que ces mécanismes de transfert, ou bien satisfont le médecin dans son orgueil, ou bien perturbent sa relation soignante : il n'est pas facile de contenter quelqu'un qui attend tout de vous.

L'intensité, la nature même du transfert dépendent de la personnalité du patient, mais aussi de celle du médecin : il est plus habituel d'analyser la personnalité du patient que celle du médecin.

Un tiers de l'activité professionnelle d'un médecin généraliste ne relève que d'une action psychothérapeutique (Balint).

Le concept de transfert se manifeste par des réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard de son médecin. En effet, dans le cadre de la relation médecin-malade des désirs inconscients sont actualisés et un certain nombre de désirs insatisfaits du patient vont se projeter sur la personne du médecin en ce qu'il représente – inconsciemment – un autre personnage.

Alors que le malade est sujet au transfert, le contre-transfert se définit comme les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le médecin vis-à-vis de son patient. Ce contre-transfert est très directement lié à la personnalité et à l'histoire personnelle du médecin.

Le plus souvent, le contre-transfert est positif, permettant une relation médecin-malade de qualité caractérisée par l'empathie du médecin et une action thérapeutique efficace. Une relation médecin-malade de qualité fait référence au fait que le médecin s'identifie au patient et comprend sa situation tout en étant capable de garder une certaine distance vis à vis de lui, distance requise par l'objectivité nécessaire à la prise de décisions thérapeutiques.

Un contre-transfert excessivement positif risque de conduire à une identification massive au malade et/ou à une perte d'objectivité dans les soins.

Ailleurs, un contre transfert négatif induisant l'agressivité et des frustrations excessives du malade peut être à l'origine d'échecs de la relation thérapeutique. Il en est de même pour une absence de contre-transfert qui peut conduire à une froideur excessive.

Certains soignants sont chaleureux, amicaux ; ils peuvent aller jusqu'à une attitude fusionnelle avec leurs patients, au risque de s'y perdre. D'autres apparaissent plus froids, plus distants ; ils donnent l'impression d'être observateurs plus qu'acteurs du soin. Ces diverses attitudes médicales constituent autant de modes de contre-transferts.

Les patients traités par un médecin « chaud », ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux traités par un médecin plus « froid ».

Une réflexion sur la « distance » dans la relation de soins devrait commencer le jour de la rentrée en faculté, et se poursuivre tout au long de l'exercice professionnel. Ces notions de transfert et de contre transfert, si elles sont plutôt bien admises, sont également considérées comme plus difficiles à aborder que la notion apparemment plus simple de « communication ». (96)

LA MÉDECINE GÉNÉRALE D'ICI ET D'AILLEURS

Au Canada

Les études en médecine au Canada diffèrent selon les provinces et durent généralement au moins 6 ans. Les deux premières années sont consacrées à l'enseignement théorique et les quatre suivantes à des stages (période appelée *externat* au Québec). Après ces quatre années d'université, qui confèrent le diplôme de docteur en médecine (M. D.), le candidat doit compléter une résidence en milieu hospitalier, soit en médecine générale (2 ans), soit en médecine spécialisée (4 ans ou plus). Le candidat doit avoir complété sa résidence avant de pouvoir pratiquer la médecine.

Université de Montréal (10) – extraits du programme de formation pour les jeunes médecins généralistes, juin 2008 :

Les résidents canadiens sont affectés à une UMF (Unité de Médecine Familiale) dès leur nomination au résidanat. Ils y mèneront leur formation en médecine familiale pendant les deux années du cursus canadien de troisième cycle universitaire de médecine générale. Cette formation est émaillée de courts stages hors UMF : en services hospitaliers, en hôpitaux périphériques, en cabinet de soins privés. Et cela dans le but d'y acquérir des compétences bien définies et utiles à la médecine de famille. (84)

L'unité de médecine familiale (UMF) est une clinique de médecine familiale dédiée prioritairement à la formation des résidents en médecine familiale dans un contexte de soins de première ligne et à la recherche dans cette discipline. Elle contribue aussi à la formation d'étudiant(e)s en médecine et dans les autres disciplines de la santé. En plus de sa vocation d'enseignement et de recherche, elle offre des soins et services médicaux à une clientèle définie et variée et participe au développement de la discipline professionnelle.

Pour atteindre ses objectifs, l'UMF possède les caractéristiques suivantes :

- Une équipe de médecins de famille dont la pratique principale se fait à l'intérieur de l'UMF et qui s'engage à former et à encadrer les résidents dans leurs stages ;
- Une installation se rapprochant le plus possible d'une pratique en milieu communautaire;
- Une clientèle assez large pour offrir au résident une exposition clinique à des patients de tous âges et de milieux sociaux différents et à des situations cliniques variées facilitant l'atteinte de tous les objectifs du programme;

- Une équipe de professionnels de la santé (travailleur social et/ou psychologue, personnel infirmier, pharmacien) qui, en plus de leur travail clinique, s'investiront dans l'enseignement.

Première année :

Le programme de la *première* des deux années comporte une période globale en médecine familiale et une série de roulements en hôpital :

- Médecine familiale 16 semaines
- Médecine familiale en milieu rural 4 semaines
- Pédiatrie 8 semaines
- Orthopédie-plastie 4 semaines
- Urgences 4 semaines
- Obstétrique et gynécologie 4 semaines
- Santé mentale 4 semaines

Ces stages offrent une exposition clinique à diverses spécialités, axées principalement sur l'acquisition dans les domaines cognitifs, afin de familiariser le résident aux différents problèmes cliniques.

Deuxième année :

Le programme de *deuxième* année reflète une orientation pédagogique axée davantage sur l'expérience clinique, la relation patient-médecin, la continuité des soins (le plus possible avec une population donnée, qui serait la même qu'en première année). L'organisation du temps et de la pratique sera un élément important qui mettra le résident davantage en situation de professionnel autonome. Le programme de deuxième année se veut plus individualisé aux besoins perçus de résident:

- Médecine familiale 16 semaines
- Médecine familiale en milieu rural 4 semaines
- Médecine interne 4 semaines
- Pédiatrie 4 semaines
- Urgences 4 semaines
- Obstétrique et gynécologie 4 semaines
- Stage électif 12 semaines - Il est constitué de stages électifs à base longitudinale, (anesthésiologie, chirurgie, dermatologie, médecine interne, médecine sportive,

> neurologie adulte et infantile, obstétrique, radiologie, soins intensifs, soins palliatifs, urologie). Le résident a donc la possibilité d'aller chercher les connaissances qui lui manquent dans les domaines qui l'intéressent. (116)

Tout au cours des deux années de résidence, un programme de séminaires avec une orientation spécifique à la médecine familiale, sous la coordination d'un précepteur sera offert. Ces sessions auront lieu tous les deux vendredis durant les deux années. La participation et la présence des résidents sont essentielles. Une participation minimale de 75% aux séances est exigée pour réussir le programme de résidence.

La majorité des sessions seront données à l'hôpital en français. Les résidents sont responsables de leur organisation avec l'aide d'un patron. Le résident devra aussi faire l'animation de certaines conférences sous le parrainage des spécialistes.
Un groupe Balint est aussi organisé tous les mois.

Les programmes de compétences avancés :

En plus de la formation en médecine familiale, le programme de résidence de médecine familiale offre des formations complémentaires d'une durée d'une année en :

Soins d'urgence

Soins aux personnes âgées

Soins palliatifs

Ces programmes s'adressent aux médecins qui, ayant terminé leur formation en médecine familiale, désirent parfaire leurs compétences et développer des habiletés d'enseignement, de recherche et de gestion dans l'un de ces trois domaines.

Parmi les séminaires proposés:

<u>Pathologies du système psychique des adolescents:</u>

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes psychiatriques rencontrés en médecine de première ligne se manifestant par: troubles anxieux, de l'humeur et du comportement.

Problèmes spécifiques à l'adolescence:

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les principaux problèmes survenant à l'adolescence : troubles de l'humeur et suicide, troubles alimentaires, troubles du comportement et toxicomanie, somatisations

Pathologies du système psychique chez les personnes âgées:

Reconnaître, évaluer, traiter ou référer au besoin les problèmes suivants: troubles de l'humeur et problèmes de sommeil

Compétences en santé mentale :

- Les syndromes spécifiques

- Reconnaître, évaluer, traiter et référer au besoin les principales pathologies psychiatriques :
  - La maladie fonctionnelle et les troubles somatoformes
  - Les troubles de l'humeur
  - Les troubles anxieux
  - Les troubles de l'adaptation
  - Les troubles de la personnalité
  - Les problèmes familiaux et conjugaux
  - Les troubles du sommeil
- Évaluer et traiter les problématiques suivantes :
  - Le patient présentant un risque suicidaire
  - Le patient agité ou agressif

- Les approches thérapeutiques

- Thérapie non pharmacologique

Maîtriser les principes de base d'interventions psychothérapeutiques adaptés et appliqués à la médecine familiale.

- Thérapie pharmacologique

Connaître la pharmacodynamique et prescrire judicieusement les médicaments des classes suivantes : anxiolytiques, antidépresseurs, antipsychotiques, stabilisateurs de l'humeur

L'encadrement pédagogique :

Dès le début de la résidence et tout au long de ses deux années de formation, chaque résident du programme de médecine familiale dispose d'un tuteur. Ce tuteur est responsable d'assurer l'encadrement de son cheminement, tant pédagogique que professionnel. Il accueille le résident, s'enquiert de ses attentes, de ses intérêts, discute des objectifs d'apprentissage du programme, l'informe des attentes du programme et de l'UMF, peut lui transmettre ses évaluations et s'assure de la mise en place et du suivi des moyens nécessaires à sa progression. Il joue donc, auprès du résident, le rôle d'un conseiller pédagogique. Les fonctions du tuteur s'exercent au cours de rencontres planifiées entre lui et le résident tout au long de la formation.

En Suisse

La formation des médecins généralistes en Suisse souffre de plusieurs défauts structurels qui s'ajoutent à un manque de prestige tant parmi les médecins en formation que dans les services hospitaliers. Force est de constater que la durée de ces «formations» post graduées devient de plus en plus longue, de sept à dix ans, voire plus ! Cette différence entre la durée de formation réglementaire et celle accomplie réellement inquiète les autorités. (12)

Depuis 2004, le cursus des études de médecine à Lausanne est engagé dans un processus de réforme qui vise à promouvoir un enseignement plus centré sur le patient et sur les besoins de la communauté.

L'enseignement y est organisé en modules thématiques dotés de crédits.

Ainsi le cursus réformé comprend 3 niveaux :

- le Bachelor
- le Master
- le Doctorat qui n'est pas obligatoire sauf pour les étudiants qui envisagent une carrière académique.

Le Bachelor correspond aux trois premières années d'études ou années propédeutiques: 1ère année ou baccalauréat universitaire en médecine BMed1, 2ème année ou baccalauréat universitaire en médecine BMed2, et 3ème année ou baccalauréat universitaire en médecine BMed3. Le Master comprend la 4ème année ou MMed1 pour 1ère année de maîtrise universitaire en médecine, la 5ème année actuelle année de stage et future MMed2 et la 6ème année qui deviendra l'année de stage à partir de la rentrée 2009-2010. A la fin de ces six années d'études, les étudiants se présentent à l'examen final qui leur permet d'obtenir le diplôme fédéral de médecin. Ce diplôme leur donne l'autorisation d'exercer sous la responsabilité d'un médecin ayant validé la formation FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum ou Fédération des médecins suisses). Pour pouvoir exercer en libéral, ils doivent poursuivre leur formation post-graduée qui se déroule essentiellement à l'hôpital.

La formation post-graduée dure 5 ans minimum et ne dépend pas de la faculté de médecine, elle est régie par la Fédération des médecins suisses. Il n'y a pas d'examen qui détermine le choix de la filière post graduée.

La FMH décerne les titres aux médecins qui, après l'obtention du diplôme fédéral, ont suivi avec succès pendant 10 à 12 semestres la formation requise pour pratiquer une spécialité. Une thèse de doctorat n'est pas nécessaire pour obtenir le titre de FMH. (87)

La conception qui prévaut actuellement en médecine générale est la suivante :

- trois ans de médecine interne (un an en périphérie, un an en service universitaire, un an en policlinique) ;
- un an de chirurgie (pathologies chirurgicales, urgences, «petite» chirurgie) ;
- un an de psychiatrie (abord psycho-dynamique et psychothérapeutique, relation médecin-malade, apprentissage du travail avec le temps) ;
- six mois au minimum d'assistanat au cabinet médical ;
- six mois d'ORL (Oto-rhino-laryngologie)
- six mois de dermatologie ; mais aussi éventuellement, parfois nécessairement, six mois de gynécologie, d'alcoologie et dépendances ;
- un an absolument effectué en gériatrie, réadaptation et soins palliatifs et encore peut-être six mois ou un an en pédiatrie...

D'une certaine manière, ces «formations» longues et difficiles sont justifiées puisqu'il s'agit de devenir «médecin au long cours», destiné entre autres, à accompagner le patient et à lui servir de guide et de garant de la pertinence et de l'adéquation des soins qui lui sont proposés.

Durée moyenne de la formation post graduée :

- **Médecine générale 8 ans**
- Médecine interne 8 ans
- Pédiatrie 8 ans
- Orthopédie 9 ans
- Chirurgie générale 8 ans et 6 mois
- Psychiatrie et psychothérapie 8 ans et 5 mois

En réalité la formation post graduée des médecins généralistes suisses dure plus longtemps avec une moyenne de 7 à 10 ans (39). Les médecins assistants mettent plus de temps à valider les objectifs FMH par manque de places de formation dans certaines spécialités (ORL, traumatologie, gynécologie ou pédiatrie) ou en cabinet. (87)

En Allemagne

Le cursus de formation comporte un enseignement médical général et une formation hospitalière. La durée minimale est de 6 ans et 3 mois, le cursus se termine par l'*"Approbation"*

La première moitié de la « *ärztliche Prüfung* » (formation médicale) est pré-clinique et a une durée de 2 ans.

La deuxième moitié de la « *ärztliche Prüfung* » comporte 4 années de formation, avec un examen final au bout, l' « *Approbation* » qui permet à l'étudiant de s'établir professionnellement en tant que médecin.

Ensuite il est possible de poursuivre la formation en médecine générale ou de choisir une spécialisation. Pour chaque spécialité, chaque *Land* définit la « *Weiterbildungsordung»* : la durée des études d'une spécialisation donnée et les contenus. Les différences d'un *Land* à l'autre ne sont cependant pas très importantes.

Durée moyenne de l'internat :

- **Médecine générale („Allgemeinmedizin") : 5 ans**
- Anesthésie („Anästhesiologie") : 5 ans
- Ophthalmologie („Augenheilkunde"): 5 ans
- Gynécologie („Frauenheilkunde und Geburtshilfe"): 5 ans
- ORL („HNO") : 5 ans
- Dermatologie : 5 ans
- Médecine interne („Innere") : 5 ans
- Pédiatrie („Kinderheilkunde") : 5 ans
- Neurologie : 5 ans
- Orthopédie : 6 ans
- Psychiatrie : 5 ans

Certaines universités mettent l'accent sur la formation pratique, afin de rapprocher la théorie de la pratique dans les études de médecine. Les universités proposent alors plus de modules pratiques au cours de la formation.

En ce qui concerne la formation spécialisée en Médecine Générale, l'enseignement se répartit de la manière suivante (exemple dans la région du Bade-Wurtemberg) :

- 3 ans de médecine interne dans des services hospitaliers
- 2 ans de médecine ambulatoire dont 6 mois pour acquérir les techniques de la petite chirurgie
- **80 heures de formation obligatoire en médecine psychosomatique**

Au terme de ce parcours le jeune médecin devra avoir acquis les compétences suivantes :

- intégration des soins médicaux, psychologiques et sociaux
- détection et traitement coordonné des troubles du comportement dans l'enfance et l'adolescence
- traitement des patients multi morbides
- traitement des patients selon leur milieu familial et leur environnement social
- évaluation et traitement des troubles secondaires au milieu professionnel

Il faut également préciser qu'une large place est réservée au domaine de la psychologie médicale en Allemagne avec :

1) Un diplôme d'études spécialisées en médecine psychosomatique et psychothérapie

Ce dernier a pour objectif l'intégration des facteurs psychosociaux et psychosomatiques dans la genèse de certaines maladies avec une place importante réservée aux interactions médecin-malade. La durée de l'enseignement est de 4 années avec :

- un an en service de psychiatrie dont 6 mois de pédopsychiatrie
- un an en médecine interne et médecine générale
- deux ans de médecine ambulatoire

2) Une formation complémentaire optionnelle en psychanalyse

Elle est réservée aux médecins déjà spécialisés en psychiatrie ou en médecine psychosomatique et psychothérapie, ou dans un autre domaine des soins directs aux patients (médecine de proximité).

La formation est continue et propose l'acquisition de connaissances, d'expériences et de compétences dans la formation à l'analyse avec :

- 250 leçons individuelles d'au moins 3 heures
- 240 heures de formation théorique en séminaire (psychologie du développement, théorie de la personnalité, théorie du rêve,...)
- 600 heures de cours documentés sur le traitement psychanalytique
- une aide aux diagnostics différentiels et considérations relatives à la délimitation des psychoses, névroses et autres troubles mentaux (25)

En Roumanie

La formation pour la médecine générale dure au total neuf ans : trois ans pour le premier cycle, trois ans pour le deuxième cycle et enfin trois années d'internat après un concours national avec un nombre de places limitées (inférieures au nombre d'étudiants ayant validé le deuxième cycle).

Les stages obligatoires :

- Médecine de famille 6 mois (première et deuxième année)
- Médecine interne 4 mois
- Pédiatrie 4 ½ mois
- Chirurgie générale 2 mois
- Obstétrique-gynécologie 2 mois
- Oncologie 2 mois
- Maladies infectieuses 1 mois
- Psychiatrie 1 mois
- Dermatovénérologie 1 mois
- Neurologie 1 mois
- Diabète 1 mois
- Management sanitaire 1 mois
- Bioéthique ½ mois
- Médecine de famille 9 mois (troisième année)

Les internes ont l'obligation de présenter à leurs collègues un cas clinique et une présentation théorique d'une pathologie rencontrée dans leur pratique, tous les ans. Ces présentations sont suivies de discussions et sont notées par une commission de professeurs universitaires.

