

Université René Descartes
Faculté de Médecine, Paris 5

Président : Pr J.F. DHAINAUT

DEA d'Éthique Médicale et Biologique

Directeur : Pr Christian Hervé

Année 2003-2004

La relation médecin-patient ou le problème de la juste distance
Évaluation dans un réseau de soins

Présenté par :
Emmanuelle Grand

Directeur de mémoire : Pr. Christian Hervé

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire de DEA.

Merci au Pr. Christian Hervé pour la grande confiance et l'aide qu'il m'a témoigné tout au long de l'année. Sa passion et sa disponibilité ont été une motivation permanente.

Merci à Grégoire Moutel pour ses conseils et sa gentillesse.

Je remercie également les médecins du réseau ASDES qui m'ont chaleureusement reçue, et sans la participation desquels ce travail n'aurait pas vu le jour.

Mes collègues et amis du laboratoire Valérie Pelletier, Alexandra Salfati, Brice Berdougo, Céline Loubière, Jaques-Aurélien Sergent, Julien Beauté et Marie Gélébard ont également contribué, par leurs conseils, leur présence et leur gentillesse, à la réalisation de ce mémoire.

Merci à Nathalie Duchange, Ingrid Calliès et Lucille Bellier pour leur compétence et leur disponibilité.

Enfin, à ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail en me soutenant tout au long de l'année, encore merci.

Introduction

Les difficultés liées à la relation patient-médecin sont souvent posées en terme d'incompréhension. Incompréhension de la part du patient qui doit recourir au médecin pour pallier à une faiblesse dont il ne peut venir seul à bout, et incompréhension de la part du médecin, qui se trouve dans l'incapacité de saisir ce que vit le malade. Un argument souvent avancé pour expliciter cette incompréhension est celui de la différence de nature des discours propres à chaque interlocuteur : celui du médecin relèverait de la science, du domaine de l'objectivité ; celui du patient relèverait plutôt du domaine du ressenti, du subjectif. Néanmoins, une telle explication demeure incomplète, pour ne pas dire réductrice. S'il est vrai que le savoir médical occupe une place particulière au sein de la relation, ce que nous nous proposons d'analyser plus loin, il ne peut en revanche être à l'origine de l'ensemble des difficultés. On ne peut ignorer ni les capacités humaines du médecin qui cherche le meilleur moyen d'approcher son patient, ni la faculté du malade à poser un regard objectif ou scientifique, porté par un savoir, sur sa pathologie. L'évolution de la réflexion concernant le sens donné à la notion de personne humaine a conduit la profession médicale à intégrer à sa pratique une attention plus appuyée à la subjectivité en souffrance qu'elle doit traiter. De même, l'intérêt croissant du public pour sa santé a entraîné, au travers des médias comme par l'intermédiaire des associations de patients, un développement du savoir médical désormais accessible à tous. Comment évaluer alors les difficultés posées par la relation thérapeutique ? Au-delà de l'argument de la barrière constituée par le savoir, il s'agit d'observer la façon dont les individus interagissent. Autrement dit, c'est la relation qui constitue notre objet d'étude.

I – Comment objectiver la relation médecin-malade ?

En tant qu'objet de recherche, la relation médecin-malade doit être objectivée, c'est-à-dire qu'il est nécessaire de définir de façon précise ses différentes composantes, et de mettre en évidence les liens qui les relient entre elles. Nous allons tenter de nous rapporter à cet objet par le biais de plusieurs concepts, développés par trois auteurs : Paul Ricœur, Norbert Elias et Alain Touraine.

Le premier objet qui doit nous permettre d'entrer dans ce qui se joue dans la relation est l'attitude. L'attitude du médecin comme celle du patient nous permettront d'examiner les liens qui les unissent. Elles constituent en effet le témoignage de la subjectivité de chacun, mais aussi le moyen de se rapporter à l'autre, tout en intégrant les normes sociales qui sont les leurs. Si la relation est insatisfaisante, c'est dans la façon dont chacun se positionne par rapport à l'autre qu'il faut chercher la clé du problème. En explorant la richesse de la notion d'attitude telle qu'elle a été définie par Alain Touraine, il va dès lors être possible d'objectiver la relation patient-médecin.

1 – La notion d’attitude

A – Définition

« L’accomplissement d’une tâche dépend des dispositions à son égard de celui qui l’exécute, de son attitude. Tel est le point de départ des études sur les attitudes, toujours définies comme variables intermédiaires entre la personnalité et le comportement. » A l’instar d’Alain Touraine [19], tel sera aussi notre point de départ. En s’interrogeant sur la façon dont médecin et patient s’acquittent de leurs fonctions, l’accent est mis sur la relation. Or « la notion d’attitude donne la priorité à la relation entre l’acteur et l’objet de son action ». Quel est l’intérêt d’employer une telle notion pour entrer dans l’examen de la relation thérapeutique ? En tant que disposition à agir, l’attitude d’un individu face à un objet renvoie à la notion de rôle à jouer, ou de représentation. D’autre part, des observations ont conduit à vérifier de fortes corrélations entre attitude et comportement. Le concept d’attitude semble donc être le plus apte à rendre compte de ce qui se joue dans la relation médecin-patient, puisqu’il permet de relier le propre de l’individu à son agir.

Alain Touraine définit l’attitude comme la rencontre de deux démarches interdépendantes mais relevant de logiques différentes. D’un côté, l’attitude se rapproche de l’opinion ; l’acteur se trouve dans une situation de comparaison entre ce qu’il désire et ce que lui offre la situation dans laquelle il se trouve. De l’autre, l’attitude renvoie à quelque chose de plus subjectif, aux émotions. Dans le premier cas, l’acteur adapte son attitude à une situation qu’il perçoit, qu’il se représente ; la situation produit des attitudes. Dans le suivant, il construit lui-même cette situation en fonction de sa propre histoire. C’est la personnalité de l’individu qui produit les situations. On ne peut, selon Alain Touraine, réduire les attitudes à l’une ou à l’autre de ces démarches. Il y a une bipolarité de la notion d’attitude, un double sens dont il va être essentiel de tenir compte pour envisager de modifier ces attitudes. Mais auparavant, comment appliquer concrètement ce concept aux soignants et aux soignés ?

B – Attitude des protagonistes

a – Attitude du médecin

L’attitude du médecin qui se rapproche de l’opinion, ou qui tend vers ce qu’Alain Touraine nomme pôle cognitif, est relativement aisée à cerner. Elle relève de ce que l’on pourrait désigner comme un comportement professionnel : c’est l’état d’un malade qui va déterminer les gestes ou les mots à employer. La nature de la situation appelle un comportement déterminé. En revanche, le pôle subjectif de l’attitude est plus difficile à saisir. Le médecin peut en effet être influencé, consciemment ou inconsciemment, dans ses choix professionnels, par des éléments issus de sa vie personnelle, par des émotions, des convictions intimes. Il s’agit de connaître l’existence et l’influence potentielles de ces motifs pour prendre toute la mesure des décisions qu’ils entraînent. Du fait qu’elle prend part à l’agir professionnel, l’attitude

d'un médecin vis à vis d'un patient se doit en principe de pencher plutôt du côté cognitif que du côté subjectif. Comment le médecin fait-il lui-même la part entre ces deux pôles ? Quelles sont les conséquences vis-à-vis de son agir ? D'autre part, il est aussi nécessaire de considérer l'importance de l'attitude adoptée par le malade dans sa relation avec le praticien. Les attitudes évoluent et s'influencent mutuellement. Qu'en est-il dès lors du malade ?

b – Attitude du patient

Là encore, force est de reconnaître que si le pôle subjectif prend une importance accrue dans le cas du patient, son attitude ne peut se résumer à cela. « Le malade a aussi un comportement utilitaire. Son objectif est la santé et il cherche le meilleur moyen d'y parvenir », écrit Alain Touraine. Il faut garder à l'esprit la complémentarité qui a été préalablement définie entre les deux pôles. Le malade engage une grande part de lui-même dans la relation de soin, sa personnalité, ses affects sont mis à rude épreuve. En outre, il est difficile de chercher à établir une typologie du comportement du malade, celui-ci étant dépendant de facteurs trop nombreux et trop hétérogènes pour atteindre un modèle susceptible de servir d'outil. Une nouvelle fois, le pôle cognitif est plus facilement identifiable, notamment au travers des demandes exprimées par les patients : exigences concernant les traitements, les médecins, collecte d'informations, défense de sa vie privée, etc. De même que pour le médecin, il est nécessaire de constater que les deux pôles coexistent et interagissent, non seulement dans la détermination d'une attitude particulière, mais aussi dans la détermination mutuelle des attitudes qui se rencontrent.