Leur formation comprend des cours obligatoires, des séminaires et présentation de cas cliniques, également obligatoires en dehors des stages.

Parmi les cours obligatoires (3 heures) :

- Les possibilités et les limites de la médecine de famille
- Relation médecin – malade
- Les droits des patients

- L'état de santé d'une personne
- Les particularités de la consultation en médecine de famille
- Les particularités du diagnostique en médecine de famille
- La visite à domicile et ses particularités
- L'influence de la famille sur l'état de santé du patient
- Le rôle du médecin de famille dans la santé de la famille
- La relation du médecin de famille avec les autres spécialités

Parmi les séminaires obligatoires :

- Consultation de psychiatrie
- L'attitude du généraliste devant une anxiété
- L'attitude du généraliste devant une asthénie
- L'attitude du généraliste devant une dépression
- L'attitude du généraliste devant une céphalée
- L'attitude du généraliste devant une confusion
- L'attitude du généraliste devant une dyspnée
- L'attitude du généraliste devant des palpitations
- Réaliser des synthèses diagnostiques et thérapeutiques (2 séminaires)

Le stage de psychiatrie :

Parmi les objectifs théoriques :

- Normalité, anormalité et maladie psychique
- Troubles psychopathologiques corrélés aux maladies somatiques
- Réactions psychopathologiques
- Neurasthénie et troubles de somatisation
- Troubles psychopathologiques de l'alimentation, sommeil et sexualité
- Anxiété et attaques de panique
- Dépression
- Personnalité particulière et pathologique

Parmi les objectifs pratiques :

- Examiner le patient et la perspective psychopathologique (observer l'expressivité et le comportement, le dialogue)

- Interview et questionnaire semi structurés et structurés de la psychopathologie générale
- Anamnèse biographique. L'entretien du dossier de psychiatrie
- Echelle d'évaluation quantitative de l'anxiété et de la dépression
- Echelle d'évaluation comportementale pour les déficiences et déséquilibres comportementaux et psychiques. Le problème de l'évaluation du handicap psychique dans la perspective de la réalisation du rôle social
- L'évaluation du rapport social et son rôle dans l'évolution des troubles psychiques
- L'évaluation des interactions intrafamiliales chez un malade psychiatrique
- L'évaluation du risque suicidaire
- Modalité d'intervention dans les situations de crise psychologique
- Techniques de psychothérapie

Le stage de bioéthique :

Parmi les cours de 2 heures :

*Concept de santé, maladie, souffrance par l'intermédiaire de la bioéthique
- Définition du concept de santé, maladie, souffrance
- Concept de santé, maladie, souffrance dans le contexte de l'évolution de la médecine
- Le rôle des croyances et valeurs personnelles ou du groupe dans la compréhension de la santé, de la maladie, de la souffrance (perceptions en fonction de la religion)

*La relation médecin – malade (2 cours)
- Valeurs de la relation médecin – malade
- Paternalisme versus autonomie
- Modèles de relation médecin – malade
- L'accès des patients aux soins médicaux
- La confidentialité dans la relation médecin – malade
- La relation médecin – enfant

*Erreurs et culpabilité dans la pratique médicale
- Définition de l'erreur et culpabilité
- Culpabilité médicale : définition, forme, implication juridique et déontologique
- Le management de l'erreur et de la culpabilité médicale dans la pratique médicale

Parmi les séminaires :

*Les valeurs éthiques de la relation médecin – malade par cas pratiques (2 cours)

- La valeur et les limites du consentement éclairé dans la pratique médicale de tous les jours
- La valeur et les limites de la confidentialité dans la pratique médicale de tous les jours
- Le rôle de la communication dans la relation médecin – malade
- L'accès aux soins : cas clinique
- Les droits des patients : réglementation législative

*Exemples des notions d'erreur et de culpabilité en médecine par cas cliniques

- Délimitation du cadre de la notion de mal praxis
- L'erreur médicale dans la perspective du mal praxis
- Perspective déontologique sur l'erreur médicale

Chaque stage a ses propres cours, séminaires et objectifs pratiques et théoriques.

Notons aussi qu'il existe une formation dans ce sens pendant l'externat, comprenant un stage obligatoire de 3 semaines en psychiatrie avec une dizaine de cours ainsi qu'un stage optionnel de bioéthique médicale et de psychologie. (80)

En Italie

Le décret-loi 277/03 prévoit que le diplôme est obtenu après un cours de formation spécifique en médecine générale pour une période de trois ans, après la validation du deuxième cycle des études médicales.

La formation spécifique en médecine générale prévoit un total d'au moins 4800 heures dont 1/3 pour des séminaires d'enseignement et les 2/3, pour des activités pratiques d'apprentissage. (108)

Les stages :

- Médecine ambulatoire 12 mois
- Unité sanitaire locale 6 mois
- Chirurgie générale 3 mois
- Urgences 3 mois
- Médecine clinique et de laboratoire 6 mois
- Département mère-enfant 4 mois
- Obstétrique et gynécologie 2 mois

Parmi les séminaires obligatoires (8h/j) :

- Les conclusions et les problèmes de diagnostic
- La communication en médecine générale
- Le conseil en médecine générale
- Information et consentement en médecine générale
- Les conseils par téléphone en médecine générale
- L'opportunité en médecine générale
- Collecte de données en médecine générale
- L'éthique de la vie
- Médecine générale et les patients déprimés
- Troubles sans explication organique
- Relationnel : approche de la personne
- La recette, les outils de la médecine générale (règlement de bonnes recettes)
- L’influence en médecine générale
- Prévisibilité : constatations et diagnostic

- Médecine générale et les patients anxieux
- Les urgences psychiatriques en médecine générale
- Les problèmes des adolescents
- Le patient avec inquiétude
- Le médecin-patient
- La relation médecin-patient
- L'entretien motivationnel (56)

Les heures de pratique ont lieu dans les cliniques universitaires ou des hôpitaux publics et les hôpitaux locaux, selon le programme suivant:

- Clinique et de laboratoire
- Chirurgie générale
- Mère et enfant
- Obstétrique et de gynécologie
- Secourisme d'urgence

  Pratique au cabinet du médecin généraliste

  Activités avec les structures locales (59)

Au Luxembourg

La formation spécifique en médecine générale à temps plein a une durée totale de trois ans (après avoir validé le premier et le deuxième cycle des études médicales de trois ans chacun) et comprend :

- une partie théorique
- une partie en milieu hospitalier
- une partie pratique au cabinet médical

Les enseignements théoriques sont complétés par des séminaires de pratique accompagnée où sont présentés des cas cliniques comprenant :

- les aspects cliniques, psychologiques et éthiques de la maladie
- des discussions des relations maître de stage / patient / médecin en voie de formation spécifique
- une recherche critique de littérature médicale

La partie théorique comprend 250 heures de formation reparties sur les années de la formation spécifique. La présence aux cours est obligatoire pour 80 % des cours.

La formation pratique comporte une participation personnelle du candidat à l'activité professionnelle et aux responsabilités des personnes avec lesquelles il travaille.

La formation pratique en milieu hospitalier est de six mois au minimum. Cette formation pratique consiste essentiellement dans l'accomplissement de périodes de stage d'une durée minimale de trois mois, sans dépasser une durée de six mois dans la même branche.

Le contenu du stage doit être utile à la pratique de la médecine générale. La durée de la formation au cabinet médical est d'au moins 12 mois.

Cette formation consiste essentiellement dans l'accomplissement de périodes de stage d'une durée minimale de trois mois auprès du même maître de stage. Les périodes de stage doivent être accomplies auprès de minimum deux maîtres de stage agréés. (114)

Parmi les séminaires proposés :

Rôle et fonction du médecin généraliste 8 heures
Maladies psychosomatiques et troubles fonctionnels 12 heures
Relation médecin-malade / Communication en médecine générale 12 heures
Ethique en médecine générale 3 heures
Le patient démuni 2 heures
Pathologies psychiatriques en médecine générale / Les psychothérapies 19 heures
Le patient difficile 2 heures
Le cas banal et ce qu'il peut cacher 2 heures
Santé et maladie dans la perspective du patient 3 heures
Aspects pluriculturels en médecine générale 3 heures

Aux Etats Unis

L'internat en médecine générale dure 3 ans après avoir validé le premier et le deuxième cycle.

Le programme des stages (60):

Première année :

4 semaines Centre de médecine de famille
4 semaines Service des urgences
12 semaines Médecine interne
8 semaines Maternité
12 semaines Pédiatrie
4 semaines Chirurgie

Deuxième année :

2 semaines Anesthésie
2 semaines Médecine comportementale
4 semaines Cardiologie
4 semaines Dermatologie
4 semaines Soins intensifs
8 semaines Médecine interne
4 semaines Service des urgences de nuit
4 semaines Orthopédie (dont 2 semaines en Médecine de sport)
8 semaines Pédiatrie
4 semaines Médecine de famille rurale
4 semaines au choix : Maternité, Urgences, Pédiatrie ou Médecine de famille

Troisième année :

2 semaines ORL
10 semaines, stage au choix
4 semaines Service des urgences de nuit
4 semaines Médecine d'urgence rurale
12 semaines Médecine de famille
4 semaines Gynécologie
4 semaines Ophtalmologie

4 semaines Orthopédie (2 semaines Médecine du sport et 2 semaines Rhumatologie)
2 semaines Médecine de réadaptation
2 semaines Gestion pratique du cabinet
4 semaines au choix : Maternité, Urgences, Pédiatrie ou Médecine de famille
2 semaines Urologie

Programme longitudinal :
Première année :

- 4 à 8 heures par semaine - Centre de médecine de famille
- hebdomadaire - Médecine comportementale
- tous les soirs - cours
- une fois par mois – gestion du cabinet

Deuxième année :

- 12 à 16 heures par semaine – Centre de médecine de famille
- hebdomadaire - Médecine comportementale
- tous les soirs - cours
- une fois par mois – gestion du cabinet
- mensuel – Gériatrie (visite et soins à domicile)

Troisième année :

- 16 à 20 heures par semaine - Centre de médecine de famille
- hebdomadaire - Médecine comportementale
- tous les soirs - cours
- une fois par mois – gestion du cabinet
- mensuel – Gériatrie (visite et soins à domicile)

Le programme des cours est réalisé par les internes en collaboration aves les enseignants en fonction des points d'intérêts et des difficultés rencontrées. Tous les jeudis après-midi les internes de deuxième et troisième année se retrouvent en groupe Balint pour traiter des questions de personnalité et comportement des patients en médecine de famille. Tous les mois les internes de deuxième et troisième année vont visiter des centres pour les patients HIV. (62).

Tous les vendredis les internes de première et deuxième année, par groupes de 15 ou de 20, se retrouvent pour réaliser une lecture critique d'articles (une heure de cours, une heure d'analyse d'articles, une heure de questionnement sur des problèmes rencontrés pendant le stage). (63)

Au Royaume-Uni

Les études de médecine durent entre 9 et 15 ans. Après 5 ans en Université, on devient Docteur en médecine. Pour exercer il faut effectuer deux ans en tant qu'interne afin de devenir « fully registered », puis 3 à 8 ans de "postgraduate training" selon que l'on veut devenir généraliste ou spécialiste. (31)

Pour être « fully registred », il est indispensable d'effectuer 24 mois de travail d'interne en hôpital (appelé F1, anciennement PRHO : pre registration house officer, puis F2). Après F1 et F2, il faut effectuer 3 ans pour la médecine générale.

Les postes dépendent de la carrière que l'on souhaite poursuivre. Par exemple si l'on veut devenir généraliste, il est recommandé de travailler aux urgences, en psychiatrie et en pédiatrie pendant l'année de F2.

Pour devenir Généraliste : GP (General pratitionner) registrar (médecin généraliste en formation), en général 3 ans après F1 et F2 suffisent. Mais il faut également trouver un travail « d'assistant généraliste » appelé GP registrar. Pendant que l'on travaille comme GP registrar, on passe les examens pour devenir généraliste. Ils consistent en un examen théorique et de nombreux autres examens pratiques (consultation filmée, entretiens, ...). Un médecin généraliste qualifié s'appelle un GP principal.

Les stages se déroulent avec deux ans d'exercice des différentes spécialités à l'hôpital et un an de pratique au cabinet du médecin généraliste. (64)

Stages obligatoires:

- 6 mois en psychiatrie ou pédiatrie
- 3 mois en gériatrie
- 6 mois en gynécologie-obstétrique ou service des urgences
- 9 mois en médecine générale hospitalière
- 12 mois au cabinet du généraliste (35), (46), (40)

Parmi les cours d'une demi-journée :

- La première consultation
- Ethique en médecine générale
- Consultations après le programme
- Les peurs et les espérances des patients
- Le patient avec des maladies mentales
- Respecter l'autonomie du patient dans la relation médecin-malade
- Mieux communiquer pour entrevoir les objectifs prioritaires du patient
- Savoir gérer plusieurs plaintes lors de la même consultation
- Savoir « négocier » avec le patient (37), (44), (83)

La médecine générale en France

Les étudiants sont largement informés des détresses respiratoires, de l'ictère du nouveau-né, de l'infection néonatale, mais ces problèmes ne se posent quasiment jamais au médecin généraliste qui, lui, voit beaucoup d'infections ORL à répétition ou des gastroentérites banales auxquelles l'enseignement ne consacre que quelques minutes.

Les collagénoses et autres connectivites nous sont décrites en long et en large, mais les épicondylites, les tendinites banales, comment les reconnaître et les traiter ?

La médecine générale est enseignée quasi exclusivement en milieu hospitalo-universitaire. Certes le mode de réflexion utilisé par les grands services de CHU est certainement indispensable pour la formation du futur généraliste.

La plupart des situations courantes de médecine générale ne sont pratiquement pas rencontrés dans les hôpitaux. Quand à la polypathologie si fréquente chez les personnes âgées et en pratique de ville, elle ne se rencontre que dans certains services de médecine interne et de gériatrie

L'objectif essentiel du DES (diplôme d'études spécialisées) est d'amener l'interne à acquérir les compétences générales nécessaires à la pratique de la discipline (faculté de médecine d'Angers) (79):

- Résoudre un problème de santé indifférencié en contexte de soins primaires.
- Prendre une décision adaptée en situation d'urgence ou en contexte d'incertitude.
- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale.
- Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage.
- Eduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé.
- Assurer la continuité et le suivi des soins.
- Entreprendre des actions de santé publique.
- Travailler en équipes, en réseau dans les situations complexes, coordonner les soins.
- Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques.
- Assurer la gestion humaine, administrative, financière et structurelle de l'entreprise médicale.
- Réfléchir à ses actions professionnelles, évaluer sa pratique, organiser sa formation professionnelle, participer à des travaux de recherche en médecine générale.

Etonnamment, parmi ces objectifs qui sont à peu de choses près les mêmes pour toutes les facultés de médecine en France, je n'en ai trouvé que peu abordant la problématique de la compréhension du patient avec des plaintes souvent multiples, et pour lesquelles nous ne disposons que de la durée d'une simple consultation pour faire la part des choses. On ne nous parle pas non plus de la nécessité de connaître les histoires personnelles de nos patients afin d'intégrer leurs plaintes dans leur mode de vie. C'est ainsi que l'on entend souvent quand on remplace, de la bouche de certains patients, avec une note certaine de lassitude: « ..... ah, je ne vais pas recommencer toute l'histoire...., je reviendrai quand le docteur sera rentré de vacances.... »

En France, après avoir validé le premier cycle (2 ans) et le deuxième cycle (4 ans), les étudiants passent un concours national intitulé « Examen National Classant » qui va déterminer la spécialité qu'ils seront amenés à exercer. S'ils se décident pour le DES de médecine générale, la formation dure trois années et comprend une formation théorique et pratique dispensée à temps plein qui se répartit de la manière suivante :

Trois semestres devront obligatoirement être effectués dans des services agréés pour la médecine générale :

- un en médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie de court séjour ;
- un en gynécologie et pédiatrie ;
- un en médecine d'urgence.

Le stage obligatoire d'un semestre auprès de praticiens généralistes agréés doit être effectué dans un cabinet de médecine générale pendant une période minimale de quatre mois, et éventuellement pour partie dans un dispensaire, un service de protection maternelle et infantile, un service de santé scolaire, un centre de santé ou tout autre centre agréé dans lequel des médecins généralistes dispensent des soins primaires, à l'exclusion des services hospitaliers.

Deux semestres libres sont laissés au choix des résidents en accord avec le directeur du département de médecine générale de l'unité de formation et de recherche médicale. Ils sont effectués dans des lieux de stage agréés pour la médecine générale. L'un d'eux se fait préférentiellement en secteur ambulatoire.

Dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés pendant les stages effectués dans

des services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des résidents et habilités pour cette formation. La durée cumulée de ces stages habilités est de six mois.

Les facultés de médecine en France ont main libre sur le choix de la formation théorique, tout en respectant les grands objectifs de la médecine générale. Cependant, toutes ne réservent pas la même place concernant la formation à la psychothérapie et aux maladies psychosomatiques de plus en plus nombreuses en consultation de ville. C'est probablement ces différences qui permettent de mieux comprendre le ressenti des étudiants à la fin de leur formation mais surtout d'expliquer pourquoi un grand nombre d'entre eux se sentent démunis dans certaines situations difficiles à gérer au cabinet lorsque l'on est jeune médecin. Comme nous le verrons, c'est ce sentiment qui ressort le plus au vu du sondage réalisé dans ce travail.

A titre informatif et de comparaison, voici ici de manière non exhaustive quelques exemples de formation enseignées dans ce domaine par certaines facultés françaises. Le but n'est pas de transformer l'étudiant en psychothérapeute mais bien d'apporter au futur généraliste de nouvelles cartes en main pour une meilleure prise en charge psychologique de ces patients.

Faculté de médecine de Clermont Ferrand (7)

L'enseignement est organisé par module de 2 heures et 15 minutes

- Chaque thème comporte de 2 à 10 modules
- L'enseignement est dispensé sous forme d'enseignements dirigés et de groupes d'entraînement et d'analyse de situations professionnelles (GEASP) à partir de la promotion des internes.

Parmi les thèmes proposés :

*Communication **:**

La relation patient-médecin

- Les bases de la communication : le langage verbal, le langage non-verbal, la proxémique, le rétro contrôle et les interactions.

- L'entretien non médical: l'écoute active, la reformulation, le langage approprié ou congruence, la négociation, l'attitude empathique, les silences, les postures.
- Les spécificités de la relation patient/médecin.

Les objectifs de l'entretien patient-médecin:

- Créer un lien avec le patient pour repérer le ou les problèmes de santé motivant la demande consciente ou inconsciente.
- Recueil des représentations, des savoirs, des croyances, de la motivation, établir un contrat de soins avec un objectif adapté.
- Etablir une relation qui ouvre sur « l'entretien thérapeutique ».
- L'éducation thérapeutique centrée sur le patient.

Les objectifs pédagogiques de la formation :

- Maîtriser ses méthodes d'entretien au quotidien : reformulation, renforcement positif, résumé, recherche du contexte, feed back, empathie…
- S'adapter à des situations particulières :
  - La conduite d'un entretien quelque soit le contexte d'exercice : les contextes ambivalents, les notions d'affects et gestion d'émotions, les transferts
  - Faire face à une demande abusive, savoir dire non, faire face à un patient opposant, violent, gérer une consultation à trois (couple, tiers, adolescent)
  - Annoncer une mauvaise nouvelle, accompagner un patient en deuil.
- Communiquer entre acteurs de santé,
  - Communiquer avec les confrères,
  - La communication dans un réseau, une équipe de soins,
  - Dynamique de groupe (groupe de pairs), gestion de ressources humaines et travail en réseau.

*Psychiatrie et addiction

- Anxiété, Dépression, troubles du sommeil, troubles bipolaires,
- Crise suicidaire (évaluation du risque) alcoologie aiguë, bouffée délirante, état d'agitation, crise anxieuse ou attaque de panique,
- Stratégie face aux addictions, le « Profil addict »
- Tabacologie,
- Thérapies brèves, cognitivo comportementales, entretien motivationnel
- Cannabis et substituts aux opiacés

*L'enfant

- Pédopsychiatrie en médecine générale

*Pathologies courantes

- Education thérapeutique

*Médecin, acteur de santé

- La consultation et les fonctions de la Médecine générale,
- La prescription,
- Les actions de santé publique,
- La précarité, l'accès aux soins,
- La santé des migrants.

Faculté de médecine de Lyon (8)

Parmi les objectifs du stage chez le praticien :

- Mise en situation de l'interne avec la pratique ambulatoire qui répond au premier recours, au suivi, à la coordination des soins des patients qui viennent consulter.
- Prise en compte de la dimension d'acteur de santé publique du médecin dans ses actions de prévention, d'éducation sanitaire et de dépistage.
- Confrontation entre le savoir acquis à l'Université et dans les stages hospitaliers avec les besoins en savoir, savoir faire et savoir être dans un exercice isolé, pour un patient dans son milieu de vie.
- Apprentissage de la gestion du temps : temps du médecin et temps du patient.
- Prise en compte de la déontologie, des problèmes d'éthique au quotidien.
- Accomplissement d'actes en responsabilité propre.

Parmi les thèmes des séminaires :

*L'approche centrée sur le patient :

- L'approche centrée sur le patient est une des caractéristiques fondamentales de la médecine générale. Il s'agit à la fois de connaître la maladie et reconnaître le malade dans sa globalité psychosociale.

- Raisonner la problématique du patient à travers une démarche clinique objective et entrer en résonnance avec la problématique du patient pour mieux le comprendre représentent deux compétences fondamentales et complémentaires pour le médecin généraliste.
- Celui-ci doit pratiquer une conduite d'entretien permettant une meilleure relation d'aide et une meilleure écoute.

*La relation médecin-malade :

- Savoir gérer des situations difficiles comme l'annonce de la maladie grave, le patient opposant, la demande abusive, les problématiques familiales, le patient non-demandeur (…) fait partie des compétences du médecin généraliste.
- Améliorer ces compétences dans ce domaine relationnel par des méthodes interactives (groupes de paroles, jeux de rôle) est l'objectif fondamental de ce séminaire.

*Mieux s'informer pour mieux traiter

- Les médecins sont soumis à une abondance d'informations concernant le médicament. Ces informations sont parfois tronquées ou biaisées voire même contradictoires. Et les praticiens ne sont pas tous experts en épidémiologie clinique ou en lecture critique d'essais cliniques.
- Avoir un argumentaire solide pour justifier des prescriptions et des non prescriptions est incontournable à l'heure de l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Cette formation apportera les éléments permettant d'analyser, critiquer et contre argumenter toute information sur la thérapeutique.
- Elle permettra de mieux comprendre les diverses influences auxquelles est soumise la prescription : le rôle et l'impact de l'industrie pharmaceutique par le biais de la visite médicale et de la publicité, le rôle des leaders d'opinion et de la presse médicale.
- Et elle aura pour objectifs d'apprendre à choisir et utiliser à bon escient les diverses sources d'information thérapeutique sur la base de critères de qualité explicites.

*Anthropologie pour l'exercice de la médecine générale

- Qu'est-ce que l'anthropologie ? Voire l'anthropologie médicale ? Nous sommes en général un peu perplexes devant ces notions. En collaboration avec le service commun de sciences humaines et sociales (anthropologie), ce séminaire permettra de préciser et étayer la compréhension de l'anthropologie médicale. Les sciences humaines et

l'anthropologie médicale en particulier permettent, peut-être, d'ouvrir des perspectives apportant de la compréhension.

- Dans ce cadre l'objectif principal d'enseignement de cette journée sera d'améliorer et/ou élargir la capacité de réflexion des étudiants en leur apportant des perspectives donnant des clefs de compréhension à la relation médecin – patient. Un second objectif sera de montrer que la réflexion anthropologique est un passage obligé pour le soignant mettant en relation le propre système de représentations de la maladie du soignant par rapport aux croyances du patient. (Problème de la complexité des représentations.)
- Un mois avant le séminaire, les participants recevront un courrier pour un travail préliminaire des étudiants leur donnant un pré requis. Ils auront une lecture bibliographique à faire en petit groupe ou individuellement avec un exposé le jour du séminaire.

*Ethique au quotidien en médecine générale

- En collaboration avec le service commun de sciences humaines et sociales (philosophie) nous proposons une session de formation et de réflexion aux problèmes d'éthique et d'éthique médicale au quotidien aux futurs médecins généralistes. Ce module permettra d'aborder des éléments de réflexion sur les rapports entre éthique et pratique médicale (relation quotidienne médecin - malade). Existe-t-il et faut-il rechercher une " norme " à cette relation ? Faut-il construire un outil pour une rationalisation des questions éthiques ? Peut-on enseigner cette compétence ?
- Ces questions mettent en évidence la difficulté des situations relationnelles et des décisions à aborder dans la solitude en médecine générale et tenter d'y répondre pourrait permettre de proposer des solutions générales pour cas particuliers.
- Réfléchir sur l'éthique, en s'ouvrant à la pluralité des interprétations possibles, mène plus à des interrogations qu'à des certitudes.
- Les participants devront, si possible, apporter un cas de leur expérience personnelle de soignant leur ayant posé un problème en relation avec leur éthique.
- À la suite de ce séminaire, les étudiants qui souhaitent approfondir leur réflexion pourront participer à un atelier sur le même thème.

*Le patient polypathologique ou 30 ans d'accompagnement en Médecine Générale :

- La population française vieillit ; les soins médicaux aux personnes âgées sont en augmentation constante dans l'activité des médecins généralistes. Après 60 ans, les patients qui consultent le médecin généraliste ont en moyenne six pathologies.
- Comment prendre en soin ces patients pendant 10, 20 voire 30 ans? Quelles normes appliquer? Quelles règles se donner pour éviter de banaliser, éviter de dramatiser?
- Comment:
  - Coordonner l'action des différents intervenants (Médecin spécialiste, Infirmière, Kinésithérapeute, Aide-ménagère,)
  - Guider le malade dans les différentes démarches sociales indispensables.
- Ce séminaire aura pour objectifs :
  - Etre capable de hiérarchiser les pathologies
  - Fixer des objectifs de soins raisonnables selon les référentiels en vigueur
  - Tenir compte de la situation et du désir des patients.
  - Utiliser les ressources locales pour prévenir et traiter les situations de crise.
  - Rédiger correctement les prescriptions nécessaires.

Faculté de médecine de Bordeaux

Parmi les thèmes de cours :

- Le patient anxieux et déprimé
- Le suivi médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent
- La relation médecin patient
- La médecine de famille
- Thérapies cognitivo-comportementales
- Situations difficiles
- Ecoute et relation (53)

+ Groupes d'échange et d'analyse de pratique (3 séances)

Enseignements optionnels : 10 séances avec 2 enseignements par semestre à choisir, un des choix peut être :

Option Relationnel : - Thérapies cognitivo-comportementales
- Approches motivationnelles : addictions et maladies chroniques
- Gestion des situations relationnelles difficiles
- Ecoute et relation médecin-malade

Faculté de médecine d'Angers

Parmi les thèmes des cours :

- La place des médecins généralistes dans le système
- L'éthique au quotidien : différentes situations
- Qu'est-ce que l'enfant a à nous dire ? (24)

1. Le module A est enseigné à la Faculté de Médecine.

L'enseignement se déroule sur 10 journées de formation réparties sur les 5 semestres. Les séances d'enseignement développent les grands thèmes suivants :

- cadre d'exercice professionnel
- santé publique et prévention
- pratique professionnelle
- éthique et profession
- gériatrie

2. Le module B est organisé pour les résidents en stage auprès des praticiens généralistes

Il comprend 18 séances. Le programme est une initiation à la médecine de famille. A partir de cas cliniques, de situations concrètes, il a pour objectif d'amener le résident à découvrir la spécificité de la Médecine Générale et à assurer une prise en charge globale du patient. Cet enseignement comporte une approche médicale mais aussi psychologique et socioculturelle. Les séances d'enseignement sont préparées conjointement par 1 ou 2 résidents et 1 ou 2 enseignants. La matière première de ces séances est constituée dans la mesure du possible de situations rencontrées par les résidents pendant le stage. (26), (27), (29)

Faculté de médecine de Toulouse

Parmi les thèmes de cours :

*La relation médecin-patient en Médecine Générale. L'enseignement de Balint : 3heures

Objectifs :

- Faire connaître la méthode Balint qui concerne un groupe de médecins se réunissant régulièrement pour examiner la relation « médecin – malade » à travers l'exposé d'un cas.
- Ce travail s'appuie sur les données de la psychologie de l'inconscient
- Ces groupes sont animés par un ou des leaders formés à cette méthode.
- Permettre aux médecins de s'interroger sur leur relation avec leurs patients.
- Découvrir les 2 niveaux de réflexion composant la méthode Balint :
    1. Le premier niveau étudie la relation du médecin avec son patient (« le malade me fait mal là où je suis déjà blessé »)
    2. Le deuxième niveau consiste à tenter de donner au symptôme du consultant sa place dans le monde intérieur du patient

Méthode pédagogique interactive :

- Chaque étudiant doit venir au module avec un exemple de cas clinique
- En présence d'un psychiatre et d'un médecin généraliste enseignant, le cas est présenté et discuté par le groupe.
- Plusieurs cas sont présentés au cours de la séance et un deuxième rendez vous est programmé (permet de reprendre les cas déjà discutés et de les réévaluer en fonction des développements cliniques qui se sont déroulés dans l'intervalle ; de nouveaux cas cliniques peuvent être présentés)

*Le généraliste et la psychologie: 3 heures

Objectifs :

- A la fin du module : Pouvoir assurer une prise en charge psychothérapique des patients en médecine générale.

L'interne :

- Connaîtra les différents courants psychothérapiques et le cadre général de la psychothérapie en médecine générale
- Saura choisir les méthodes psychothérapeutiques qu'il peut mettre en oeuvre

- Aura reçu quelques règles indispensables à la pratique quotidienne de la psychothérapie
- Aura été mis en situation. (49)

Moyens pédagogiques :

- Questions – réponses
- Exposés courts
- Cas cliniques
- Patients simulés (75)

Faculté de médecine de Saint Etienne

Parmi les thèmes de cours : (54)

- L'entourage médico-social de la personne âgée
- La demande du patient
- La dépression vue par le médecin généraliste
- Trouble du comportement
- Les troubles psychiatriques modérés
- Relation d'aide et de deuil
- Principes généraux de communication : connaître les freins et les facteurs favorisant une bonne relation, savoir se comporter lors d'une situation difficile : demande abusive, situations complexes.
- La relation médecin malade, dans la pratique quotidienne, la négociation, le sens des appels, les théories « Balint », notion de systémique familiale.

Faculté de médecine de Rennes (93)

Des enseignements sont organisés dans le cadre de ce troisième cycle. Mais un travail personnel, par la participation à d'autres formations (colloques, séminaires, séances de FMC (formation médicale continue) est nécessaire.

Cet enseignement est organisé en :

- Journées thématiques de six heures chacune.
- Vingt quatre « Rencontres Généralistes » de trois heures chacune

Module « Décision Médicale en Médecin Générale».

La décision médicale repose sur la connaissance des données probantes existantes, l'écoute du patient et la parfaite connaissance des possibilités de prise en charge par le système de soins.

* La Décision Médicale

Les journées thématiques « Décision médicale » sont destinées à faire réfléchir sur la pratique de la médecine générale en contexte professionnel. La participation à cet enseignement est obligatoire au cours des trois années du cursus et doivent figurer dans le portfolio de l'étudiant.

* Relation soignante et Ethique Médicale

L'éthique médicale est récente, elle s'est développée à partir des années 60. L'objectif est de mieux l'appréhender à travers la relation avec la personne atteinte de maladie grave, la demande de mort, l'éthique de la personne âgée, la garde à vue.

* Communication médecin-malade en Médecine Générale

Pour une relation soignante de qualité, il est nécessaire de bien communiquer avec notre patient et ses proches. Nous avons besoin de recueillir des informations et de comprendre ce qu'il nous dit. Nous devons aussi nous faire comprendre de lui et savoir lui transmettre des informations.

* La Psychiatrie courante du généraliste

Le médecin généraliste est quotidiennement confronté en première ligne à des situations de psychiatrie courante. Au cours de cette journée, nous envisagerons avec des psychiatres, certains aspects de la gestion pratique de certaines de ces situations: la problématique familiale, la dépression nerveuse, les personnalités difficiles, les situations aiguës

* Psychothérapie spécifique du généraliste

Les thérapies brèves, les psychothérapies, se sont développées depuis les années 50 et surtout 70 avec des outils spécifiques. Nous verrons qu'elles sont très proches de la médecine générale. Séance à conseiller à ceux qui ont fait leur stage auprès du généraliste.

* Groupes Balint. Formation à l'interaction soignant-soigné

Cette formation d'analyse de la relation médecin/patient selon la technique de Michael Balint sera organisée en groupes de six à douze résidents pour une durée d'un semestre comportant six séances d'une heure trente autour d'un médecin généraliste du groupe de psychologie médicale.

Les Rencontres Généralistes se déroulent sur les trois années du troisième cycle. A raison de huit séances par an, elles constituent quant à elles des occasions de faire le point, avec un généraliste expérimenté, des problèmes les plus souvent rencontrés et de voir en quoi ils sont pertinents en pratique de médecine générale.

Chaque rencontre est préparée par un petit groupe d'internes qui s'appuient sur le livret d'aide « rencontres généralistes, mode d'emploi » et sur les objectifs définis en amont pour chaque séance. Cette préparation se fait impérativement en lien avec le généraliste enseignant.

Une évaluation et une synthèse de chaque rencontre sera faite par deux ou trois des internes.

Exemple de thèmes proposés en 2006-2007:

- Troubles psycho-pathologiques fréquents de la petite enfance
- Le décryptage et la gestion des plaintes multiples
- Le patient dépressif

Faculté de médecine de Strasbourg

Les enseignements théoriques de médecine générale comportent 24 demi-journées.

Ces séances d'enseignement sont dispensées à l'intention de tous les résidents et/ou internes de la filière de médecine générale et sont obligatoires pour la validation finale de leur cursus.

Parmi les séminaires de 4 demi-journées :

- Décision médicale. Gérer l'incertitude - décider dans les cas aigus - hiérarchiser, argumenter la décision dimension éthique.
- Elaborer un projet de santé avec le patient.
- L'éducation du patient. Addictions, sexualité, observance, travail en réseau, activité physique. (72)

Faculté de médecine de Montpelier

*Parmi les thèmes des séminaires, 8 heures portant sur**:*** (14)

- Spécificité de la prise de décision en médecine générale
- La relation médecin-malade en médecine générale
- Education du patient en médecine générale
- Prise en charge psychologique en médecine générale
- Les obligations et les responsabilités du médecin généraliste
- Etique et déontologie en médecine générale

Parmi les cours de 3 heures :

- Mieux prescrire les traitements à visée psychiatrique (9)

Faculté de médecine Paris VI

Dans le module 4 enseigné un séminaire :
*La plainte mnésique, les démences, la psycho-gériatrie (111)

Module 2, séminaire :
*La relation médecin-malade. La prise en charge psychothérapeutique, les phénomènes psychosomatiques avec mise en place d'ateliers pendant le stage :
- relation médecin-malade
- initiation à la dimension psychosomatique (76)

Les ateliers, installation – groupe de parole – erreur médicale – éthique :
- Atelier éthique
- Relation médecin Malade. La prise en charge psychothérapeutique, les phénomènes psychosomatiques (ateliers) (86)

Parmi les thèmes de cours :

- Urgences psychiatriques, le malade dangereux
- Souffrance au travail
- Troubles du sommeil de l'adulte
- Difficultés scolaires, problèmes psychologiques (101)

Parmi les ED (enseignement dirigé) (2 heures):

- Urgences psychiatriques (102)

Faculté de médecine Paris VII

Parmi les thèmes des séminaires :

*Relation médecin patient

- Le patient dans son milieu de vie : les problèmes liés à la pratique ambulatoire, au maintien à domicile, à l'habitat, à la solitude
- Les interactions socio-psychologiques élémentaires : la relation médecin-patient, la dimension psychosomatique, la prise en charge psychothérapique par le généraliste, l'écoute active et la reformulation, l'approche systémique, les facteurs anthropologiques et culturels, les interférences avec le milieu de travail, les concepts et les groupes Balint
- L'analyse décisionnelle : reconnaissance, articulation, pondération des différents registres et critères de la décision (3)

Parmi les autres formations obligatoires: Groupe Balint max 14 heures.