Au-delà de la simple constatation, quel intérêt y a-t-il à tirer ? Alain Touraine cherche à ramener ces attitudes à leur référent initial : la relation. C'est dans la perspective de la relation que ces différents pôles des attitudes vont prendre tout leur intérêt, notamment pour ce qui a trait au patient. En effet, sa relation au monde du soin ne se résume pas forcément à un seul médecin. Dans le cas d'une hospitalisation, par exemple, le malade se verra confronté à un personnel soignant parfois nombreux, ainsi qu'à un monde administratif qui contribue aussi à sa prise en charge. Le comportement du malade va donc évoluer, s'adapter en fonction de la situation dans laquelle il se trouve. « Il existe une situation médicale, et en particulier hospitalière, une hiérarchie des deux faces des attitudes : les aspects affectifs et motivationnels l'emportent au niveau le plus important, celui de la relation du médecin et du malade, tandis qu'ils cèdent de l'importance aux aspects cognitifs et utilitaires à mesure qu'on considère plus directement le comportement du malade dans l'ensemble du système des soins et surtout par rapport à l'organisation de la production des soins ». Le malade évolue dans son attitude en glissant d'un pôle à l'autre en fonction de la situation. Comme l'exprime Alain Touraine, la relation interpersonnelle qui s'établit entre le médecin lui-même et le malade est dominée, pour le malade, par le pôle subjectif. Gardons toutefois à l'esprit les études mentionnées par l'auteur montrant que « les attitudes à l'égard du rapport médecin-malade commandent des attitudes à l'égard du système de soins (...) et que celles-ci à leur tour commandent les attitudes à l'égard de l'hospitalisation, c'est-à-dire de l'organisation de la vie à l'hôpital ». Il y a

interdépendance des attitudes : si le pôle se rapportant à la personnalité du patient se trouve satisfait dans sa relation, le pôle utilitaire se trouvera plus enclin à être à son tour satisfait.

Ce faisant, le médecin se trouve confronté à un problème de taille : répondre de manière satisfaisante à l'investissement que le malade place en lui alors que les attitudes ne se jouent pas sur le même tableau.

Comment le médecin fait-il la part entre le pôle affectif et le pôle cognitif dans son attitude vis-à-vis du malade ? D'autre part, rendre une attitude explicite, autrement dit préciser les pôles vers lesquels elle tend, pourrait-il être un gain (de confiance, de compréhension,...) pour la relation ?

c – Ces attitudes définissent la distance entre médecin et patient

Nous avons choisi de stigmatiser la difficulté principale de la relation de soins au travers de la notion de distance. Nous avons vu comment les attitudes pouvaient évoluer diachroniquement ; avec la notion de distance, c'est leur caractère synchronique que nous choisissons de mettre en valeur. Comment les glissements d'un pôle à l'autre s'effectuent-ils ? Quelles conséquences envisager au niveau de la pratique médicale ? Comment accorder les attitudes entre elles pour un résultat optimal au niveau de la prise en charge du patient ? C'est le face-à-face des attitudes et leur interactivité qui élabore la distance. Précisons-la.

2 – La distance ou l'essence de la relation

A – La relation définie comme distance

Curieusement, on peut dire que les relations des individus entre eux relèvent de la distance à autrui. Un lien ne peut en effet s'effectuer que dans la distance. Selon certaines théories, d'ailleurs, la présence à soi, et qui plus est la présence à l'autre, n'est qu'une illusion, tout au plus une utopie. Pour Jacques Derrida, il n'y a de relation que dans l'absence, parce que l'autre est éminemment étranger à moi. C'est ce qu'il exprime dans sa théorie de la différance originaire : toute communication se fait dans l'absence du destinataire, à distance, elle est différée. Le langage parlé, l'oralité, sont des chimères qui font croire à la présence d'autrui. Or, ce n'est pas parce que l'on s'adresse à une personne qu'elle est « là ». Il est impossible de savoir à quoi elle pense, comment elle comprend ce qui lui est dit. Même de soi à soi, il existe un clivage ; un sujet actif, et un sujet passif qui observe et juge l'autre. Les hommes sont véritablement fascinés par ce mode de communication qu'est le langage, parce qu'il leur donne l'illusion d'avoir un accès direct à leur interlocuteur. En réalité, ce qui est premier, c'est l'absence, la distance. Pour Derrida, le vrai modèle de la communication est l'écriture, puisqu'elle a lieu dans, et pour pallier à, l'absence du destinataire.

Mais indépendamment de la métaphysique derridienne, il est important de constater que cette distance est ce qui structure une relation. La façon dont elle est appréhendée, redoutée ou voulue, la façon dont on y remédie, c'est-à-dire les types

d'échanges auxquels elle donne lieu, sa relation avec le temps, sont autant de composantes de la communication qui construisent la distance.

La distance est aussi ce qui hiérarchise les différentes relations entre elles. On parle de proches pour désigner les parents ou les amis intimes. Moins on a de rapports avec quelqu'un, plus il paraît lointain. A cette distance « de communication » dont il vient d'être question, s'ajoute une distance « physique ». L'espace entre les individus d'une même famille assigne à chacun sa place. Certains contacts physiques sont proscrits, ils appartiennent aux tabous, et leur respect permet à chacun d'occuper la place qui lui revient. Il en est de même au sein de la société civile. Les mœurs sont structurées par ce respect des distances. Avant même d'entrer en communication avec autrui, l'individu se positionne dans sa distance. Cet écart préexiste à toute relation.

Qu'en est-il de la transgression ? Eu égard à la notion de distance, la transgression constitue le franchissement par un individu d'une distance qu'il aurait dû respecter et qui cause du tort à autrui. Comment l'acte médical vient-il se positionner par rapport à ce concept de distance, et notamment dans la transgression ?

B – Structuration de cette distance

Si dans des relations dites « normales », la distance avec autrui a beaucoup à voir avec la distance physique, dans la relation patient-médecin, en revanche, l'abolition de cette distance physique implique la mise en place de nouvelles barrières permettant de continuer à protéger la singularité de l'individu. Une distance symbolique doit venir suppléer la distance physique franchie par l'examen médical. Maintenir un écart suffisant entre soignant et soigné s'impose, pour éviter les investissements trop importants susceptibles d'être engendrés par la souffrance, et qui pourraient se révéler néfastes, pour l'un comme pour l'autre des deux protagonistes. Quelles sont les procédures imposées à l'acte médical, qui cherchent à maintenir la distance nécessaire à une relation satisfaisante ?

a – Secret médical

La confidentialité requise lors d'un examen médical met en valeur le caractère intime de ce qui peut être qualifié d'« intrusion ». Elle protège l'individualité de la personne en ce sens que celle-ci demeure la seule à pouvoir décider de ce qu'elle souhaite taire ou faire connaître. Elle est garante de l'égalité dans la réciprocité des rapports de l'individu avec autrui. En effet, la distance entre deux individus s'effectue aussi dans ce que chacun donne à savoir de lui-même à l'autre. Le secret médical empêche qu'un ascendant puisse être pris sur quelqu'un du fait de la connaissance de données le concernant et qu'il aurait voulu tenir cachées.

b – Vie privée

Que devient la vie privée du patient dès lors qu'il fait l'objet d'une prise en charge médicale ? Le médecin franchit indéfiniment la barrière du privé, et cette transgression appelle à une réflexion sur les limites qu'elle doit s'imposer. Jusqu'où est-il permis d'aller ?