Faculté de médecine Paris XIII

Parmi les thèmes des séminaires :

- Analyse de la communication médecin-malade
- Relation médecin-malade (demandes abusives)
- Médecine de famille et psychosomatique
- Relation médecin-Malade (annonce d'une mauvaise nouvelle)
- Le malade fonctionnel
- Le patient dans son milieu de vie
- L'adolescent et ses demandes
- Thérapeutique appliquée
- Troubles psychiatriques, conduite pratique en psychiatrie
- Troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie…)
- Réponses aux demandes non programmées (70), (77)

Faculté de médecine de Nancy

Parmi les cours - 3 heures :

* Éducation pour la santé
  - évaluer et renforcer la motivation du patient pour les changements de comportements nécessaires à sa santé
  - conduire une démarche d'éducation pour la santé individuelle et collective pour rendre les patients acteurs de leur propre santé
  - conseiller et encadrer l'automédication
  - favoriser l'observance thérapeutique
  - identifier les relais associatifs pouvant apporter une aide
  - utiliser les aides disponibles pour l'éducation du patient

Parmi les séminaires - 6 heures:

* Anxiété, dépression, psychoses
  - hiérarchiser les signes cliniques d'une affection psychiatrique,
  - distinguer les signes cliniques des différents contextes pathologiques en fonction de leur retentissement et du risque,
  - lister les situations justifiant une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT),
  - rédiger un certificat d'HDT.

* Médecine générale et éthique
  - préserver la dimension éthique de la pratique médicale dans son approche de l'homme,
  - identifier et dégager une problématique éthique dans des situations cliniques d'exercice de médecine générale,
  - identifier les valeurs et conflits de valeurs en jeu dans les situations de soins,
  - prendre des décisions moralement pesées,
  - agir conformément à la déontologie médicale.

* Communication et relation médecin-patient
  - appliquer les principes de la communication à la relation médecin/patient,
  - gérer le déroulement de la consultation,
  - faire face aux situations délicates ou difficiles (présence d'un tiers, demandes abusives, annonce d'une mauvaise nouvelle...).

* Pathologies fonctionnelles : asthénie, fibromyalgie, troubles digestifs
  1. Asthénie :
     - identifier les caractéristiques cliniques d'une asthénie fonctionnelle ou organique,
     - citer les principales causes organiques, psychiques et fonctionnelles de l'asthénie,
     - conduire une démarche diagnostique de l'asthénie en médecine générale,
     - prendre en charge une asthénie fonctionnelle.
  2. Fibromyalgie :
     - diagnostiquer un syndrome fibromyalgique,
     - faire le bilan d'un syndrome fibromyalgique,
     - utiliser les traitements médicamenteux et non médicamenteux,

- réaliser une prise en charge globale : physique, psychologique, professionnelle et comportementale.

3. Troubles digestifs :
   - diagnostiquer une dyspepsie fonctionnelle,
   - diagnostiquer un syndrome de l'intestin irritable,
   - utiliser les examens complémentaires au cours du suivi des patients avec troubles fonctionnels digestifs,
   - réaliser une prise en charge globale : médicamenteuse, diététique, relationnelle et comportementale. (57)

Tableau. **Formations enseignées dans d'autres facultés**

Faculté de médecine Paris XI Cours 2h	- Psycho-psychiatrie (21) - Guidance parentale (98) - Prise en charge de la personne endeuillée - Éthique et déontologie (92)
Faculté de médecine de Dijon (110) Séminaires	- Résultats de consultations - Relation Médecin/Malade et communication - Le médecin dans la société
Faculté de médecine de Rouen (69) Séminaires	- Ethique et déontologie - Responsabilité médicale et professionnelle - Prise en charge d'un patient handicapé - Prise en charge d'un patient dépressif
Faculté de médecine de Poitiers (52) Séminaires	Psychologie médicale
Faculté de médecine de Brest (70) Séminaires	Prise en charge de la souffrance psychique en médecine générale
Faculté de médecine de Nantes (17) Séminaires	L'éthique en médecine générale
Faculté de médecine de Marseille (11) Séminaires	- Communication en médecine générale - Psychologie-Psychiatrie. Approche de la consultation en médecine générale - Urgences et soins non programmés - Education thérapeutique

A la lecture de ces différents programmes d'enseignement (d'ici et d'ailleurs), on se rend compte que la place accordée à la formation au cabinet médical et à la médecine ambulatoire n'est pas la même entre les différents pays (de 6 mois en France à 2 ans en Allemagne) avec une moyenne se situant aux alentours de une année pour les facultés étudiées dans ce travail.

La question que l'on peut alors être amené à se poser est celle de savoir si la durée du stage réalisé en France chez le praticien de ville est suffisante si l'on désire débuter de cette façon l'exercice de la médecine générale. La réponse est probablement non, mais l'on peut relativiser en ayant conscience qu'il y a bien d'autres spécialités médicales où de jeunes médecins débutent une carrière libérale sans jamais avoir mis les pieds dans un cabinet de ville à visée pédagogique.

Le deuxième constat que nous pouvons formuler concerne celui de la durée de l'enseignement relatif aux troubles psychologiques et relationnels dans le cursus de l'étudiant en médecine générale. Certaines facultés y consacrent indéniablement plus de temps que d'autres comme c'est le cas au Luxembourg où 30 heures de cours sont destinées aux psychothérapies et aux troubles fonctionnels ou psychosomatiques rencontrés chez certains de nos patients. D'une manière plus générale, il est également surprenant de constater que certains pays imposent même un passage obligatoire en psychiatrie (Roumanie, Suisse, Canada) alors que cela n'existe pas en France.

Comment espérer alors pouvoir appréhender les différentes personnalités de nos malades au cabinet sans aucun apprentissage dans ce domaine ? Certaines facultés ont répondu de leur manière en incluant une formation spécifique à l'interaction soignant-soigné selon la méthode Balint (Toulouse, Paris VII, Rennes) mais il semble évident au vu de ce recueil qu'elles occupent aujourd'hui une place qu'il est licite de qualifier de marginale à l'échelle nationale.

Enfin, la possibilité d'être formé directement par un tuteur comme au Canada ou une vision plus globale de l'ensemble des spécialités sur une durée propre à l'importance de chacune comme en Roumanie sont à mon avis deux autres visions de l'enseignement qui pourraient peut être s'appliquer en France afin d'apporter quelque chose de nouveau dans notre formation de médecin généraliste. Mais voyons à présent ce qu'en pensent les principaux intéressés, c'est-à-dire les internes de médecine générale et les jeunes médecins remplaçants. Ressentent-ils vraiment le besoin d'une formation complémentaire en médecine générale ?

BESOIN D'UNE FORMATION COMPLÉMENTAIRE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Préambule

Le hasard fera peut être un jour ce que tous les soins n'ont pu faire.

Montesquieu

Le médecin ne peut pas dissocier chez tous ceux qu'il rencontre, le physique du psychologique; il s'adresse a des personnes globales, il ne peut avoir à faire qu'à des sujets porteurs d'un nom propre et d'un passé dont ils sont riches ou par lequel ils sont accablés.

Derrière la relation médicale rationnelle, s'établit une relation de type irrationnel par laquelle le malade prête inconsciemment à son médecin une toute puissance de caractère magique. Selon les approches psychologiques classiques, le médecin incarne à la fois une image paternelle, une image maternelle et constitue un médicament.

La psychothérapie spécifique du médecin généraliste est conduite en fonction des différents savoirs opérationnels possédés par le médecin, pas seulement par des connaissances théoriques.

La problématique de la rencontre médecin-malade touche toutes les pratiques soignantes. Quel que soit notre mode d'exercice, cet aspect de notre métier est primordial. Il a ses règles que nous devons connaître et ses contraintes que nous ne devons pas perdre de vue.

Le médecin est sollicité de toute part pour donner son avis dans les domaines les plus divers où la santé du groupe est partie prenante. Urbanisme, aménagement de l'habitat, loisirs, sports, horaires de travail et d'enseignement seraient des domaines où l'avis médical ne serait pas sans intérêt, si le médecin avait été suffisamment préparé à cette fonction sociale. C'est la médecine sociale.

Beaucoup de patients sont mal informés sur les compétences et le rôle du médecin généraliste. Ils ne savent pas que leur médecin de famille peut assurer un suivi de grossesse physiologique jusqu'au 7ème mois ou renouveler une prescription de pilule, poser un stérilet, faire un frottis cervico-vaginal,...

Chercher à reconnaître les demandes, tenter de déchiffrer le sens, amener les patients à les exprimer plus clairement, tout cela suppose un apprentissage long, souvent difficile et parfois mal supporté.

Le médecin généraliste possède toutefois un petit avantage; il dispose d'un nombre important de patients suivis sur le long terme, parfois sur des dizaines d'années, et ce dans tous les milieux sociaux. Ainsi il s'autorise sur la base d'une expérience qui se conforte avec le temps à se faire une idée précise, à la fois de ce que sont réellement ses patients et de ce qu'est son évolution personnelle en tant que praticien.

Très peu d'entre nous se rendent compte de leur puissance symbolique et sociale dans la vie des malades. Savoir ces choses-là peut sans doute préserver le médecin de la tentation de vouloir jouer à l'apprenti sorcier.

La plupart d'entre nous ignorent, parce qu'on ne leur en a jamais véritablement parlé, qu'ils ont le pouvoir de changer, de se changer et de se comporter autrement vis à vis des malades : ils disent qu'ils n'ont pas le temps ! Mais ils ne cherchent pas vraiment les moyens de le trouver ! Cela prouve que les questions humaines ne sont pas pour eux une authentique priorité.

Au quotidien nous devons apporter à ceux qui nous choisissent pour les aider sur le chemin de leur guérison davantage d'humanité encore. Malgré ce que certains médecins pourraient en penser cela ne serait pas une perte de temps, et une formation spécifique devrait être organisée sur le plan psychologique afin d'aider les jeunes praticiens à accomplir au mieux la noble tâche d'aider leurs malades à guérir.

Le médecin généraliste doit apprendre à se servir de lui-même aussi habillement que le chirurgien de son bistouri, le médecin de son stéthoscope et le radiologue de ses appareils.

Notre formation doit également révéler les pièges et montrer comment les déjouer, comment mettre la relation à l'abri de manipulations, pour faire accepter au patient ce qui semble le mieux pour lui.

Au début de mon activité de remplacement, je me suis demandé si j'étais la seule personne à penser que notre formation dans l'apprentissage de l'exercice médical avait été incomplète. Cette idée m'est venue à partir de ces interrogations qu'il m'arrivait de rencontrer devant un patient me décrivant nombre de symptômes non objectivés par l'examen clinique. Ne se cachait-il pas devant cette plainte un autre problème psychologique plus complexe ?

Cette réflexion m'a alors conduit à interroger mes collègues internes en médecine générale ainsi que les jeunes médecins qui venaient récemment de s'installer, au travers d'un sondage. Etaient-ils confrontés aux mêmes angoisses que les miennes ? Comment géraient-ils la situation quand ils se sentaient déstabilisés par le patient ? Etaient-ils satisfaits de la

formation reçue ? Que proposent-ils actuellement afin d'obtenir une préparation optimale à l'exercice de notre futur métier ?

Beaucoup se sont précipités pour répondre à ce questionnaire, dans l'espoir que ce travail puisse peut être changer quelque chose dans la formation des nouvelles générations à venir. En voici les principaux résultats ainsi que les commentaires les plus pertinents :

Sondage pour les internes en médecine générale et jeunes médecins généralistes

1. Sexe M / F

2. Année d'étude

3. Avez-vous fait le stage chez le praticien ?
Oui / Non

4. Que pensez-vous de votre formation concernant la psychologie et les attitudes à adopter vis-à-vis des différentes réactions pouvant être présentées par le patient ?
Bonne / Moyenne / Insuffisante / Inadaptée

5. L'enseignement réalisé à la faculté vous semble-t-il suffisant afin d'établir une relation médecin-malade de qualité ?
Oui / Non

6. Que voudriez-vous rajouter (cours / séminaires / stages) dans votre formation afin de mieux comprendre la psychologie de vos patients ?

7. Comment jugez-vous la place réservée aux relations humaines au cours de vos études par rapport aux pathologies en elles-mêmes ?
Bonne / Moyenne / Insuffisante / Inadaptée

8. Vous sentez-vous prêt à affronter les différents comportements et symptômes cachés présentés par les patients au cabinet ?
Oui / Non

9. Pensez vous que le médecin généraliste occupe une place différente dans la vie de ses patients par rapport à ses confrères spécialistes ? Pourquoi ?
Oui / Non

10. La relation avec le malade telle qu'elle vous a été enseignée dans la théorie à la faculté vous semble-t-elle être appliquée en pratique ?
a) à l'hôpital
b) au cabinet

11. Commentaires

Résultats en chiffres

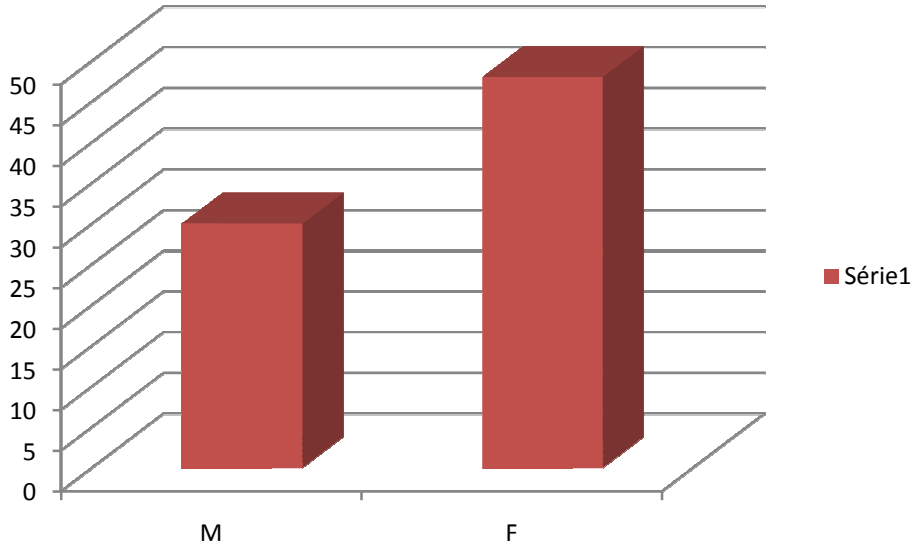


Figure 1. Répartition par sexe

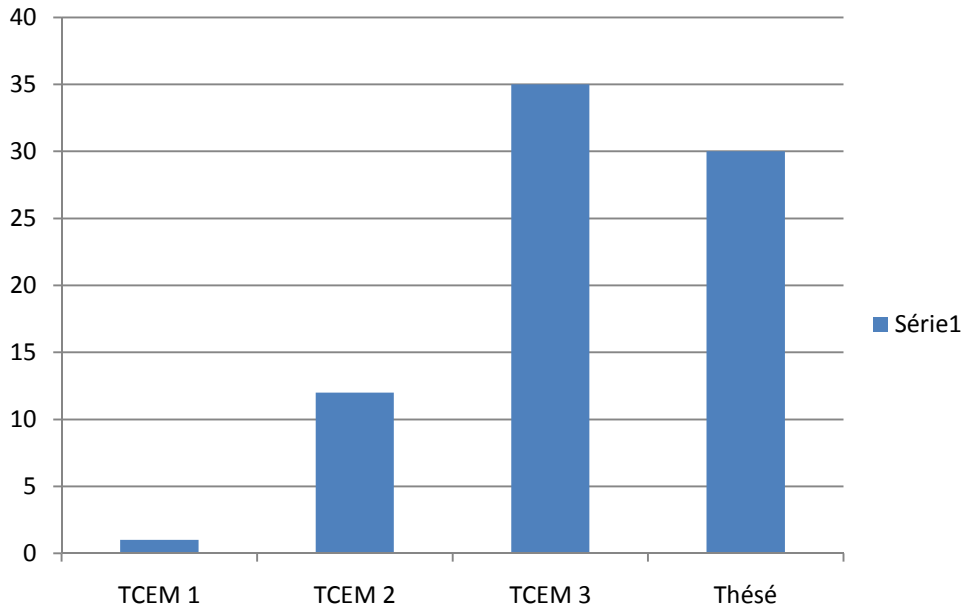


Figure 2. Répartition par année d'étude

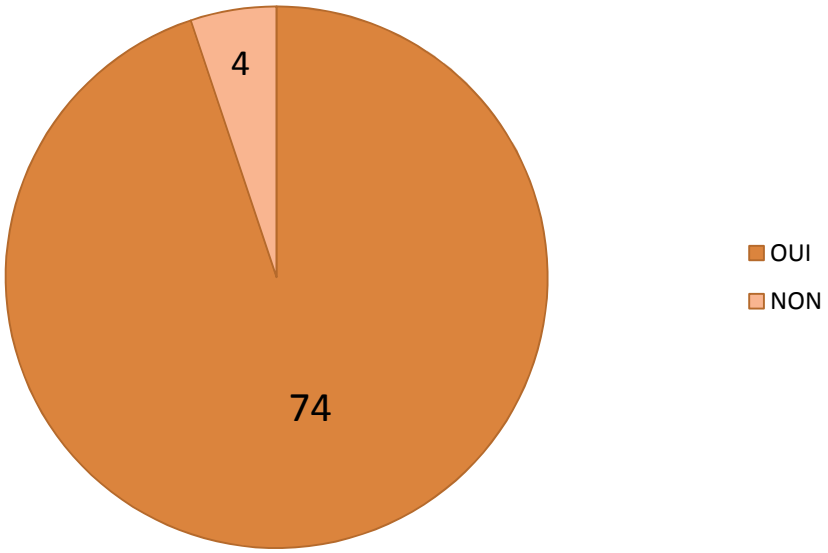


Figure 3. Stage déjà réalisé chez le praticien de ville

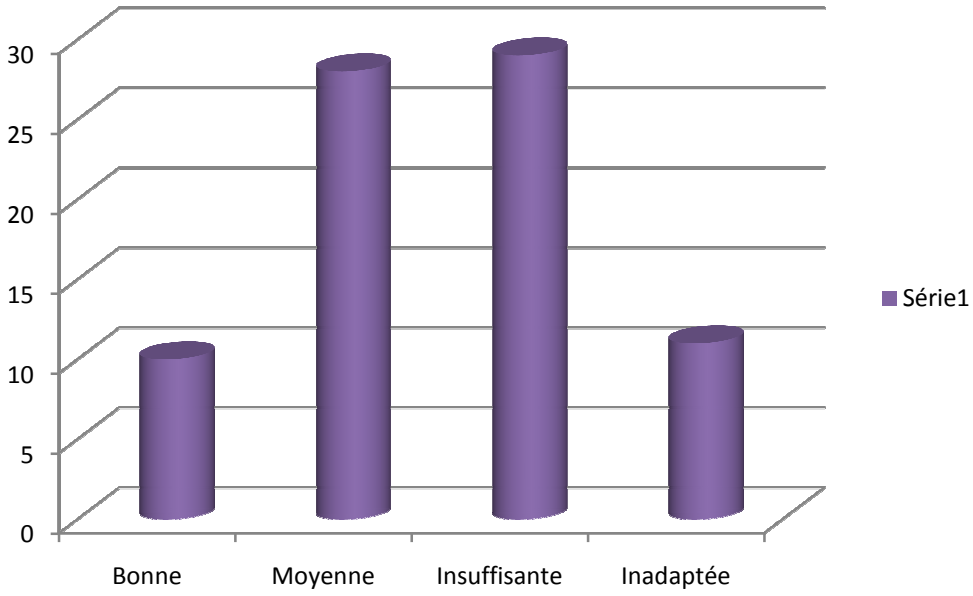


Figure 4. Evaluation de la formation psychologique en médecine générale

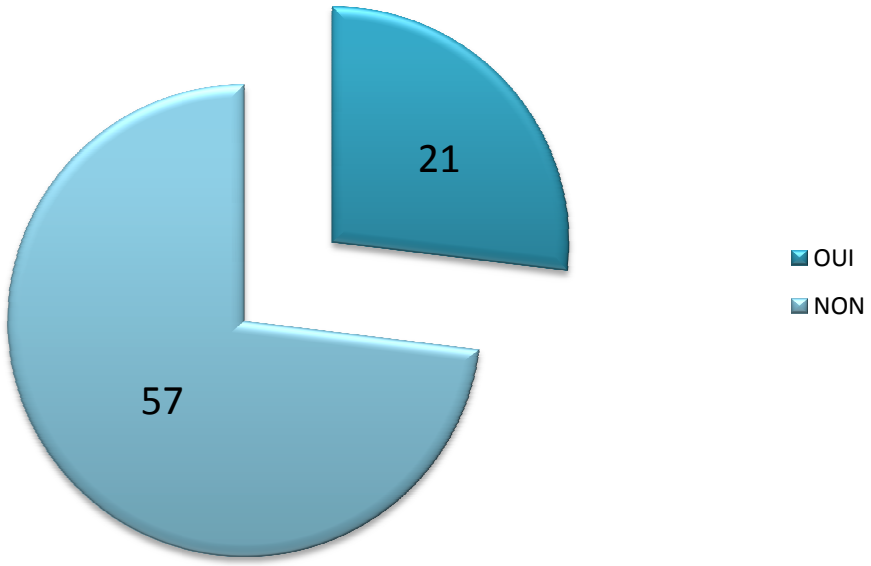


Figure 5. L'enseignement vous semble t-il suffisant ?

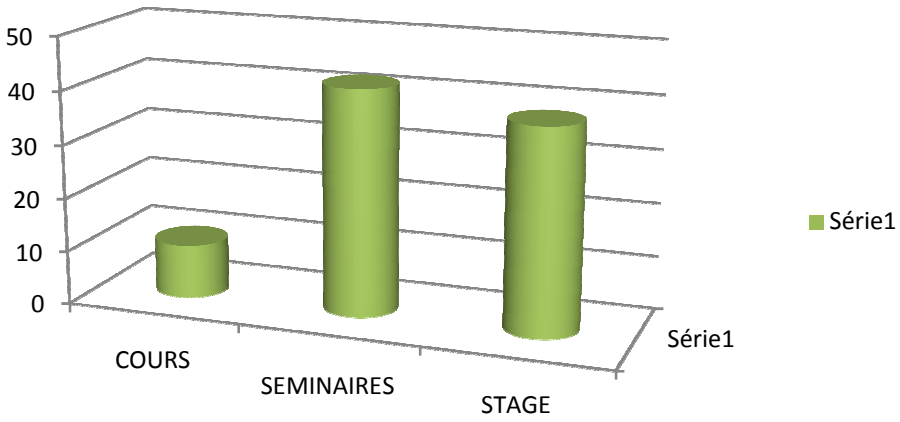


Figure 6. Que voudriez-vous rajouter dans votre formation ?

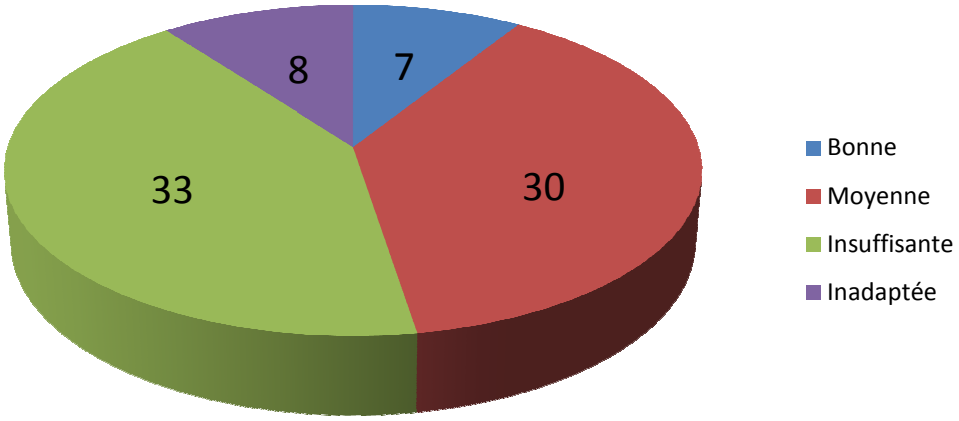


Figure 7. Place réservée aux relations humaines au cours de la formation

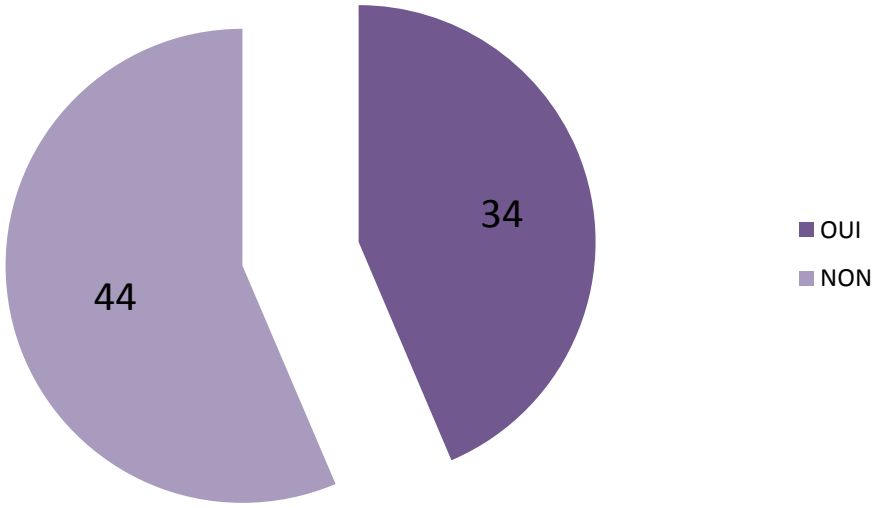


Figure 8. Vous sentez vous prêt à affronter les symptômes cachés par vos patients ?

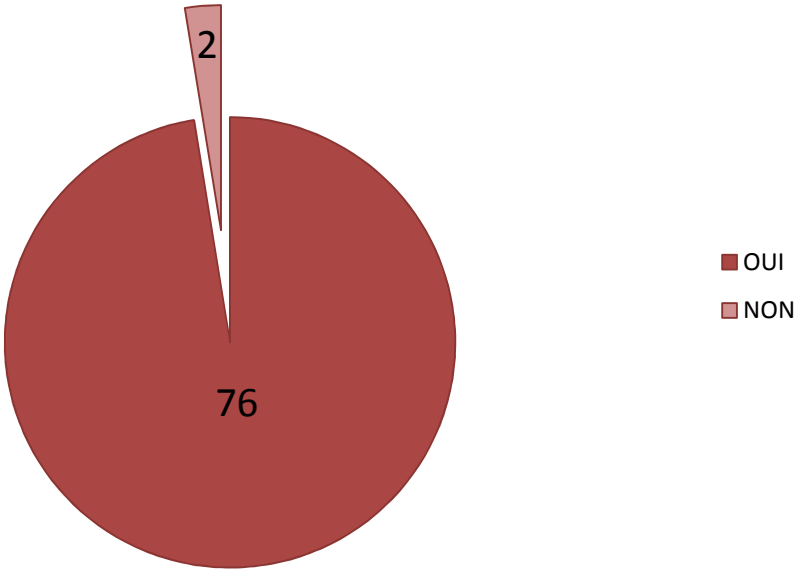


Figure 9. Le médecin généraliste occupe-il une place différente pour le patient ?

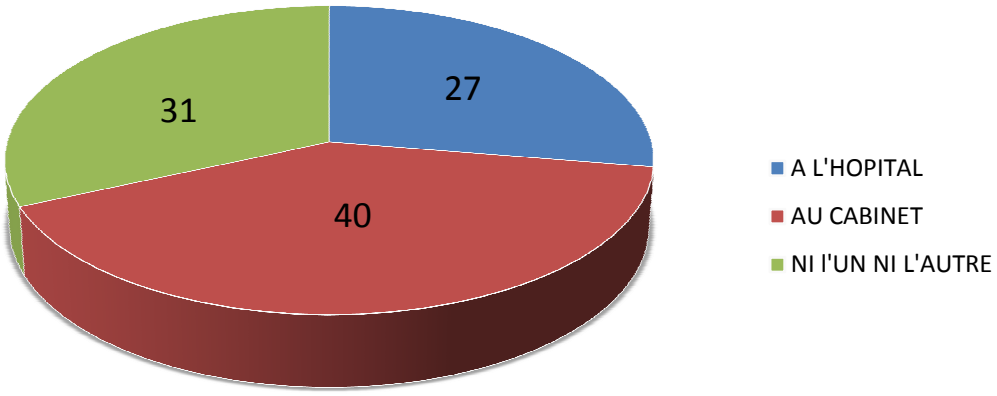


Figure 10. La relation médecin-malade enseignée à la faculté vous semble-t-elle appliquée en pratique ?

Commentaires les plus pertinents :

A titre d'exemple, je livre ici les commentaires qui m'ont paru les plus intéressants recueillis en dernière partie de sondage (Question 11).

« C'est intéressant de se lancer dans une thèse sur l'enseignement du relationnel et de la psychologie du patient, car les réponses sont quasi connues d'avance: il n'existe aucun enseignement digne de ce nom (ou très peu) à la faculté de médecine.
Ce qui reste très étonnant: on utilise l'apprentissage du relationnel comme technique dans toutes les écoles de commerce, même en BEP commerce, et en 10 ans de médecine, on n'aborde tout simplement pas la question, alors que c'est un moyen de mieux soigner les patients, en décryptant aussi leur comportement, et en adoptant une attitude juste et proportionnée pour l'annonce d'un diagnostic péjoratif, pour comprendre les demandes cachées ou celles qui ont du mal à être exprimées. D'autant que c'est parfois une source de mal-être et de douloureuse remise en question pour les professionnels en début de carrière.
Heureusement l'expérience compense souvent... cependant avec quelques enseignements simples sur les clefs de la relation, on avancerait sûrement beaucoup plus vite et ce serait moins difficile en début de carrière. »

« Importance d'une formation plus poussée en ce qui concerne la psychologie, la communication médecin/patient (langage à utiliser, comprendre mieux les attentes du patient, savoir répondre à sa demande, savoir interpréter le langage du corps…), la médecine psychosomatique !
Il faut également accorder plus d'importance à notre propre ressenti, à nos doutes, à nos difficultés durant nos études, face à certains patients (à ma connaissance personne ne nous aide lorsque l'on a des cas difficiles, des décès de patients mal acceptés, des responsabilités mal assumées…) C'est très important de comprendre, d'exprimer ce que l'on ressent et d'être entendu, pour ensuite gérer la souffrance et la demande des autres ! Il faudrait des groupes de parole pour internes et/ou médecins dans les services ! »

« C'est la pratique du terrain qui semble la meilleure formation, celle qui permet d'apprendre de ses succès ou de ses erreurs…ainsi que la maturité, qui permet de se connaître soi-même avant de connaître son patient ».

« L'enseignement théorique atteint ses limites là où l'Homme se met en interaction avec son Prochain, en l'occurrence malade… »

« Chaque médecin réagit avec son vécu et son caractère, certaines choses ne s'apprennent pas dans les cours ou les séminaires. L'enseignement permet de poser les fondements, mais ensuite, il reste une part d'inné, qui a pour conséquence que tel patient va accrocher avec tel médecin et tel autre non. »

« Les remplaçants sont toujours mal vus. On part avec un mauvais à priori de la part des patients (jeune et inexpérimenté, hautain, froid, négligé, autoritaire, brut avec les enfants, inhumain...). Il faut se soigner pour mieux soigner les autres. Etre chaleureux et empathique est une chose, mais faire en sorte que le patient le ressente aussi, de la façon dont on veut " paraître " ne s'apprend pas à l'université mais sur le tas (et tard) »

« Dans mes remplacements, ils (mes patients) me disent parfois en rougissant qu'ils vivent une relation amoureuse, ou en pleurant qu'ils ont perdu un être cher. Quand on est installé, on "vieillit " en même temps que nos patients. On connaît leur histoire. Parfois ils choisissent un autre médecin traitant car on leur rappelle des moments difficiles de leur vie. »

« Le généraliste voit les patients dans leur environnement propre, avec une dimension socioculturelle qui doit modifier la façon d'écouter, d'interpréter et de s'exprimer. Enfin, le généraliste prend en charge un patient dans sa globalité, et en première ligne »

« Je pense avoir appris le plus concernant ma relation avec les patients lors de mes stages chez le praticien ».

« C'est le médecin de premier recours et de dernier recours. Le spécialiste véhicule une image encore trop " hors d'atteinte "," inaccessible ", à qui on ne va pas confier tous ses petits problèmes. Le généraliste peut avoir une vraie vision d'ensemble de son patient car il le voit pour des raisons différentes tout au long de l'année et crée une vraie relation de confiance. Un spécialiste n'est en général pas vu souvent. Mais plutôt très ponctuellement. »

Analyse des résultats

Je voudrais tout d'abord une nouvelle fois remercier toutes celles et tous ceux qui ont accepté de me répondre en espérant que ce travail donnerait une nouvelle approche du ressenti et des attentes de mes jeunes confrères généralistes. Je dois avouer que si certains se sont contentés de répondre simplement aux questions posées, d'autres se sont sentis plus investis en me livrant leurs sentiments personnels et leurs propositions afin d'améliorer notre formation.

A l'aide des 243 mails envoyés à travers la France et de part mes connaissances personnelles ou faites sur le terrain, j'ai donc obtenu 78 réponses. Plus de 83% des sondés étaient déjà bien avancées dans leur cursus (en dernière année ou plus) (Figure 2) et avaient réalisés leur stage chez le praticien (94,9%) (Figure 3).

La première chose qui m'a surprise au vu de cette enquête est la place occupée par le médecin généraliste au sein de la vie du patient par rapport à ses confrères. Il s'agit d'une place différente aux yeux des personnes interrogées dans 97,4% des cas (Figure 9). Son rôle apparaît donc majeur au sein du système de santé et du réseau de soin dont il est probablement l'un des piliers les plus importants. Mais en quoi et pourquoi le considère-t-on comme réellement différent ?

Pour la grande majorité des jeunes médecins qui ont accepté de répondre, le médecin généraliste est la personne de premier recours, car impliquée dans la vie personnelle médicale, familiale, professionnelle de ses patients. Il est perçu comme la personne la plus disponible et toujours à l'écoute de leurs problèmes du quotidien. C'est aussi un confident avec lequel on échange plus volontiers parce qu'il nous connaît souvent depuis notre plus tendre enfance ce qui crée un climat propice à la mise en place d'une relation de confiance.

La notion d'intimité qui s'établit avec lui au fil des années en fait ainsi un interlocuteur privilégié. Il est en première ligne confronté aux problèmes sociaux des familles pour lesquels il se sent parfois désarmé ce qui renforce encore son lien avec le patient. Il sert également parfois de "traducteur" lorsque la prise en charge proposée par le spécialiste n'a pas été entièrement comprise ou simplement par crainte du diagnostic retenu. Il s'agit d'un "pivot relationnel" indispensable pour ses autres confrères.

En raison de ses liens particuliers, la relation médecin malade établie au cabinet s'avère donc d'une importance capitale. Il était donc indispensable de s'intéresser à la place globale réservée aux relations humaines au cours de notre formation médicale. Cette dernière est ainsi ressentie comme bonne pour seulement 9% des sondés, moyenne pour 38,4%, insuffisante pour 42,3% et inadaptée pour 10,3% d'entre eux (Figure 7). C'est dire les progrès qu'il reste à accomplir dans ce domaine. Cela est d'autant plus inquiétant qu'elle ne semble pas appliquée en pratique dans 39,7% des cas (Figure 10) avec une meilleure appréciation cependant pour le cabinet de ville par rapport à l'hôpital.