Où situer la limite entre ce qui doit être vu et ce qui relève de l'intimité inviolable du patient ? D'autre part, le patient connaît-il toujours lui-même cette limite ?

c – Consentement

Imposer le consentement comme condition du début des soins correspond à la volonté de maintenir la personne sollicitée au sein de la relation. Le recueil du consentement permet au patient de se positionner face au processus de soin dans une attitude qui est la sienne et qu'il a choisi en connaissance de cause. Mais le consentement allant de pair avec l'information faite par le médecin, cela ne va pas sans problèmes. « (...) le malade veut savoir mais veut aussi être protégé contre le danger, y compris celui que porte en elle la connaissance. S'il est vrai que l'information est un bien que l'on cherche à acquérir, elle est davantage encore placée à l'intérieur d'une relation interpersonnelle dans laquelle le malade place des investissements affectifs, beaucoup plus forts en général que ceux du médecin qui doit entrer en relation avec un grand nombre de malades ». On retrouve dans cette gestion de la distance la dissonance entre les différents pôles auxquels se rapportent les attitudes du malade et du médecin. Comme pour ce qui touche à la vie privée, il s'agit de parvenir à faire la part entre ce que demande le malade, ce qu'il peut entendre, ce dont il doit être informé, et ce qu'il veut réellement entendre. Un véritable décryptage est nécessaire. Ces considérations nous conduisent à nous interroger sur la pratique engendrée : comment traiter la notion de distance de manière à en tirer profit ? C'est ici qu'il faut introduire le concept de « juste distance ».

3 – La « juste distance »

Comment définir cette juste distance ? Par défaut, il s'agit d'une distance qui ne soit ni trop grande, (auquel cas le médecin tomberait dans le risque de paraître inaccessible à son malade, ce qui nuirait à la prise en charge thérapeutique), ni trop réduite, pour ne pas risquer l'ingérence dans la vie du malade, (intrusion qui pourrait lui paraître totalitaire et pourrait là encore nuire à la bonne conduite de la prise en charge). On pourrait la définir comme l'expression d'attitudes dont les pôles s'équilibreraient. Malgré tout, il reste difficile d'évaluer cette juste distance. Un moyen de l'approcher serait néanmoins de considérer cette distance à l'aune des bénéfices pour le malade. C'est en termes de bienfaits ou de méfaits à son égard que l'on pourra évaluer de la façon la plus juste les attitudes à adopter. Il s'agit donc de mettre en place des hypothèses pragmatiques permettant de définir la juste distance, dans une visée de bien pour le malade.

Paul Ricœur [18] situe cette juste distance à mi-chemin entre indifférence, condescendance ou mépris, suspicion, et fusion affective. Ce terme vient trouver son emploi à l'issue d'une réflexion sur les analogies entre le raisonnement juridique qui advient au cours d'un procès et le raisonnement médical intervenant lors de la consultation. Ce parcours aboutit à la constatation que l'acte de soins est un acte de justice, dans la mesure où il réalise cette juste distance qu'évoque Paul Ricœur. Celui-ci justifie son analogie par le fait que l'acte de justice comme l'acte de soins sont

recouverts par des normes, juridiques et déontologiques, mais partagent le même objet d'application : la personne. S'il y a recours au droit au niveau du pacte de soins, c'est parce qu'il n'est plus, de façon univoque, un pacte de confiance. La déontologie comme norme sert alors de garantie.

Quel type d'agir implique alors la visée de la juste distance ?

II – Quel agir suppose cette juste distance pour les protagonistes ?

1 – Aspects sociologiques

Dans son ouvrage *Du Temps*, le sociologue Norbert Elias [6] cherche à développer une théorie sociologique visant à donner une interprétation du temps. Cette entreprise s'inscrit notamment dans l'élaboration d'une « théorie sociologique du savoir et de l'activité de connaissance ». L'auteur entend par là évaluer les processus d'apprentissage de l'humanité en observant entre autres les modifications des attitudes humaines face aux objets du savoir, et ce, non pas à un niveau individuel, mais au niveau de l'humanité elle-même, dans la succession de ses générations. Quel est pour nous, ici, l'intérêt d'avoir recours à la notion de savoir ?

A – Savoir médical

Ce que Norbert Elias nous donne à voir dans son ouvrage, c'est la nature essentiellement dynamique des savoirs, dynamique qu'il restitue en abolissant explicitement la distinction usuellement admise entre théorie du savoir et théorie de la connaissance. Ces savoirs humains évoluent non seulement en fonction de la période, des techniques développées, des personnes auxquelles elles s'adressent, mais aussi au contact de leurs propres hétérogénéités. Selon Norbert Elias, les modifications observées dans « la structure » et « la forme des symboles dont les hommes se servent à des fins d'orientation » permettent de mettre en évidence d'autres modifications qui, elles, affectent les rapports entre « engagement et distanciation ». Norbert Elias définit ces deux notions relativement à la nature. Originellement, l'engagement des individus caractérise leur perception de la nature comme monde d'esprits, tandis que la distanciation désigne une conception de la nature pure et simple, dont la compréhension se fait par l'intermédiaire des processus physiques essentiellement. Mais si les savoirs concernant les processus naturels sont allés dans le sens d'une distanciation croissante, en revanche, les savoirs relatifs aux processus sociaux subsistent sur le mode d'un fort engagement affectif. Certes, la dynamique de l'évolution des connaissances affecte de pair cet équilibre ; mais il n'en reste pas moins que cet état de fait se vérifie régulièrement.

L'intérêt d'une réflexion sur le devenir du savoir de l'humanité réside dans le fait que celui-ci est lié au devenir « des formes de la vie communautaire des hommes ». En cela, le savoir social présente lui aussi un intérêt dans ce devenir. C'est ici que nous pouvons à nouveau établir la relation avec ce qui nous occupe. La relation patient-médecin, en tant que « forme de la vie communautaire », stigmatise

parfaitement cet équilibre à trouver entre une distanciation propre à la nature des savoirs principalement invoqués (les savoirs médicaux, physiques, etc.), et un engagement émotionnel d'autant plus fort que le savoir social auquel il se rapporte est mal maîtrisé. On peut retrouver dans cette approche sociologique effectuée par l'intermédiaire de la notion de savoir, ce problème de la juste distance précédemment développé. La question que l'on peut alors poser est la suivante : **comment faire face à l'hétérogénéité des savoirs respectifs des médecins et des patients ?**

En outre, quel est le rôle de la notion de temps dans cette théorie sociologique du savoir ?