Le cursus du DES (diplôme d'études spécialisées) de Médecine Générale conserve pour l'instant cette "spécialité" qui lui est propre de permettre aux étudiants de "comparer" les différentes attitudes présentées par leurs ainés au cabinet de ville ou à l'hôpital. C'est probablement un peu de cette expérience personnelle que sera modelé le comportement du jeune médecin au début de sa longue carrière. Il faut cependant ne pas hésiter à se mettre rapidement en situation avec le malade, à l'hôpital comme chez le praticien, afin d'acquérir l'expérience la plus riche possible au gré des situations rencontrées.

Le praticien de ville, de part sa proximité plus étroite avec l'étudiant au cours du stage, peut alors avoir un rôle à tenir, celui de laisser son jeune collègue aborder les différents problèmes à sa façon de manière autonome. Une discussion pourrait naître à la suite de la consultation où le maître de stage corrigerait alors les éventuelles erreurs ressenties comme telles sur le plan relationnel. Mais il n'est pas exclu cependant que ce dernier ait à apprendre beaucoup de cette nouvelle situation, telle qu'elle se pratique comme par exemple au Canada.

Outre ses compétences propres, le médecin généraliste est également perçu comme celui étant le mieux préparé à une prise en charge du patient dans sa globalité et son histoire, non pas seulement à une succession de symptômes déclarés et parfois non retrouvés. Il semble ainsi être la personne la plus à même de comprendre les réelles motivations de venue en consultation lorsque certains patients "prétextent" une maladie dont l'examen clinique ne peut retrouver le plus maigre signe. Mais cette capacité d'analyse et de réflexion nécessite pour la plupart soit une solide expérience, soit une formation plus approfondie dans le domaine de la psychologie médicale.

Après réflexion à propos des enseignements réalisés dans les différentes facultés de France, cette formation a été jugée bonne pour 12,8% des sondés, moyenne pour 35,9%, insuffisante pour 37,2% et inadaptée pour 14,1% d'entre eux (Figure 4). Il existe par ailleurs de manière évidente un besoin d'un enseignement complémentaire dans ce domaine chez

73,1% des jeunes médecins interrogés (Figure 5). Quelles solutions pouvons nous apporter, en ayant pris conscience de cette spécificité de la médecine générale à être la plus proche possible à l'écoute de ses patients ? Quelles sont celles les mieux adaptées à une préparation optimale pour l'exercice de notre futur métier ?

Au vu des résultats de ce sondage, une des réponses passerait probablement plus par la mise en place de séminaires propres à ce sujet (46,7%), le développement de stages pratiques en dehors de l'hôpital (42,2%) que de nouveaux cours enseignés sur les bancs de la faculté (11,1%) (Figure 6). Au passage, ces derniers ont probablement plus leur place en fin de cursus qu'en première année où l'approche de la relation médecin malade est on ne peut plus théorique.

Certains de mes collègues et moi-même proposons ainsi la mise en place d'une formation pratique autour d'un nouveau séminaire de médecine générale où ils pourraient s'agir de jeux de rôle filmés entre médecins et patients sous la tutelle de professionnels expérimentés (généralistes en fin de carrière, psychiatres, psychologue, psychanalyste). Par ces ateliers de mise en pratique, Il serait ainsi possible de traiter de situations courantes au cabinet mais exposant à un savoir faire relationnel particulier (annonce d'une maladie grave, suivi de fin de vie, syndrome dépressif faisant suite à un décès familial, refus de prescription à un jeune patient toxicomane,...).

Une mise au point particulière devra également être faite sur l'interrogatoire et le savoir être afin de ne pas méconnaître certaines inquiétudes ou angoisses non manifestées verbalement par le malade. Il ressort en effet que 56,4% de mes collègues ne se sentent pas avoir été assez préparés à cette situation (Figure 8).

Pour d'autres une nouvelle formation enseignée à la faculté ne serait que peu d'utilité. Ils sont en effet convaincus qu'il s'agit plus d'un espace de transmissions de connaissances que d'un lieu de formation aux relations humaines. Ils considèrent ainsi que la relation médecin-malade dépend principalement de la personnalité de chacun, en tout cas bien plus que de ce qu'ils peuvent en apprendre par d'autres. Le médecin semblerait pour eux avant tout un individu qui interagit avec les autres selon sa façon d'être et non au travers de sa "science". Certains se verraient doués naturellement pour cette relation alors que d'autres moins.

Afin de départager les deux camps, une solution intermédiaire serait peut être de tirer leçon de ce qui se passe chez nos collègues étrangers européens et dans le reste du monde à

travers quelques exemples. Il y a en effet des endroits où cela se passe autrement, où l'on est à l'écoute, où on collabore de façon régulière avec des psychothérapeutes.

Un collègue qui a eu la chance d'effectuer un stage de neuf mois au Canada pendant son internat en médecine générale, m'a dit avec fierté que ce n'était qu'à partir de ce moment là qu'il avait véritablement appris son métier. L'analyse au cas par cas des situations cliniques, mais également des différentes attitudes échangées avec le patient par un tuteur, en est peut être une des explications.

La situation est également totalement différente dans mon pays d'origine en Roumanie, aussi bien au cours de l'externat que de l'internat de médecine générale. Ainsi, j'ai été surprise lors de mon arrivée à Nancy en 2003, de constater que certains étudiants étaient amenés à se présenter à l'Internat sans aucune expérience pratique dans des spécialités essentielles telles que la Cardiologie ou la Gynécologie Obstétrique. Ils n'avaient pas pu s'y rendre faute de place alors que, dans mon pays, ces deux disciplines étaient considérées comme obligatoires.

Cependant je crois savoir que des adaptations ont été mises en place depuis peu afin de pallier ce problème. Une autre idée me paraîtrait également la bienvenue : celle de déterminer les durées de stage en fonction de l'étendue du programme de la discipline tel que je le connais chez moi ou dans d'autres pays (Canada, Italie). Il s'agirait sans doute d'une bonne chose afin de pouvoir cerner l'ensemble des problèmes présentés par certains patients de retour après une consultation chez le spécialiste.

La durée elle-même de l'Internat de Médecine Générale est soumise à question à travers cette étude. Est-il logique de penser qu'une formation de trois ans soit suffisante pour pouvoir aborder l'ensemble des situations cliniques se présentant en consultation à la fin de notre cursus ? Les facultés suisses et allemandes répondent non en imposant un cursus minimal de 5 ans pour la médecine générale avec une place beaucoup plus importante pour la médecine ambulatoire (2 années au lieu des 6 mois réalisés en France). Or, c'est de ce stage chez le praticien de ville dont va dépendre essentiellement le choix de carrière du futur médecin. Pourquoi ne pas augmenter alors la durée de la formation au cabinet de ville ? C'est ce qui est pratiqué au Canada, en Roumanie et en Italie, où plus de la moitié de l'enseignement s'effectue de cette manière alors que sept ans de résidanat sont nécessaires en Suisse afin d'acquérir toutes les spécificités propres à la médecine de famille.

Pour améliorer notre formation et attirer les jeunes étudiants vers la médecine générale, la faculté de médecine de Nancy a introduit un stage chez le praticien en 5ème année, afin de faire découvrir aux étudiants de deuxième cycle la vraie médecine générale, celle rencontrée sur le terrain.

Pendant mon stage au CHU (Centre Hospitalier Universitaire), j'ai eu l'occasion d'interroger une douzaine d'étudiants sur la vision qu'ils avaient du stage au cabinet de ville. Parmi eux, 6 l'ont apprécié et semblent décidés à poursuivre vers la médecine générale, 4 la considèrent comme une alternative à la médecine de spécialité, et 2 excluent cette option dans la suite de leur carrière.

Ce qu'il est intéressant de constater, c'est que la majorité des étudiants considèrent que le stage chez le praticien leur a fait changer d'avis sur la médecine générale. Ils découvrent en effet un travail intéressant, parfois stimulant mais surtout très différent de ce qu'ils avaient connu jusque là à l'hôpital. L'image du médecin généraliste, comme celle d'une personne proche de ses patients, capable de les comprendre et de les aider quand ils en ont besoin semble être celle qui suscite le plus de vocation pour la profession.

En dehors de la durée en elle-même des études, la place accordée à la psychologie médicale dans le domaine de la relation médecin malade n'est pas la même partout. Certains pays accordent ainsi une place privilégiée à la formation psychothérapeutique et à la communication avec les patients, en tout cas bien supérieure à celle qui y est consacrée en France. S'il s'agit la plupart du temps de cours et de séminaires spécifiques abordant le sujet, nous pouvons simplement constater que 19 heures sont consacrées aux pathologies psychiatriques en médecine générale au Luxembourg (dont 2 heures sur le cas banal et ce qu'il peut cacher) alors que 3 heures y sont dédiées à Nancy. Et que dire du programme allemand destiné aux futurs généralistes intégrant 80 heures de médecine psychosomatique ? Il existe donc irrémédiablement un manque à ce niveau dans notre pays. Tout reste donc à faire, même si certaines facultés comme nous l'avons vu sont indéniablement plus en avance que d'autres.

Pourquoi alors ne pas proposer des formations optionnelles à ceux qui en ressentent le besoin puisque, comme nous l'avons déjà mentionné, c'est en fonction des expériences et du vécu de chacun que sera déterminée la nature de notre approche avec le patient. La mise en place d'unités de médecine familiale avec suivi au long cours par un tuteur (exemple

Canadien) semble pour ma part la solution la plus adaptée à une prise en charge du patient dans sa globalité biopsychosociale.

Une seconde solution passerait peut être par le développement de ces groupes Balint, qui permettraient d'appréhender la personnalité de nos patients selon la sensibilité et les résonnances propres de chacun. En échangeant sur notre ressenti avec d'autres collègues, nous pourrions ainsi nous libérer de nos doutes et de nos craintes afin d'envisager une relation plus sereine, pour nous-mêmes mais aussi pour nos malades.

L'objectif principal de cet échange, tel qu'énoncé par la faculté de Médecine de Toulouse, reste bien cependant celui de donner au symptôme du consultant sa place dans le monde intérieur du patient. Si d'autres facultés ont reconnu l'intérêt de cette pratique comme par exemple à Paris ou à Rouen, la mise en place de ces séances ici à Nancy par petits groupes serait peut être une des réponses aux attentes des étudiants interrogés.

Certains seraient peut être même tentés de poursuivre l'expérience vers un diplôme universitaire de Psychanalyse et Médecine, récente formation enseignée à l'Université Diderot Paris VII (3). Enfin, le diplôme d'études spécialisées en médecine psychosomatique et psychothérapie né dans certaines facultés allemandes, prouve bien qu'il est à présent temps de se consacrer « enfin » en France à cette nouvelle dimension de la médecine générale.

CONCLUSION

Le médecin généraliste, un psychiatre amateur?

Je souhaite que notre médecine française, admirée de par le monde sur le plan scientifique, ne reste pas à la traîne, comme je le constate trop souvent, et avec tristesse, qu'elle le fait, sur le plan humain

Pinon Jocelyne

Dans sa pratique quotidienne, le médecin doit se contenter de vérités relatives, puisque, outre ses connaissances scientifiques, il opère avec son être.

Le médecin généraliste tend à être utilisé à la fois comme l'un des multiples objets de l'univers mental des patients, mais aussi comme celui auquel on peut tout demander, celui qui peut satisfaire tous les besoins et celui qui peut régler tous les problèmes. En médecine générale, les symptômes physiques, psychologiques ou comportementaux peuvent coexister, se succéder ou alterner de façon imprévue.

Par le soutien relationnel qu'il procure, le médecin est le premier et le plus important des médicaments qu'il administre à son malade. Dans la consultation, le médecin a une position privilégiée, il doit comprendre et tolérer les attitudes de son patient, sans trop encourager le besoin de dépendance. Il doit avant tout éviter les réactions d'émotion, telle que la révolte et le rejet, il maîtrise les aspects de transfert et de contre-transfert.

Ce soutien relationnel ne se limite pas aux pathologies psychiatriques, les maladies somatiques en bénéficient aussi. Les patients régulièrement suivis par leur généraliste sont significativement plus observants vis-à-vis de leurs traitements, plus optimistes et moins souvent hospitalisés. (100)

Le médecin ne doit pas devenir un psychiatre amateur. Il ne doit pas non plus être complètement fermé à la dimension psychologique qui existe dans la plupart des pathologies.

C'est en prenant conscience de la modification inattendue des symptômes entre deux rencontres successives, de leur disparition, de leur remplacement éventuel par d'autres symptômes, que le médecin qui sait évoluer et sortir du strict registre académique de base est amené à rechercher un sens unificateur derrière ce désordre apparent. Cette évolution est souhaitable pour accéder à la qualité de médecin traitant, en dehors d'une formation psychologique préalable.

Un exemple concluant dans ce sens est présenté par Louis Velluet dans son livre, « Le médecin, un psy qui s'ignore » : Un médecin entretien depuis plus de vingt ans avec un patient qui s'approche de la soixantaine une relation médicale vécue comme satisfaisante. Cet homme présente une surcharge métabolique, une hypertension artérielle et une insuffisance cardiaque débutante.

Débute alors une période difficile pour le patient avec surcharge de travail et stress entraînant une décompensation à la fois physique et psychique. Aux troubles cardiaques s'associent angoisses, insomnies, instabilité caractérielle.

Le médecin lui propose pour l'aider, en plus de son traitement, une consultation chez un psychiatre, pour corriger ce qu'il considère comme un état dépressif. Il reçoit quelques jours plus tard de celui-ci une réponse qui débute ainsi : « Votre patient dont la structure paranoïaque est évidente… ».

La relation ancienne et jusque là satisfaisante va s'interrompre brutalement, le patient abandonnera sans explication son médecin. Le médecin prendra conscience dans quelques mois au cours d'un cursus de formation que le sentiment de panique ressenti à la lecture du mot p*aranoïa* a modifié l'attitude du patient.

On ressent ici la frustration que certains médecins traitants peuvent rencontrer lorsqu'un patient qu'ils connaissent et suivent depuis longtemps, décide de voir un autre confrère. On pensait alors avoir une relation privilégiée et solide, que rien ne pouvait détruire et pourtant à partir d'un malentendu tout s'écroule. Dans ces moments on peut logiquement être tenté de devenir des prestataires de service sans aucune reconnaissance de la part de certains patients. La culpabilité s'installe alors, et on se demande les raisons ayant bien pu conduire à ce qui est souvent ressenti comme un échec pour le médecin.

Réflexion au sujet de la formation médicale

Au lieu de se demander comment ils pouvaient au mieux soigner leurs malades, les médecins se demandèrent comment leurs malades pouvaient faire d'eux leurs médecins

Balint

Toute formation à la relation médecin-malade dépend étroitement de la conception que l'on a de la personne, de la santé, de la maladie et de l'importance que l'on accorde aux phénomènes inconscients dans la relation thérapeutique. Les objectifs de cette formation dépendent également de ce que l'on attend des notions de communication et de relation.

Il semble aller de soi que permettre aux futurs soignants d'élaborer l'idée que les phénomènes relationnels sont importants dans l'action de soigner est une entreprise plutôt pertinente et qu'il conviendrait de la commencer tôt au cursus des études. Cependant, le programme des études médicales, accorde une place modeste à l'enseignement de la communication ou à la formation à la relation.

Comment un médecin qui souffre d'un problème psychologique non résolu car réellement non traité pour lui-même pourrait-il aider son patient à cet endroit ? Comment peut-il même ne pas être nuisible à son patient à ce même endroit ?

Comment quelqu'un qui ignore un problème ou une souffrance le concernant au premier chef, qui les méconnaît, peut-il les prendre en compte ? C'est impossible ! Le premier pas pour traiter une douleur c'est d'être capable de la reconnaître en tant que telle ce qui demande une certaine humilité.

La formation des nouveaux médecins, de plus en plus scientifique et mathématique, ne les prépare plus vraiment à se trouver confrontés aux simples réalités humaines. Or, il faut toutefois remarquer que les étudiants sont assez réceptifs à certaines notions de psychologie humaine (96). Ils ont ainsi conscience de ne pouvoir connaître ce qu'il leur a été appris, à moins de l'avoir vécu eux-mêmes.

Hors, nul ne peut connaître ce qu'il n'a jamais appris, à moins qu'il ne l'ait vécu.

Nous devons de plus acquérir, par une formation spécifique, la connaissance sur les problèmes psychologiques que nous n'avons pas eu à résoudre, pour nous-mêmes, dans le cadre de notre psychothérapie. (89)

Les futurs soignants doivent être sensibilisés – pour en devenir parfaitement conscients – aux principaux éléments du contexte de soins, pour acquérir les aptitudes nécessaires ou au moins utiles à ce que société comme patients attendent d'eux :

- réflexion approfondie sur santé et médecine, système de soins, place centrale des patients
- sensibilité aux problèmes personnels des patients ainsi qu'aux aspects sociaux, éthiques, économiques, civiques, juridiques, de l'environnement
- ouverture à des cultures différentes, pour malades ou étudiants venant d'autres pays (91)
- aptitude à collaborer, à échanger, à partager, à travailler en équipe
- souci d'une évaluation permanente pour faire évoluer la sécurité, assurer la qualité, dans toute la mesure permise par les moyens accordés
- finalement aptitude à communiquer avec des personnes extrêmement variées, sur des sujets délicats, pour des enjeux majeurs, à réagir et à s'adapter à des situations imprévues (87)

Pour la jeune génération de médecins en cours de formation il y a là un enjeu majeur qui n'est ni plus ni moins qu'un enjeu de civilisation. Les médecins généralistes sont aujourd'hui parmi les derniers gardiens de la haute valeur de l'hominisation de sapiens sapiens.

Les canadiens ont proposé une évaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient qui a lieu tous les cinq ans (107). Nous pourrions également nous en inspirer et ce dès le début de notre formation. En voici les points clés :

Préoccupation de la personne et de son point de vue:

1. Salue le patient et se présente.
2. Invite le patient à décrire comment ses problèmes de santé affectent sa vie quotidienne.
3. Invite le patient à exprimer sa perception de ses symptômes.
4. Invite le patient à exprimer ses inquiétudes par rapport à ses symptômes.
5. Invite le patient à partager ses attentes face à la consultation.
6. Tient compte de l'opinion et des inquiétudes du patient tout au long de l'entrevue.
7. Implique le patient lors du processus de décision thérapeutique.