B – Le temps

Le temps apparaît dans cet ouvrage comme une construction sociale, comme un outil. Il constitue une contrainte que la civilisation s'est elle-même donnée, pour se structurer dans ses rapports internes. Il fait figure de symbole social. Dans le texte, trois fonctions sont mises en évidence. Le temps recèle en premier lieu une fonction communicative, du fait qu'il repose sur des conventions. En second lieu, il constitue un instrument d'orientation, dont il est facile de trouver des exemples dans le domaine de la science. En cela, on peut dire qu'il contribue à la distanciation inhérente aux relations des hommes avec les processus physiques. Enfin, le temps constitue un instrument de régulation de la conduite et de la sensibilité humaine. Ces trois fonctions font du temps un agent de contraintes internes pour les individus, dans la mesure où ils ont intériorisé un certain nombre de normes sociales comprenant cet instrument. Parallèlement à la transformation des formes de vie communautaire des hommes, et essentiellement liée à elle, « quoique fréquemment soumise à un net décalage temporel », la transformation de la structure de la personnalité révèle « le problème de la relation entre contrainte externe et contrainte auto imposée ». En tant que symbole social, le temps fait ici figure de contrainte auto imposée, donc d'obstacle vis-à-vis de la prise de décision exercée librement. Et ceci est d'autant plus vrai lorsque l'on considère la consultation médicale telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, pour laquelle le temps imparti est si court qu'il ne permet ni au praticien ni au patient d'atteindre les objectifs d'un entretien satisfaisant. **Néanmoins, serait-il possible d'adopter une attitude qui restituerait au temps une fonction plus instrumentale, au sens où elle a été définie plus haut, et au détriment de cette fonction de contrainte qu'il exerce actuellement ?**

2 – Le réseau de soins

A – Son rôle

Le réseau de soins a pour fonction première de mettre en relation tous les acteurs de soins qui interviennent dans la prise en charge d'un certain type de pathologie, afin d'améliorer le suivi du patient, tout en évitant les doublons de prise en charge et les surcoûts qu'ils entraînent. La relation classique entre médecin et patient

se trouve alors forcément influencée par cette nouvelle organisation. Quel rôle peut-on octroyer au réseau en terme de relation médecin-patient ?

a – Un agent de distanciation entre le médecin et son patient

Les attitudes du patient et de son médecin, en tant qu'elles interviennent dans le fonctionnement du réseau, acquièrent ici un aspect utilitaire, conféré par le réseau lui-même, qu'elles ne possédaient pas auparavant. Le travail en interactivité des personnes pour le malade nécessite des comportements déterminés, tournés vers des objectifs précis. Les personnes qui se rencontrent savent pourquoi elles se rencontrent, et dans quel but. En outre, on peut se demander si le réseau ne peut constituer un agent de distanciation entre médecin et patient, au sens où l'ensemble des acteurs qui intervenaient auparavant indépendamment de la relation de soins, sont dès lors présents, non pas physiquement, mais statutairement. Si elle existe réellement, ce qui devra être vérifié, cette distanciation est-elle nécessaire et répond-elle à un besoin ou une attente de l'un ou des deux protagonistes ?

b – Il institutionnalise la place de chacun

Une autre conséquence du réseau, nécessaire à son bon fonctionnement, réside dans l'institutionnalisation qu'il établit au sein de la toile des activités de chacun. Le patient trouve lui aussi une place parfaitement définie : quels avantages y a-t-il tirer de cela ?

B – Son action

a – Quels sont les enjeux ? (Pour le patient, pour le médecin, pour l'institution)

L'enjeu du réseau de soin pour le patient comme pour le médecin correspond au désir d'une meilleure prise en charge thérapeutique. Mais qu'en est-il en terme de relation médecin-patient ? Le réseau améliore-t-il concrètement leurs rapports ? Permet-il un changement dans les attitudes ? Si oui, quelles sont celles qui ont été abandonnées ? adoptées ? modifiées ? en comparaison avec des relations hors réseaux. Il s'agit de vérifier si les hypothèses énoncées ci-dessus sont en mesure de se réaliser. En outre, il faut aussi envisager les conséquences des changements occasionnés dans la relation patient-médecin à l'égard de l'institution. En-dehors des bénéfices économiques réalisés, qu'est-ce que le réseau a à apporter à l'institution en termes « humains » ?

b – Quels doivent être ses objectifs ?

Les objectifs du réseau en terme de relation médecin-malade sont à rapprocher de la recherche de la juste distance. Il s'agit préalablement de s'assurer de ce qu'en attendent patients et praticiens pour examiner s'il le réalise.

3 – Réseau de soins et visée éthique

A – La « petite éthique » de Ricœur

En choisissant de soigner, le médecin s'est inscrit dans une visée de « la vie bonne », autrement dit dans une visée éthique. Il se doit à la fois de suivre les étalons d'excellence propres à sa pratique, mais aussi de satisfaire à l'« ergon », qui est la tâche de l'homme en tant que tel. En suivant cette dynamique, le médecin comme tout homme, parviendra à l'estime de soi, qui lui permettra de poursuivre cette recherche de la vie bonne « avec et pour l'autre » : il s'agit de donner à la sollicitude un statut plus fondamental que l'obéissance au devoir. Cette notion de sollicitude en suppose une seconde, celle de mutualité, selon laquelle « chacun aime l'autre en *tant que ce qu'il est* ». Ricœur justifie l'emploi du terme de sollicitude en invoquant « l'union intime entre la visée éthique de la sollicitude et la chair affective des sentiments ». En effet, cet élan doit avoir lieu à la fois parce qu'il s'accorde avec la visée éthique que tout homme doit se donner, mais aussi parce que l'assignation de l'autre souffrant doit en appeler à la propre sensibilité de celui qui ne souffre pas. Celui qui se trouve interpellé par la souffrance de l'autre, en l'occurrence le médecin, n'a pas le droit de se réjouir secrètement de ce qu'il n'est pas lui-même touché par le mal auquel il est confronté. Il doit en effet souffrir, avec et pour l'autre. Et ce sentiment de sollicitude vient, selon Ricœur, mettre fin à l'inégalité structurelle de la relation de soins, du fait que celui qui souffre compense son infériorité par l'image qu'il renvoie à celui qu'il sollicite de sa propre souffrance, et en dernier recours, de sa propre mort. **En terme d'agir, comment le médecin met-il alors en œuvre cette sollicitude envers son patient ?**

Enfin, cette visée éthique doit se faire « dans des institutions justes » ; la notion d'égalité est ici fondamentale : elle est à la vie dans les institutions ce que la sollicitude est aux relations interpersonnelles. Estime de soi dans sa relation au « je », sollicitude dans sa relation au « tu », et égalité dans sa relation au « il », tel est le cadre hypothétique que l'on pourrait apposer à la triade patient-médecin-réseau. Il s'agit néanmoins d'éprouver sa validité avant de l'imposer comme modèle. En effet, si l'estime de soi du médecin est nécessaire à la nature de sa pratique, si la sollicitude semble être le mode rapport le plus adéquat dans la relation au malade, en revanche, la juste distance se donne-t-elle à montrer dans cette égalité que présente Paul Ricœur ? C'est ce qu'il faudra déterminer.

B – Le réseau de soins peut-il être ce « troisième terme » qui permettrait à la relation thérapeutique de s'épanouir dans cette « juste distance » ?

Telle est la problématique à laquelle nous nous proposons de répondre.

III – Le réseau ASDES : présentation

1 – Les réseaux ville-hôpital

« Traditionnellement, lorsqu'elles allaient consulter un médecin, pour un symptôme, les personnes souffrantes étaient prises en charge en regard de ce symptôme. Une attitude minimale jugée, de plus en plus souvent, restrictive, au regard de l'attente du patient, et qui fait que la médecine et la prise en charge des personnes venant consulter sont, aujourd'hui, en profonde mutation », expliquent Grégoire Moutel et Isabelle Fauriel, dans un article du Courrier de l'Éthique Médicale. Le rôle du médecin n'est plus seulement celui de « dispensateur de soins », mais aussi celui de « conseiller en santé ». La prévention est une activité qui trouve sa place dans cette exigence de redéfinition de l'activité médicale. « Dans cette démarche, le médecin ne peut plus être un acteur solitaire, et doit s'insérer dans une logique de suivi médical s'inscrivant dans la réalité quotidienne des individus. Et il a besoin pour cela du soutien d'une structure professionnelle, qui, tout en restant souple et dans le respect de ses compétences, lui apportera les compléments médico-sociaux nécessaires à son action », ajoutent les auteurs. C'est cette structure professionnelle qu'apportent les réseaux ville-hôpital. Ces réseaux reposent avant tout sur une organisation rationnelle de l'offre de soins, mise en place grâce à des intervenants dont les activités sont coordonnées en fonction d'objectifs communs de prise en charge du malade. « Dans un réseau, un patient circule de manière organisée, suivant des procédures et des protocoles ».