Respect :

8. Laisse au patient le temps de s'exprimer et, s'il doit l'interrompre, le fait avec tact.
9. Evite d'être hautain et brusque avec le patient.
10. Respecte les opinions du patient.
11. Questionne le patient sur ses émotions.

Compréhension empathique :

12. Exprime sa perception des émotions ressenties par le patient.
13. Manifeste au patient qu'il est sensible à ce qu'il vit.

Habiletés de communication :

14. Regarde le patient quand il lui parle et lorsque ce dernier s'exprime.
15. Utilise adéquatement les questions ouvertes et fermées.
16. Réagit de façon appropriée à la communication non-verbale du patient.
17. S'exprime avec clarté et précision.
18. Explique la conduite proposée.
19. Evite le jargon médical.
20. Vérifie la compréhension du patient tout au long de l'entrevue.

Faut-il une initiation à une formation psychologique, psychosomatique ou psychanalytique ?

> *Nous n'avons reçu aucun enseignement, aucune formation psychologique, aucune ouverture philosophique ou existentielle par rapport à la confrontation à l'autre, à son corps, à la mort, à l'acte de soigner…*(88)
>
> **Galam Eric**

Toute consultation de médecine générale comporte une part de psychothérapie. Le patient en sort généralement rassuré, plus optimiste et plus observant vis-à-vis de son traitement. Parallèlement à cette relation psychothérapique de base qui fonde les actes de médecine générale, il existe des psychothérapies plus structurées qui sont, selon les cas, du ressort du généraliste ou du spécialiste. (99)

La médecine a tendance à négliger le contexte socio-économique, la culture et la personnalité du patient. Si elle ne peut pas donner directement un sens à ses troubles, dans le meilleur des cas, elle les range dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie « là où toutes les vaches sont grises ».

La plupart des généralistes se disent mal à l'aise lorsqu'ils ont à affronter les diverses catégories de la pathologie mentale. La prise en charge du désordre psychologique étant considérée comme relevant exclusivement de la compétence du psychiatre, le médecin généraliste se contente assez souvent de renouveler le traitement ordonné par le spécialiste. En outre le médecin généraliste, s'il est bien conscient de ce qu'il fait, est plutôt embarrassé lorsqu'il s'agit de prescrire en première intention des médicaments psychotropes. La finesse des ressorts de la pathologie mentale risque de lui échapper car il n'a été que très peu formé ou pas du tout aux arcanes de la souffrance psychique.

Il est tellement plus commode de considérer comme fous tous ceux dont le comportement dévie par rapport à la norme conseillée ou imposée.

Etant donné le polymorphisme des manifestations hystériques, c'est aussi bien un généraliste que n'importe quel spécialiste qui pourra être sollicité en premier lieu, et comme l'hystérie représente un pourcentage important de toute clientèle médicale, le médecin sera bien obligé de s'en occuper. Or les praticiens les plus « organicistes », ceux auxquels rien

n'échappe des moindres manifestations somatiques, reconnaissent que 50% au moins de leurs malades ne sont porteurs d'aucune lésion ni d'aucun trouble biologique. (85)

Pinon Jocelyne écrivait : «Une aide minimale serait d'informer les médecins, dès leurs études, qu'il leur sera utile de se former dans le domaine psychologique et qu'une aide psychologique leur est nécessaire et permise. Que cette aide leur sera utile, pour eux-mêmes, afin de faire face à certaines pathologies et à certains problèmes humains.

Il faudrait les informer qu'il ne s'agit pas là d'un reproche sur leur fonctionnement actuel ni d'une critique sur ce qu'ils devraient connaître sans l'avoir appris, mais d'une nécessité de connaissance personnelle de leur problématique individuelle, y compris pour tout ce qui touche à leur propre hygiène de vie. » Cette connaissance de soi impose systématiquement d'explorer trois pôles de notre activité : le pôle expérimental, qui étudie un objet, le corps de l'homme malade ; le pôle psychologique, illustré par la psychothérapie, qui s'intéresse à un sujet, l'homme malade avec ses désirs et ses craintes ; le pôle écologique, illustré par la systémique, qui se préoccupe de la communication entre les hommes.

La France étant le plus gros consommateur mondial de psychotropes, le médecin généraliste est appelé à subir l'incessante pression des grands laboratoires pharmaceutiques qui veulent placer leurs produits en vantant les mérites. Nous assistons actuellement en France, à la suite de ce qui s'est passé chez les anglo-saxons, à une psychiatrisation forcenée des troubles psychiques mineurs pour aboutir à des prescriptions rentables à grande échelle.

Le médecin généraliste, en fait principal prescripteur de psychotropes, hérite en aval d'une situation qui le dépasse, emporté par un mouvement idéologique qui consiste tout simplement à éradiquer le sujet au profit de symptômes à l'étiologie parfois très douteuse.

Il est fréquent aujourd'hui de se voir prescrire par un généraliste de puissants anti-dépresseurs pour répondre à une banale « bobologie ». Souffrir d'un deuil, d'une rupture sentimentale, d'une perte d'emploi, voire du fait d'être simplement agacé par son conjoint ne peut en aucune manière être considéré comme une maladie justifiant d'un traitement psychiatrique. Il s'agit, et il faut le crier bien fort, d'une souffrance normale et non pathologique. Si le médecin généraliste se rend abusivement complice de ce genre de pratique, en participant à outrance à la médicalisation de symptômes mineurs il risque d'y perdre non seulement son âme, mais aussi sa capacité à écouter les patients pour les aider à faire émerger le sens de leurs plaintes.

Les psychotropes ne soignent pas vraiment lorsque l'esprit est blessé, même au sein de l'hôpital psychiatrique. Leur action n'est pas constante et peut varier d'un patient à l'autre. Dans les cas graves, et nous pensons aux psychoses, ils servent le plus souvent à masquer temporairement la détresse du sujet pour qu'il ne soit pas complètement désocialisé, mais ne le guérissent pas vraiment car l'origine de son mal est ailleurs.



Rendons hommage à Freud de s'être aperçu qu'il y avait une spécificité de la souffrance psychique...

La connaissance de la labilité des symptômes doit attirer l'attention du médecin sur les phénomènes névrotiques, en particulier l'hystérie. Lorsque le médecin ne réalise pas qu'il a affaire à un sujet névrosé, il manque de pertinence diagnostique au point de rater ce qui justifie sa fonction, à savoir la prescription d'un traitement approprié à la problématique du patient.

Les hystériques savent très bien mettre en échec le médecin, illustrant ainsi la remarque de Lacan : « l'hystérique se choisit un maître pour mieux le destituer ». Plus que jamais la vigilance du médecin est requise pour pouvoir entrevoir ce qui se dit derrière le discours manifeste du patient et sa demande de soins. Le discours « inconscient » du patient à l'adresse du médecin qui ne se laisserait pas leurrer pourrait être le suivant : « Je te demande de me refuser ce que je t'offre car cela n'est pas ça ! ». (113)

Tout l'art du thérapeute réside dans certains cas dans le choix du moment où son intervention a une chance d'être opérante. Dans la majorité des cas l'activité psychothérapeutique est impossible à dissocier du contexte médical. C'est dire l'importance de l'implication personnelle du médecin en tant que premier agent de l'action psychothérapeutique.

L'approche psychothérapique n'est jamais unique en médecine générale. Le meilleur conseil, note Michael Balint, qu'on puisse donner au médecin généraliste est le suivant : *Dans*

le doute, ne vous hâtez pas, mais écoutez. Le praticien doit aussi accepter de ne pas rassurer chaque fois son patient, mais plutôt de l'aider à comprendre.

L'expression de Winnicott : la capacité d'être seul en présence de quelqu'un est souvent développée par le généraliste et c'est essentiel, vu le nombre d'heures que le praticien passe à consulter dans son cabinet.

Le comportement médical a souvent été qualifié de paternaliste et la consultation a été décrite comme « une conscience qui rencontre une confiance » (Pr. Portes, « A la recherche d'une étique médicale »).

Les anglo-saxons ont deux mots qui distinguent le « cure » des médecins prescrivant les traitements et le « care » des infirmières assurant les soins aux malades. Le médecin serait ainsi l'auteur, le prescripteur du traitement et l'infirmière serait la dispensatrice des soins. « Care » décliné comme une éthique du souci de l'autre semble donc n'intéresser que les infirmières, et le médecin, a-t-il abandonné le champ du souci de l'autre ?

On ne peut pas exercer une authentique prévention alors qu'on ignore tout des figures parentales du patient, de leur histoire et de la dynamique familiale en cours. Le médecin traitant doit aller au-delà d'une simple surveillance somatique et prendre en considération les modifications de la sphère psychoaffective.

Il est plus facile pour le médecin de s'imaginer en témoin objectif que de s'interroger sur l'influence de ses propres attitudes sur la dynamique d'une situation. Il est évident que les sympathies ou les antipathies du médecin le conduisent à s'occuper avec une attention exagérée d'un ou d'une patiente, et cela modifie non seulement le déroulement de la consultation, mais aussi la qualité de l'acte médical. (2)

Devenir généraliste n'est pas et ne peut être une «formation» comme on l'entend habituellement, résumée dans un règlement et un catalogue. Devenir généraliste relève plus du processus puisqu'il s'agit d'inventer, de créer au cours de ces années sa propre identité de médecin et de thérapeute, d'aiguiser beaucoup son regard sur soi et de savoir porter son regard sur les collègues et leurs pratiques en associant esprit critique et humilité.

Des chercheurs s'intéressent maintenant aux questions relatives, aux conditions d'apparition des maladies auto-immunes et de leurs variations évolutives. L'influence du psychisme sur l'évolution d'un cancer est probable même si l'on ne connaît pas encore le ou les points d'interaction entre psyché et soma. D'après des études épidémiologiques, la survie est meilleure chez des patients qui font face à leur maladie ou qui ont une plus grande volonté de vivre que chez ceux qui s'abandonnent au désespoir. (20) On ne peut donc séparer le psychique du somatique ou du moins ne pas prendre en compte les influences ou interrelations entre les deux sphères.

Et en fin...

Tel soigne le cœur, cet autre le rein, cet autre le cerveau, qui soigne le malade ?

Sacha Guitry

Après toutes ces réflexions et au vu des résultats de l'enquête menée au cours de ce travail, il apparaît évident pour l'ensemble des jeunes médecins généralistes que des adaptations sont nécessaires dès le début de notre formation dans de nombreuses facultés de médecine de France. Des changements doivent ainsi s'opérer dans des domaines aussi essentiels que la durée de la formation notamment au cabinet de ville ou en médecine ambulatoire, afin d'acquérir une plus grande autonomie en fin de cursus. Un savoir faire face aux comportements déstabilisateurs, à certaines attentes non verbalisées ou autres troubles psychologiques cachés par notre future patientèle mérite selon nous une formation complémentaire et notamment dans le vaste domaine de la psychologie médicale et des interactions médecin-malade.

En fonction des sensibilités de chacun, il nous semblerait ainsi intéressant de proposer à ceux qui en expriment le besoin, non pas un enseignement théorique sur le sujet qui n'aurait d'autre but que de faire fuir à nouveau les étudiants des bancs de la faculté, mais un séminaire d'applications pratiques dirigé par des professionnels de santé compétents en la matière (psychiatre, psychanalyste, généraliste) avec mise en place de situations type rencontrées en ville ou à l'hôpital.

La formation de groupe de paroles où les étudiants pourraient échanger entre eux des difficultés rencontrées avec leurs patients à l'image des groupes Balint, sous l'attention d'un tuteur, paraît également une solution intéressante, d'autant plus que cette technique est actuellement reconnue ailleurs en France mais aussi comme nous l'avons vu chez nos voisins allemands.

Enfin, je voudrais simplement terminer en ajoutant que l'objectif de ce travail n'était pas de révolutionner l'ensemble de notre cursus de médecin généraliste, mais bien d'avoir fait prendre conscience à toutes et à tous que nous sommes parfois amenés sans le vouloir à délaisser la place du médecin pour prendre celle du psychothérapeute. Ce changement de statut, s'il s'opère de façon naturelle pour certains, engendre pour d'autres un besoin réel qu'il serait bon de satisfaire à présent afin d'assurer à tous une pleine santé physique, mentale et sociale.

BIBLIOGRAPHIE

1. FREUD Sigmund, **Cinq leçons sur la psychanalyse**, septembre 1909, Edition Petite bibliothèque Payot: 46

2. VELLUET Louis, **Le médecin, un psy qui s'ignore**, Edition L'Harmattan, décembre 2005: 17-115

3. Site internet de la **Faculté de médecine Paris VII** : http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/images/stories/pdf/DESMED/portfolio.pdf, consultée en février 2010

4. WINNICOT D. W., **L'enfant et le monde extérieur**, Edition Petite bibliothèque Payot: 108

5. MATTEI Jean François, **Question d'éthique biomédicale,** Edition Flammarion, 1980: 44-89

6. CONGRE Carole, **La relation médecin-patient en médecine générale**, *Thèse de médecine générale*, Faculté de médecine, Nancy, novembre 2007: 54-82

7. Page internet de la **Faculté de médecine de Clermont Ferrand** : http://medecine.u-clermont1.fr/dmg/accueil_dmg.php?c=enseignements&p=controledesconnaissances#nav, consultée en janvier 2010

8. Page internet de la **Faculté de médecine de Lyon** : http://lyon-sud.univ-lyon1.fr/02367043/0/fiche___pagelibre/&RH=1182178826735, consultée en décembre 2009

9. Page internet de la **Faculté de médecine de Montpelier** : http://www.univ-montp1.fr/l_universite/ufr_et_instituts/ufr_medecine/formation_initiale_scolarite/troisieme_cycle_diplomes_d_etudes_specialisees_et_diplome_de_formation_medicale_specialisee, consultée en février 2010

10. Cahier du programme de résidence en médecine familiale, **Université de Montréal**, Direction du programme et collaborateurs, Juillet 2008, page internet: www.medfam.umontreal.ca, consultée en juin 2009

11. Page internet de la **Faculté de médecine de Marseille** : http://www.timone.univ-mrs.fr/medecine/enseignement/censeignement.html, consultée en mars 2010

12. BRINKLEY B., FRÉCHELIN E., PILET F., **Apprentissage de la médecine générale**, *Revue Médicale Suisse*, Numéro135, novembre 2007, article numéro 32708

13. GACHE C., FORTINI A., MEYNARD M., **L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques***, Revue Médicale Suisse,* Numéro 80, septembre 2006, article numéro 31657

14. Page internet de la **Faculté de médecine de Montpelier** : http://www.univ-montp1.fr/content/download/23584/208241/version/2/file/MG_Seminaires_enseignements_theoriques_2010.pdf, consultée en janvier 2010

15. LEVASSEUR Gwenola, LAMAPARIN Jean Michel et HONNORAT Charles, Faculté de médecine de Rennes, *Cours, Module de médecine générale*, année 2002-2003

16. MILLETTE Bernard, LUSSIER Marie-Thérèse, GOUDREAU Johanne, **L'apprentissage de la communication par les médecins : Une mission académique prioritaire**, *Hôpital Cité de la Santé* de Laval et Université de Montréal, janvier 2004: 2-16

17. Page internet de la **Faculté de médecine de Nantes** : http://www.remede.org/documents/article849.html, consultée en février 2010

18. Page internet de la **Faculté de médecine de Grenoble** : http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/medatice/sites/mg/?debut=12&nombre=6, consultée en mars 2010

19. HONNORAT Charles, **Apprentissage de l'exercice médical**, *Le malade et sa maladie*, Cours, Faculté de médecine de Rennes, septembre 2007

20. TOUZET Jacques, **Le fait iatrogène**. **Relation médecin-malade et médecine actuelle**, *Thèse de médecine générale*, Faculté de Médecine de Nancy, 1972: 32 - 84

21. Page internet de la **Faculté de médecine Pris XI** : http://www.kb.u-psud.fr/medecine-generale/DES/Enseignement%20theorique/T1.htm, consultée en février 2010

22. ASSAKOUM Ahmed, **Le contrat de soins**, *Thèse de médecine générale*, Faculté de médecine de Nancy, septembre 1987: 47 - 96

23. VASSEUR Annie, CABIE Marie-Christine, **La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie**, *Recherche en soins infirmiers*, Numéro 82, septembre 2005: 43-49

24. Page internet de la **Faculté de médecine d'Angers** : http://www.med.univ-angers.fr/mg/spip.php?article110, consultée en janvier 2010

25. Page internet de la **Faculté de médecine de Bade-Wurtemberg**, Allemagne : http://www.aerztekammer-bw.de/30/10/wbo2008.pdf, consultée en mars 2010

26. Page internet de la **Faculté de médecine d'Angers** : http://www.med.univ-angers.fr/mg/IMG/pdf/ModuleB_LEMANS_2008-2009_2e-sem-2.pdf, consultée en février 2010

27. Page internet de la **Faculté de médecine d'Angers** : http://www.med.univ-angers.fr/mg/IMG/pdf/ModuleB_ANGERS_2009-2010_1er-sem.pdf, consultée en février 2010

28. KORICHI Abdelkrim, ZAATOUT Ramdane, **Les aptitudes de communication des médecins généralistes. Etude comparative entre des médecins algériens et français**, *Arabpsynet eJournal*, Numéro 5, janvier-février-mars 2005: 74-77

29. Page internet de la **Faculté de médecine d'Angers** : http://www.med.univ-angers.fr/mg/IMG/pdf/ModuleB_LAVAL_2008-2009_2e-sem.pdf, consultée en février 2010

30. LEMASSON Arnaud, GAY Bernard, LEMASSON Jean-Louis et DUROUX Gérard, **Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine**, *Médecine*, Volume 2, Numéro 1, janvier 2006: 38-42

31. Page internet de **Royal College of General Practitioners**, Royaume Uni : http://www.rcgp.org.uk/news_and_events/courses__events/course_material.aspx, consultée en février 2010