2 – Le réseau ASDES

Le réseau ASDES (Accès aux Soins, aux Droits et Education à la Santé) a pour but de coordonner les compétences de différents intervenants en santé, sur le bassin de Nanterre, de manière à prendre en charge les personnes qui le désirent « dans un esprit d'accès aux soins de qualité et d'optimisation des moyens, couplé, systématiquement, à la prévention et à l'éducation à la santé ». Ainsi, des patients venant consulter pour un motif initial, pourront se voir proposer une prise en charge sur un autre plan, dans un but de dépistage ou de prévention.

Le bassin de vie de Nanterre comprend une forte densité de populations précaires, qui cumulent les facteurs de risques médicaux et sociaux. Mais il ne s'agit

pas de maladies « de pauvreté ». La précarité sociale expose parfois davantage les personnes aux maladies telles que le cancer, la dépression, etc. D'autre part, des difficultés telles que le racket ou la maltraitance ne sont pas toujours détectées, ce qui accélère souvent la précarisation. Le réseau ASDES apporte la possibilité, pour ces populations, de prendre les facteurs de risques en amont, et ainsi, d'améliorer l'offre de soin dans une démarche de santé publique.

Au sein de cette structure, les médecins libéraux ont un point de vue privilégié des patients susceptibles de tirer profit d'une inclusion dans le réseau ASDES. En effet, contrairement aux professionnels hospitaliers, ils voient les patients dans des conditions qui se rapprochent la plupart du temps de leurs conditions de vie ordinaires. Les médecins libéraux voient les patients vivre dans leur propre cadre de vie, ce qui donne à la relation un tout autre caractère. Cela permet en outre de repérer en première ligne les facteurs de risque auxquels les personnes peuvent se trouver confrontées. Toutefois, il s'agit de poser les bonnes questions au bon moment, sans pour autant briser le respect dû à toute personne. Interroger un patient sur la qualité de ses rapports avec son conjoint peut être vécu comme une agression. Le rôle du praticien est alors de repérer, proposer des solutions, tout en maintenant un climat de confiance propice à la prise en charge.

C'est entre autre dans le but de former les médecins à ce type de prise en charge que sont organisées, chaque mois, à la Polyclinique (hôpital de Nanterre), des réunions de formations continue, rémunérées, qui abordent les divers problèmes, médicaux ou sociaux, que peuvent rencontrer les médecins lors de leurs consultations.

Matériel et méthode

I – Objectif de la recherche

La structure propre à un réseau de soins, lorsqu'elle suppose la coopération de la médecine de ville, pose la question des relations qui se nouent entre le médecin de ville et le malade, lequel va être amené, dès lors qu'il se trouve inclus dans ce réseau, à rencontrer un certain nombre de nouveaux correspondants. Le colloque singulier qui caractérisait la relation médecin-patient trouve alors une extension au travers du nouveau faisceau de relations qui s'établit autour du malade.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la mise en réseau de plusieurs intervenants autour d'un patient, sur la relation que celui-ci entretenait avec son médecin, afin de rendre compte de l'influence du réseau sur le plan « humain ». La question à laquelle cette étude tente de répondre est la suivante : la mise en réseau influence-t-elle positivement la relation médecin-malade ?

II – Méthode d'évaluation

La méthode utilisée pour procéder à cette évaluation est la suivante : des modèles de relation théoriques, développés par des sociologues et des philosophes, ont été sélectionnés au cours d'une recherche bibliographique, et sur les conseils du Pr. Hervé. Nous en avons conservé les caractéristiques principales, ainsi que les thématiques qui nous ont semblé présenter une pertinence avec le sujet traité. A l'issue de ce travail d'analyse, nous avons choisi de tester ces modèles théoriques en les confrontant à la pratique quotidienne de médecins.

Cette méthode présente un triple objectif :

- confronter, au travers du témoignage de différents médecins, leur pratique dans, et en-dehors du réseau ;
- confronter les témoignages des médecins entre eux ;
- tester la validité des modèles théoriques en fonction des différents modes de relation déployés par les médecins dans leur pratique.

III – Outil d'évaluation

L'outil d'évaluation que nous avons utilisé est l'entretien semi-directif.

1 – Population ciblée

Il s'adresse aux médecins du réseau ASDES, exerçant en libéral. Le choix d'interroger des médecins libéraux est motivé par le fait que la relation qui s'instaure entre le médecin et le malade est d'une nature particulière : médecin et patients se

trouvent seuls, sans rapport direct avec d'autres personnels soignants, ce qui doit permettre d'établir plus facilement la comparaison évoquée plus haut.

2 – Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré avec le Pr. Hervé. Il a été divisé en trois parties : la première partie porte sur les relations entretenues habituellement avec les patients, dans le cadre d'une consultation classique. La seconde partie porte sur l'expérience du réseau. Enfin, la troisième partie cherche à susciter une réflexion un peu plus approfondie sur la nature de la relation patient-médecin.

La première partie du questionnaire a permis d'introduire plusieurs notions, propres, en théorie, à caractériser la relation patient-médecin vue sous son angle habituel. Elle a été aussi l'occasion de permettre aux personnes interrogées de se prononcer sur leur pratique en général. Nous nous sommes fondés sur les notions d'attitude et de temps pour élaborer les questions, détaillant par ailleurs ces notions dans des questions intermédiaires.

La seconde partie du questionnaire a été rédigée de façon à permettre aux médecins de s'exprimer sur le réseau. Les questions reprennent en outre notre hypothèse de travail, qui cherche à vérifier un impact positif de l'inclusion dans le réseau sur la relation médecin-patient.

La troisième partie introduit des concepts plus théoriques, qu'elle désigne explicitement. Les questions sont orientées vers une réflexion concernant la nature de la relation et des actes produits par le médecin envers le malade. Les concepts de sollicitude, d'acte juste et d'acte de justice, de savoir médical, et de juste distance sont convoqués ici. Enfin, la dernière question tente de relier cette réflexion avec la problématique du réseau.

Le questionnaire a été testé auprès de plusieurs membres du Laboratoire d'Éthique Médicale, avant d'adopter sa formulation finale avec l'aide du Pr. Hervé.

IV – Prise de contact

Les médecins du réseau exerçant en libéral ont été contactés par téléphone sur leur lieu de travail, entre le 16 février et le 24 avril 2004. Plusieurs relances téléphoniques ont été effectuées lorsque la personne contactée n'était pas directement joignable. Nous avons constaté 15 refus dont 3 motivés par le manque de temps, 2 par le fait qu'aucun patient n'avait été inclus, 1 parce que les patients n'avaient pas été revus, 1 parce que les dossiers avaient été perdus et peu de patients avaient été inclus. 2 médecins n'ont pu être contactés entre le 16 février et le 24 avril. Finalement, 27 entretiens ont été réalisés, entre le 18 février et le 23 avril 2004.

Il a été annoncé aux participants, par téléphone, puis de vive voix lors de l'entretien, que j'étais de formation philosophique, et que, dans le cadre de l'évaluation du réseau ASDES, je travaillais sur la relation patient-médecin après inclusion d'un patient dans un réseau de soins.

Au début de chaque entretien, il a été demandé à la personne interrogée l'autorisation d'enregistrer la conversation ; deux personnes ont refusé, l'une sans motiver ce choix, l'autre en invoquant le secret médical.

V – Méthode d'analyse

Les entretiens enregistrés ont été réécoutés et retranscrits en partie, n'étant retenus que les passages les plus significatifs. Les silences et hésitations des interlocuteurs ont été respectés dans la transcription (points de suspension), mais n'ont pas fait l'objet d'une étude spécifique, faute de temps. Lorsque plusieurs phrases consécutives ont été conservées dans la transcription, la ponctuation a été respectée ; les mots, expressions ou phrases qui ne s'enchaînent pas naturellement ont été séparés par des points virgule.

Pour les deux premières parties du questionnaire, la relecture et l'analyse des réponses ont permis, pour chaque question, de mettre en évidence des thèmes récurrents. Ces thèmes ont été à chaque fois précisés, et répartis dans des tableaux, de façon à indiquer la fréquence avec laquelle ils apparaissaient dans les réponses. Ces deux premières parties bénéficient donc d'une analyse quantitative, et d'une analyse qualitative.

Les réponses apportées aux questions de la troisième partie n'ont pas toutes bénéficié d'une analyse quantitative, du fait de la grande hétérogénéité de certaines réponses. Seule une analyse qualitative a été effectuée pour les questions III1 à III5.

Résultats

I – Description de la population

27 entretiens ont été réalisés. L'un des entretiens a été écarté car la bande sonore était inexploitable. Nous avons donc analysé 26 entretiens.

Les enregistrements des médecins M14, M7 et M9 étaient de très mauvaise qualité, ceux des médecins M6 et M23 d'assez mauvaise qualité, ce qui peut expliquer l'absence de réponse à certaines questions, ou le peu d'informations fournies.

Les entretiens ont été anonymisés ; les médecins sont désignés aléatoirement par la lettre M suivie d'un numéro allant de 1 à 26.

22 hommes et 4 femmes ont été entendus.

Le nombre d'années d'exercice en libéral et la date d'inclusion dans le réseau ont été demandés à chaque médecin. Ces variables ne nous ont néanmoins pas parues significatives dans le traitement des résultats que nous avons effectué par la suite ; elles n'ont donc pas fait l'objet d'une étude particulière. Nous les donnons cependant à titre indicatif (db signifie que les médecins ont été inclus dans le réseau dès le début) :

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13
Nombre d'années d'exercice	6	20	3	17	2	12	25	24	3	8	20	20	22
Date d'inclusion dans le réseau	2,5	2	1	db	2	1,5	db	0,5	2	3	2	2,5	2

	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M21	M22	M23	M24	M25	M26
Nombre d'années d'exercice	25	19	30	11	26	18	22	17	18	19	24	3	3
Date d'inclusion dans le réseau	...	3	1,5	db	1	1,5	2	db	3,5	db	2	db	1,5

Le nombre moyen d'années d'exercice est de 16 ans pour les hommes, 11,75 ans pour les femmes, et 16 ans pour le total.

II – Résultats

La relation habituelle :

1) D'une façon générale, comment définiriez-vous votre attitude à l'égard d'un patient ?

1 – assez convivial ; compatissant ; technicien dans un premier temps ; comprendre ; avoir l'attitude qui convient ; compassion ; soigner ; chercher l'efficacité ; 3* je sais pas.

2 – un peu d'empathie ; à l'écoute ; assez professionnel ; les choses complémentaires, faut voir après ; de l'écoute ; boulot de médecin général, d'organisateur de soins et de réponse en première ligne ; 3* aspect professionnel.

3 – consciencieuse ; de mon mieux ; approfondir (...) en fonction du temps ; en fonction du patient, des pathologies ; le maximum de choses avec un maximum de conscience ; science et conscience ; 3* conscience.

4 – les gens (...) ont un besoin ; peut-être autre chose derrière ; leur plainte souvent peut être organique mais ça cache souvent quelque chose derrière la prise en charge ; prendre en charge ; on prend le temps de discuter ; beaucoup de temps (...) à l'écoute du malade ; si ils se sentent en confiance, si on les rassure, si on leur dit « c'est pas grave », (...), ça empêche pas qu'ils entendent ce qu'ils veulent.

5 – je les interroge ; on fait tout ; on voit les patients lorsqu'ils sont déprimés ; on est confident, psychologue, et médecin en même temps ; on ne doit pas les embêter ; les aider ; parfois ça prend beaucoup de temps.

6 – j'essaie de connaître leur vision du monde.

7 – je suis ... plutôt ... pas trop timide ; je suis à leur écoute ; je réponds à leurs attentes ; j'essaie de donner le conseil le plus approprié, le plus adapté ... à ce que je pense être bon pour eux ; je sais jamais où ça va aller ; je me laisse un peu porter ; mon immense problème, c'est le temps ; donc je sais pas quand ça commence, (...) mais je sais que j'ai un temps qui est imparti ; terrible sanction : il faut que ça se termine ; je travaille sans arrêt en retard, dans une espèce d'urgence du retard.

8 – pas d'attitude fixe ; au feeling ; on les connaît ; vraiment au feeling ; amicale.

9 – médecin qui fait beaucoup de social.

10 – le plus agréablement possible, parce que bon, ça permet quand même effectivement d'avoir un abord, dans la sphère professionnelle, le plus humain possible, de telle sorte que les gens puissent quand même dire simplement ce pour quoi ils viennent, et exprimer en toute simplicité la plainte qui est la leur ; un abord un peu brusque ne favorise pas forcément la confiance qui peut, d'une part aider la personne, et puis aider, au moins, à l'élaboration d'un diagnostic précis ; le plus ouvert possible d'emblée, dans un premier temps.

11 – être à l'écoute ; bien écouter le patient, bien écouter ses plaintes, le faire parler si il le faut ; l'écoute ; prendre en compte ce qu'il a à nous dire ; 5* écoute.

12 – spéciale ; j'essaie toujours de leur apporter une certaine détente, une certaine joie de vivre ; j'essaie de les détendre, de les faire rire ; d'être sain, qu'ils soient à l'aise, comme ça ça permet en plus de peut-être avoir des confidences.

13 – c'est naturel ; j'ai une attitude aux circonstances ; je m'adapte plutôt aux circonstances et au caractère ; s'il est calme, tranquille, tout se passe bien ; 2* je sais pas.

14 – je ne suis pas un prestataire de services ; ce ne sont pas des relations amicales ; relations de connaissance ; le situer ; sa position sur sa chaise, comment il s'exprime.

15 – ça a évolué dans le temps ; d'abord, c'est une certaine empathie vis-à-vis du patient, mais sans engagement réel dans la mesure où le patient n'en a aucune. Aujourd'hui, le patient a beaucoup, vis-à-vis de la médecine, une attitude consumériste ; les patients m'ont fait changer. Puisqu'ils veulent une médecine consumériste, je leur donne une médecine consumériste. S'engager dans une relation pseudo-amicale avec les gens, y aura pas de retour ; je fais de mon mieux pour satisfaire ma conscience, et que le patient soit satisfait, pas plus que ça.

16 – empathique ; ouvert ; pas avoir de blocage ; laisser parler ; orienter ; pas d'attitude systématique ; en allant chercher le patient et en voyant le patient, on sait déjà plein de choses ; je suis un peu ours, je suis un peu fermé ;

réflexe de timidité naturelle ; laisser parler ; quand même orienter ; tout le but de la relation médecin-patient c'est ça : c'est de savoir écouter, faire libérer, et orienter aussi pour que ça dure pas trop longtemps.

17 – je vais pas vous raconter ... ! Il faudrait que je vous décrive ma pratique quotidienne du soir au matin ? Ah non ! pas possible ! Je peux pas vous définir ma relation par rapport au patient ! je suis pas en train ... j'ai pas l'intention d'écrire un livre ... sur la façon ... je vais pas écrire un livre ! non, franchement, c'est absolument pas ça ce à quoi je m'attendais, c'est encore pire qu'avec l'autre zig de médecin qui était venu me parler ... « d'une manière générale », vous vous rendez compte la question ? « D'une manière générale, comment définiriez-vous votre relation médecin-patient » ? Alors là ... C'est pas une question qui s'aborde comme ça.

Ecoutez, vous êtes la quinzième personne que je vois, et jusqu'à présent, tout le monde m'a répondu ...

J'espère bien que vous découvrez, au long de vos études philosophiques, que chacun est un individu différent des autres, et que donc, moi, soit y a un problème par rapport à l'expression, « comment définiriez-vous... », en combien de temps il faut que je le fasse, déjà ? ma relation avec le malade, mais ça, fallait me dire avant qu'il fallait que je prépare un topo, et je l'aurais fait, hein ! Je peux pas vous définir ma relation par rapport au patient !

Alors je vais m'en aller et je vais vous laisser travailler ...

Moi, je veux bien ... moi je veux bien, continuer, mais ... si vous voulez, moi je vous ai accordé une demie heure ... mais je suis surpris que quinze confrères n'aient pas tiqué sur la question, par rapport à moi ! Mais bon ...

18 – être simple avec les gens ; faut pas être trop technique ; faut être simple, très simple ; faut pas être copains (...) mais faut aller dans le même sens qu'eux ; si il y a trop de distance entre le médecin et le malade, c'est peut-être pas ce qu'il y a de mieux.

19 – ça dépend des patients ; je suis assez à l'écoute ; peu directif ; peut-être même pas assez, quelque fois ; je suis assez à l'écoute ; j'aime bien savoir un petit peu d'où ils viennent, ce qu'ils font ; j'aime bien connaître les gens.

20 – j'essaye d'être un médecin assez ouvert, donc j'essaye de répondre aux différentes questions qu'ils peuvent me poser, et j'essaye de répondre aux questions qu'ils pourraient se poser mais qu'ils ne se posent pas forcément, et puis j'essaye d'être rassurant et puis j'essaye d'être préventif.

21 – en fonction de ce que le patient attend de moi ; pivot de la prise en charge du patient ; je me définis un peu comme un service [quand les gens errent de médecin en médecin] ; je m'adapte au patient ; je m'adapte ; (parle bcp des patients et du réseau).

22 – Cordial ; gentil.

23 – le mettre en confiance ; empathique ; comprendre pourquoi les gens viennent ; un temps d'écoute et un temps un peu plus actif ; c'est pas vraiment fixé à l'avance.

24 – on est là pour les écouter ; attitude d'écoute ; il faut qu'il se sente bien, que la relation s'établisse correctement ; ça va dépendre (...) aussi de leur attitude à eux ; le médecin se calque ... sur l'attitude du patient ; quelqu'un de tranquille, on va être tranquille, quelqu'un d'agité, on va être nerveux.

25 – peut-être à cause de l'utilisation du réseau ou la formation que j'ai eu en passant par la polyclinique, j'essaie toujours d'élargir ; la seule chose qui peut me limiter, c'est le temps.

26 – comme la famille ; limites ; relation familiale ; le patient, on lui parle normalement ; confiance ; pas une relation de grand médecin vis-à-vis du petit patient, mais dans les limites.

2) Quels types de difficultés rencontrez-vous dans vos rapports habituels avec vos patients ?

1 – peu ; peu de difficulté parce que quelle que soit la difficulté qu'on rencontre, ça reste un acte médical. Donc on ne doit pas la considérer comme une difficulté, mais comme une forme de consultation ; J'ai pas l'occasion de rencontrer beaucoup de patients agressifs. Mais ceci dit, ça ne constitue pas pour moi une difficulté. On peut des fois être amené à interrompre la consultation et demander à ces patients de ... de contacter un autre médecin, on est pas apte, nous, à prendre en charge la pathologie et on ne souhaite pas continuer à poursuivre dans ces conditions-là, mais ça ne constitue pas une difficulté.

2 - je sais pas, on peut pas parler vraiment de difficultés particulières ; y a l'aspect ... chez un médecin, « est-ce que, Docteur, je vais mourir ? » ; c'est la question qui est jamais posée mais qui est toujours sous-tendue ; obtenir une adhésion, à ... à un traitement, à une situation ; la compréhension pour qu'ils se prennent eux-mêmes en charge, et qu'ils soient l'acteur de leur propre santé ; problème d'espace-temps ; ce temps qui manque rejaillit parfois sur la relation ; parfois de l'agressivité ; les patients ont une meilleure compréhension de leur santé donc ils demandent qu'on leur explique d'une façon cohérente les tenants et les aboutissants de ce que l'on fait, même quand on sait pas les choses, quoi ; y a beaucoup plus de patients faciles que de patients difficiles, donc ... c'est pas les 3% difficiles qui vont poser des difficultés ; 4* temps.

3 – c'est rare ; c'est relationnel ; y a des caractères avec qui ça passe pas ; certaines personnes qui sont très exigeantes, de façon injustifiée ; c'est ce type-là de patients qu'on ... qu'on risque de ne pas revoir.

4 - y a parfois une certaine heu ... je dirais pas agressivité mais ... plutôt dans les jeunes générations, je dirais, mais ça c'est un peu (...), un certain nombre de jeunes arrivent en exprimant une plainte et en ayant déjà la réponse à leur plainte contre vous ; je crois que les plus jeunes générations ont du mal à être sous le pouvoir de quelqu'un, entre guillemets, c'est-à-dire qu'ils ont tellement peur de se faire avoir quelque part, qu'ils sortent leurs griffes ; sinon y a les problèmes de compliance chez certains malades.

5 – lorsqu'ils veulent qu'on fasse tout ! Lorsqu'ils veulent être vraiment assistés, c'est très embêtant ; lorsque ça déborde de la médecine, ça devient difficile.

6 – j'ai pas de difficulté, sauf avec les patients de caractère difficile.

7 – aucune ; je peux pas vous les citer parce que j'en sais rien, c'est jamais pareil ; des difficultés, si, des difficultés techniques ; mais relationnelles, j'en ai pas beaucoup. des difficultés comme ça [toujours fusionnel ; ambiguïté ; j'ai eu des problèmes relationnels avec certains ; type de séduction].

8 – j'ai des difficultés par rapport à l'argent ; j'ai du mal à demander ... des honoraires ; ça c'est le ... à mon avis le gros problème ; quand les gens me tapent sur le système, parce qu'on a aussi nos antipathies ; je peux très bien me lever, ouvrir la porte et lui dire « sortez ». Ca ça m'est arrivé une fois ; le manque de respect ; j'ai besoin qu'on considère que je suis une personne à part entière, pas un distributeur d'ordonnances ou d'arrêts de travail ; j'ai besoin qu'ils me respectent ; le respect de l'être humain que l'on a en face de soi, c'est fondamental ; 10* respect/respecter.

9 – pas grand-chose, en fait ;

Est-ce que vous avez eu par exemple des difficultés liées à la barrière de la langue ?

Ça, oui, la plupart viennent accompagnés ; 99% des cas, ils viennent accompagnés.

10 – le temps ; avoir un peu plus de temps à leur consacrer. Je suis parfois contraint, avec ces problèmes d'horaires, d'accélérer et de ne pas ouvrir (...) la conversation ; avec le temps l'expérience vient, et on s'adapte à la personne qui est présente.

11 – c'est justement quand ils veulent pas parler ; quand y a des conflits à la maison, par exemple ; il faut qu'on arrive à voir ce qu'il y a, en fait ; mais c'est pas fréquent, parce que quand le patient vous connaît bien, y a une relation de confiance, il vous parle de n'importe quoi, après.

12 – y a des sujets tabous, qu'il est difficile d'aborder, à savoir tout ce qui concerne la sexualité, que ce soit aussi le ... tout ce qui concerne, selon leur terminologie, le « fondement », c'est-à-dire tout ce qui est rectal ; ils m'avouent pas rapidement qu'ils battent leur femme ; sinon, ça va, j'ai pas tellement de problèmes relationnels ;

quand ils sont exigeants concernant des arrêts de travail (...) quand on insiste trop et qu'on me fait des reproches, en général, je m'énerve assez facilement.

13 – une certaine part d'exigence ; parfois on est bien un petit peu obligé ; on ne peut pas dire niet à tout ; il faut faire attention, si on donne un petit peu, il faut pas se faire manger.

14 – au mois d'avril dernier, j'ai un toxicomane qui est passé devant tout le monde dans la salle d'attente ; [les gens qui ne respectent pas les horaires] ; les gens qui essaient toujours de demander plein de choses aux consultations.

15 – la difficulté, pour moi, est plutôt de me faire payer, et j'ai du mal, parfois, à demander le prix juste du travail que j'ai fait ; notamment dans tout ce qui n'est pas strictement médical, remboursé par la sécurité sociale, car les gens ont pris l'habitude, en médecine générale, que tout était remboursé par la sécurité sociale, que, contrairement à un dentiste ou à un opticien où vous savez que tout n'est pas remboursé, en médecine, ils ont du mal à l'admettre.

16 – les patients qui ont tendance à vouloir trop s'étendre ; c'est sûr qu'ils en ont besoin quelque part, souvent on n'est pas assez structurés pour faire ça ; on n'a pas une formation psychiatrique suffisante pour les prendre en charge complètement ; moi, la difficulté, c'est quand les gens ont un discours fleuve, et qu'ils vous sortent plein de choses, on a du mal à trier et à voir ce à quoi ça correspond.

17 – Vous êtes tombée sur un blanc ... Qu'est-ce qu'il y a derrière le mot difficultés ?

Qu'est-ce qui peut vous poser des difficultés, c'est-à-dire vous donner à réfléchir un moment pour résoudre quelque chose qui ne va pas de soi ...

Je ne comprends pas la question.

C'est-à-dire est-ce que vos patients peuvent vous poser des problèmes, par exemple des gens qui sont réticents à (...)

Vous entendez ça dans le cadre d'une relation psychologique défaillante ?

Par exemple un patient qui pense avoir un savoir médical (...)

Vous faites bien de préciser ça parce que c'est absolument pas ce qu'on risquait de comprendre avec ce que vous avez dit initialement. Les gens, j'espère bien que si ils viennent voir un médecin par rapport à un problème x qu'ils ont, c'est qu'ils n'arrivent pas à le résoudre tous seuls. Sinon ils n'iraient pas voir le médecin en question. Après ça, si moi je ne sais pas s'ils comprennent ce que j'ai envie de leur dire, c'est probable, mais je le gère à ma manière. J'essaye d'avoir le retour, j'essaye d'avoir un « aperçu », comme on dit. Et en fonction de l'aperçu, je leur donne des précisions qui me paraissent nécessaires pour qu'ils aient l'entendement complet de ce que j'ai envie de leur dire. Que la personne ait un a priori sur sa maladie, c'est possible, qu'elle ne veuille pas rentrer dans ma démarche, c'est possible, les patients ne sont pas scotchés, ne sont pas ... obligatoirement en relation avec moi. Ils peuvent très bien changer, il peut m'arriver de leur dire, même, vous pouvez (...).

18 – la compréhension ; y en a qui parlent mal le français, déjà ; y en a qui comprennent pas ce ... ce qu'on leur dit ; le fait que le malade ... il est pas toujours respectueux de ce qu'on lui dit.

19 – c'est surtout ... moi j'ai surtout des problèmes avec les gens qui viennent en sachant plein de choses, ou en ayant regardé sur Internet tout ce qui concernait ... on a du mal à ... à expliquer parce qu'ils ont déjà les idées préconçues ; ça me met mal à l'aise ; ça m'énerve, a c'est sûr, j'essaye de pas le montrer mais enfin quelque fois ça ... ; j'essaye de leur expliquer ce qu'ils ont mal compris ou pas compris, ou qui n'a rien à voir avec leur problème, etc.

20 – ces dernières années y a des patients qui se font un peu agressifs, qui sont fâchés ; y a aussi certains patients qui ne veulent pas se faire soigner parce qu'ils ont un moral qui est mauvais ; c'est quelquefois une difficulté de leur expliquer qu'il faut se faire suivre ; difficultés sociales et économiques ; on peut les rassurer médicalement parlant sur certaines choses, mais ils ont tellement d'autres problèmes à côté qu'il faudrait vraiment un grande prise en charge pour arriver à les en sortir rapidement.

21 – des patients qui n'arrivent pas à prendre rendez-vous ; ils sont toujours dans la demande ; gérer le temps ; gérer peut-être le rythme, les rendez-vous ; le temps, je crois que c'est important ; gérer le temps, et puis peut-être gérer les demandes inadaptées ; comment dire non ; à partir du moment où y a une demande inadaptée, y a certainement une angoisse du patient, qu'il faut comprendre ; ils sont très exigeants ; prendre du temps pour examiner, prendre du temps pour écouter, prendre du temps pour faire de la prévention.

22 – le langage.

23 – dans leur comportement ; les barrières de langue ; si on prend pas un peu par la main ... les gens ont des difficultés à venir ; l'observance, la compréhension.

24 - leur faire passer notre message à nous ; la difficulté, c'est qu'il faut qu'ils nous écoutent et qu'ils aient compris avant de partir ; on est surpris parce qu'on pensait avoir bien expliqué et les orienter vers telle chose dans le cheminement de notre pensée, et puis ils ont compris tout à fait autre chose ; c'est qu'ils sont pas médecin et qu'ils peuvent pas comprendre notre façon de penser à nous.

25 - j'essaie de me rendre compte s'ils me comprennent ; je surestime souvent le ... le message que je donne ; la communication.

3a) Lors d'une consultation, avez-vous déjà subi un sentiment en lien avec des représentations personnelles douloureuses ?

1 – Probablement ; je ne pense pas avoir reproduit l'attitude que j'ai eu, ça m'a fait certainement travailler sur moi-même, et ça me donne la possibilité dans ces circonstances-là au contraire de prendre du recul sur mon vécu et de me mettre dans cette situation de distance et de répondre au patient comme étant quelqu'un qui arrive et qui analyse la situation et qui avec calme restructure, ou recompose, ou redéfinit, ou reconstruit, reformule, et après coup peut-être, je m'en sers. Mais je ne pense pas réagir immédiatement comme dans l'attitude où j'aurais moi-même en tant qu'individu réagi ... ; l'attitude que je peux avoir est une attitude de distance ; c'est justement en comprenant que moi je ne l'ai pas eue que d'abord je comprend l'attitude du patient et dans mon intervention, ben j'essaie d'une part de ne pas le culpabiliser, mais d'autre part de lui dire que ce n'est peut-être pas ça.

2 - Alors là c'est très souvent ! ; je crois que c'est très très étonnant, je crois que nos patients nous parlent, alors qu'ils ne le savent pas, de choses qui nous touchent à ce moment-là de notre vie ; je crois qu'effectivement y a ... y a effectivement une interaction difficile à ... à suivre ou à ordonner mais entre ... oui oui ça c'est sûr qu'