32. SCHETGEN M., **La communication médecin généraliste-patient à la lumière de la loi sur les droits du patient**, *Ethique et économie*, mai 2006: S387-S391

33. KRAVITZ RL, EPSTEIN RM, FELDMAN MD et coll., **Influence of patients' request for direct-to-consumer advertised antidepressants: a randomized controlled trial,** *JAMA* 2005: 293

34. GARNIER Emmanuèle, **Docteur, je voudrais du Paxil ! L'influence qu'exercent les patients sur les médecins**, *Le Médecin du Québec*, Volume 40, Numéro 8, août 2005: 21-25

35. Page internet de **Royal College of General Practitioners**, Royaume Uni : http://www.rcgp.org.uk/gp_training/student_forum/becoming_a_gp/foundation_programmes/foundation_year_1.aspx, consultée en février 2010

36. RICHARD C, LUSSIER MT., **La communication professionnelle en santé**, Montréal, Edition ERPI, 2005: 840

37. Page internet des stages pratiques en médecine générale au Royaume Uni : http://gptraining.dundee.ac.uk/St3_Table.aspx, consultée en février 2010

38. ASSAL Jean-Philippe, **Et si une pédagogie conduisait à une médecine plus globale?**, *Med Hyg*, 2002: 60

39. STEWART M, BROWN JB, DONNER A, **The impact of patient-centred care on outcomes**, *J Fam Pract*, 2000: 49

40. Page internet de **Royal College of General Practitioners**, Royaume Uni : http://www.rcgp.org.uk/gp_training/student_forum/becoming_a_gp/foundation_programmes/foundation_year_2.aspx, consultée en janvier 2010

41. TARDIF J., **Pour un enseignement stratégique**, *L'apport de la psychologie cognitive*, Montréal, Les Editions Logiques, 1997: 6

42. JACQUEMET S., **Le patient peut-il apprendre à devenir un malade chronique?** , *Bulletin d'Education du Patient* 1998 : 66

43. GIORDAN A, DE VECCHI G., **Les origines du savoir : des conceptions des apprenants aux concepts scientifiques**, Paris, *Delachaux et Nestlé*, 1987: 9

44. Page internet des stages pratiques en médecine générale au Royaume Uni : http://gptraining.dundee.ac.uk/St2_Table.aspx, consultée en février 2010

45. BERTAKIS KD., **The communication of information from physician to patient**, **A method for increasing patient retention and satisfaction**, *J Fam Pract* 1997: 5

46. Page internet de **Royal College of General Practitioners**, Royaume Uni : http://www.rcgp.org.uk/gp_training/student_forum/becoming_a_gp/foundation_programmes/foundation_year_2.aspx, consulté en mars 2010, consultée en février 2010

47. SZASZ TS, HOLLENDER MH., **A contribution to the philosophy of medicine,** *The basic models of the doctor-patient relationship*, AMA Arch Intern Med 1956: 97

48. ONG LM, DE HAES JC, HOOS AM, LAMMES FB., **Doctor-patient communication**, *A review of the literature*, Soc Sci Med 1995: 40

49. Page internet de la **Faculté de médecine de Toulouse** : http://www.medecine.ups-tlse.fr/docs/DES_MG_Calendrier_cours%2009-10.pdf, consultée en février 2010

50. REINHARD EH., **Medicine and the crisis in confidence**, Edition Pharaons 1974: 37

51. BRODY DS., **The patient's role in clinical decision-making**, *Ann Intern Med* 1980, Numéro 93: 718

52. Page internet de la **Faculté de médecine de Poitier** : http://www.univ-poitiers.fr/08182155/0/fiche___pagelibre/&RH=1197455655295, consultée en décembre 2009

53. Page internet de la **Faculté de médecine de Bordeaux** : http://www.u-bordeaux2.fr/GJ01_101/0/fiche___formation/&ONGLET=3, consulté en novembre 2009

54. Page internet de la **Faculté de médecine de Saint Etienne** : http://portail.univ-st-etienne.fr/bienvenue/formations/d-e-s-medecine-generale-81333.kjsp?RH=INSCFAC, consultée en mars 2010

55. Loi du 4 mars 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel 2002

56. Page internet de la **Faculté de médecine de Florence**, Italie : http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/B14CC068-A6B0-43E8-8486-95416C3A473D/0/Laformazionespecificainmed_generale.pdf, consultée en novembre 2009

57. Page internet de la **Faculté de médecine de Nancy** : http://www.medecine.uhp-nancy.fr/pages/3e_cycle/pdf/objectifs_enseignements.pdf, consultée en novembre 2009

58. BOULA Jean-Gilles, **La qualité de vie du patient**, cours, Université de Bobigny - Ecole des cadres de santé -Université Paris 13: 1-2

59. Page internet de la **Faculté de médecine de Florence**, Italie : http://translate.google.fr/translate?hl=fr&sl=it&u=http://biblioteca.asmn.re.it/Sezione.jsp%3Ftitolo%3Dcorso%2520di%2520formazione%2520specifica%2520in%2520medicina%2520generale%26idSezione%3D755&ei=xeu9S7ytEYjK-Qafm_zaCA&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=4&ved=0CBwQ7gEwAw&prev=/search%3Fq%3DLA%2BFORMAZIONE%2BSPECIFICA%2BIN%2BMEDICINA%2BGENERALE%26hl%3Dfr%26sa%3DG, consultée en novembre 2009

60. Page internet du programme des enseignements des facultés de médecine aux Etats Unis : http://www.cmmcfmrp.org/lew_curriculum.html, consultée en mars 2010

61. RAMEIX S., **Un point de vue philosophique sur le rapport du CCNE,** *Consentement éclairé et information des patients qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche*, Cahiers du CCNE, 1998

62. Page internet des enseignements des facultés de médecine aux Etats Unis : http://www.umassmed.edu/Content.aspx?id=76446&linkidentifier=id&itemid=76446, consultée en mars 2010

63. Page internet des enseignements des facultés de médecine aux Etats Unis : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2278313/, consultée en janvier 2010

64. Page internet de **Royal College of General Practitioners**, Royaume Uni : http://www.rcgp.org.uk/gp_training/student_forum/becoming_a_gp/gp_specialty_training.aspx, consultée en février 2010

65. Rapport et recommandations n°58 du Comité Consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé : **Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche**, *Cahiers du C.C.N.E.* 1998

66. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE : Décret numéro 95-1000, Journal Officiel de la République française du 06/09/1995

67. Equipe Mobile de Soins Palliatifs des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, **Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie**, *Accompagnement d'un mourant et de son entourage*, Faculté de Médecine – U.L.P. – Strasbourg, 2003

68. REY-WICKY H., VANNOTTI M., **L'empathie dans la relation de soins**, *Médecine psychosomatique,* Numéro 3, 1994: 23

69. Page internet de la **Faculté de médecine de Rouen** : http://www.univ-rouen.fr/MX410_100/0/fiche_DPM__formation/, consultée en février 2010

70. Page internet de la **Faculté de médecine de Paris 13** : http://www.univ-brest.fr/medecine/http://www-smbh.univ-paris13.fr/smbh/enseig/enseig_medecine/des_med_gen/des_Planning_cours%2008-09.pdf, consultée en février 2010

71. GREACEN Tim, **Savoir parler avec son médecin**, *Le guide de la nouvelle relation patient-médecin,* Editions Retz, 2000: 5 - 203

72. Page internet de la **Faculté de médecine de Strasbourg** : http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/enseignements_formations/enseignements_diplomes/cursus_diplome_docteur_en_medecine/3eme_cycle/internat_medecine_generale_DES/pdf/formation_theorique_organisation_des_enseignements_1ersemestre.pdf, consultée en décembre 2009

73. CHEVEAU Christian, **L'humanisme dans la pratique médicale quotidienne**, *Thèse de médecine générale*, Faculté de Médecine, Nancy, 1989: 168

74. RENAULT Jean François, Séminaire sur **Le changement**, *Atelier Numéro 23*, octobre 1993: 15 – 25

75. Page internet de la **Faculté de médecine de Toulouse** : http://www.medecine.ups-tlse.fr/docs/DES_MG_resumes_modules.pdf, consultée en février 2010

76. Page internet de la **Faculté de médecine Paris VI** : http://dermg-paris6.fr/dermg/wp-content/uploads/2009/10/prog-t3-merdredi.pdf, consultée en mars 2010

77. Page internet de la **Faculté de médecine Paris 13** : http://www-smbh.univ-paris13.fr/smbh/enseig/enseig_medecine/des_med_gen/livret%20_Interne_08_09.pdf, consultée en mars 2010

78. AUTHIER Jean-François, Séminaire **Les mots des maux de l'amour**, Atelier Numéro 21: 81

79. Présentation du D.E.S de Médecine générale, page internet de la **faculté de médecine d'Angers**, novembre 2008, www.med.univ-angers.fr, consultée en juin 2009

80. Page internet de la **Faculté de médecine de Timisoara**, Roumanie : www.edumedica.ro, consultée en mai 2009

81. CANGUILHEM Georges, **Le normal et le pathologique**, Edition Quadrige / PUF, août 1966: 7-217

82. HAMM R. M., HICKS R. J., BEMBEN D. A., **Antibiotics and respiratory infections: Are patients more satisfied when expectations are met?**, *J. Fam. Pract*., 1996, Numéro 43: 56

83. Page internet des facultés de médecine de l'est au Royaume Uni : http://gptraining.dundee.ac.uk/docs/Eastward.xls, consultée en février 2010

84. LIEVIN Thierry, **Bilan d'une année de stage de résident dans une unité de médecine familiale canadienne**, *Thèse de médecine générale*, Faculté de médecine de Nancy, septembre 2003: 36-251

85. ISRAEL Lucien, **L'hystérique, le sexe et le médecin**, Edition Masson, Paris, 2001: 128-238

86. Page internet de la **Faculté de médecine Paris VI** : http://dermg-paris6.fr/dermg/wp-content/uploads/2009/09/prog-t2-mardi.pdf, consultée en février 2010

87. MAZOURI-KARKER Sanae, **Formation des médecins généralistes et valorisation de la discipline. Exemple des facultés de médecine de Lausanne et de Nancy**, *Thèse de médecine générale*, Faculté de médecine de Nancy, juin 2009: 32-127

88. GALAM Eric, **La relation médecin-patient**, Edition TLM 1995, Volume 18: 3 – 35

89. CORDIER A., **Ethique et professions de santé**, *Rapport au ministre de Santé*, mai 2003

90. JAGSI R., LEHMANN L. S., **The ethics of medical education***, BMJ* 2004: 329 - 332

91. WEISSMAN J.S., BETANCOURT J., CAMPBELL E. G., **Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care**, *JAMA* 2005, Numéro 294: 1058-67

92. Page internet de la **Faculté de médecine Paris XI** : http://www.kb.u-psud.fr/medecine-generale/DES/Enseignement%20theorique/T3.htm, consultée en février 2010

93. Page internet de la **Faculté de médecine de Rennes** : www.resmed.univ-rennes1.fr/mgrennes, consultée en février 2010

94. Page internet de **Royal College of General Practitioners**, Royaume Uni : http://www.rcgp.org.uk/gp_training/student_forum/becoming_a_gp/career_pathway.aspx, consultée en mars 2010

95. BRUN Michel, **Pour une contribution de l'Extrême-Orient au développement de l'intuition clinique**, Colloque de Ravenel, 23 mai 1997: 1

96. ROUY J. L., **Etude de l'entretien entre un malade et un médecin**, Etudiants de DCEM 1, Jeux de rôles et magnétoscope, Revue *Educ Méd* 1981 Numéro 8: 11-18

97. ROUY J. L., **Synthèse et communication**, **Repères pour la pratique et la formation médicale**, *Exercer*, 2001, Numéro 63: 5-12

98. Page internet de la **Faculté de médecine Paris XI** : http://www.kb.u-psud.fr/medecine-generale/DES/Enseignement%20theorique/T2.htm, consultée en février 2010

99. LEJOYEUX Michel, **Les psychothérapies en médecine générale**, *La revue du praticien, Médecine générale*, Numéro 742 / 743, 26 septembre 2006, Tome 20: 941-946

100. SMITH V.A., DEVELLIS B. M., KALET A., ROBERTS J. C., DEVELLIS R. F., **Encouraging patient adherence primary care physicians' use of verbal compliance-gaining strategies in medical interviews**, *Patient Educ Couns,* 2005: 57, 62 – 76

101. Page internet de la **Faculté de médecine Paris 6** : http://dermg-paris6.fr/dermg/wp-content/uploads/2009/09/programme-des-09-10.pdf, consultée en février 2010

102. Page internet de la **Faculté de médecine Paris 6** : http://dermg-paris6.fr/dermg/wp-content/uploads/2009/11/prog-t1-jeudi.pdf, consultée en février 2010

103. BEAULIEU Marie-Dominique, DORY Valérie, PESTIAUX Dominique, POUCHAIN Denis, RIOUX Marc, et al **What does it mean to be a family physician? Exploratory study with family medicine residents from 3 countries,** *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien* volume numéro 55, août 2009: 14 – 20

104. BASS M.J., McWHINNEY I.R., DEMPSEY J.B., ANNEN A.A., BOCKING B.D., et al. **Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians. A one year prospective study**, *Headache,* juin 1986: 285-94.

105. STEWART T. M. A., **What is a successful doctor-patient interview? ,** *Soc Sci Ald* 1984; 19(2): 167-75.

106. BOUCHER Guy, CAYER Suzanne, ST-HILAIRE Suzanne, **L'apprentissage de la relation médecin-patient. La supervision directe du R II dans une unité de médecine familiale,** *Le médecin de famille canadien,* volume numéro 39: septembre 1993: 2008 – 2011

107. COTE Luc, SAVARD Anne, BERTRAND Richard, **Evaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient,** *Canadian Family Physician. Le Médecin de famille canadien*, volume numéro 47, mars 2001: 512 – 518

108. Page internet de la **Faculté de médecine de Florence**, Italie: http://www.docstoc.com/docs/5372881/CORSO-TRIENNALE-DI-FORMAZIONE-SPECIFICA-IN-MEDICINA-GENERALE-20062009/, consultée en décembre 2009

109. STEIMER-KRAUSE E., KRAUSE R., WAGNER G., **Interaction regulations used by schizophrenic and psychosomatic patients: Studies on facial behaviour in dyadic interactions,** *Psychiatry* 1990, 53: 209-28

110. Page internet de la **Faculté de médecine de Dijon** : http://medecine.u-bourgogne.fr/images/stories/troisieme_cycle/DESMedGen_agenda_semestre1_janv2010.pdf, consultée en février 2010

111. Page internet de la **Faculté de médecine Paris VI** : http://dermg-paris6.fr/dermg/wp-content/uploads/2009/03/programme-entretiens-de-tenon-2009.pdf, consultée en février 2010

112. SUCHMAN AL., MARKAKIS K., **A model of empathic communication in the medical interview**, *JAMA* 1997, 277: 678-82

113. Entretien avec BRUN Michel, docteur en philosophie et praticien de la psychanalyse

114. Page internet de la **Faculté de médecine de Luxembourg** : http://wiki.uni.lu/fsmg/home.html, consultée en décembre 2009

115. WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale – médecine de famille), **Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste – médecin de famille**, 2002

116. Université d'Ottawa, Hôpital de Montfort, **Programme de médecine familiale,** *Livre des résidents***,** 2004 - 2005

Les caricatures présentes dans cette thèse ont été reprises du livre de Tim GREACEN : **Savoir parler avec son médecin,** Editions Retz, 2000

VU

NANCY, le **7 avril 2010**
Le Président de Thèse

Professeur X. DUCROCQ

NANCY, le **7 avril 2010**
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **12 avril 2010**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le patient attend du médecin traitant, qu'au bout d'un certain temps passé ensemble il soit capable de comprendre ce qui se cache derrière les propres symptômes qu'il expose et non pas juste ce qui paraît évident. La médecine générale est enseignée quasi exclusivement en milieu hospitalo-universitaire. La plupart des situations courantes en médecine générale n'est pratiquement pas rencontrée dans les hôpitaux.

Dans un premier temps nous allons définir la médecine générale et les différents modèles de relation médecin – malade tout en précisant les obstacles à l'existence d'une relation de qualité. Ensuite nous tenterons de comprendre en quoi consiste la vraie « demande » du patient ainsi que ses attentes envers le médecin généraliste. Etre continuellement à l écoute mais aussi savoir communiquer, faire preuve d'empathie, respecter et coopérer sont-ils suffisants aujourd'hui pour répondre aux attentes du patient du XXIème siècle ?

Nous voulons ainsi montrer que derrière certaines manifestations fonctionnelles, sont souvent dissimulés de véritables troubles anxieux, dépressifs, névrotiques ou psychotiques. Or plus de la moitié des dépressions sont soignées au cabinet du médecin généraliste. Une bonne analyse des problèmes psychologiques du malade est indispensable pour mieux connaître la composante personnelle de sa maladie, permettre son adaptation au traitement, mais aussi favoriser sa réadaptation ultérieure lorsque la maladie a entraîné des bouleversements physiques ou psychiques importants.

Nous nous sommes par ailleurs intéressés aux différentes formations enseignées en médecine générale dans plusieurs pays en comparaison avec celles existantes en France. A travers un recueil d'opinions nous verrons également ce que pensent les internes de médecine générale de ce qui leur a été enseigné au cours de l'internat. Qu'auraient-ils aimé apprendre de plus dans l'hypothèse d'être mieux préparés, avant de s'installer, devant un patient qui cherche même s'il n'ose le dire des réponses à ses questions évidentes mais aussi cachées.

Nous conclurons enfin sur l'utilité de se former dans le domaine psychologique en tant que jeune médecin afin de faire face à certaines pathologies et problèmes humains non enseignés dans notre faculté.

WHAT A TRAINNING FOR THE GENERAL PRACTITIONER, PSYCHOTHERAPIST IN FACTS?

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2010.

MOTS CLEFS : Relation médecin-malade, psychothérapie, psychanalyse, groupe Balint, formation des internes en médecine générale en France, médecine générale à l'étranger, demande, écoute, transfert, contre-transfert, communication.

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex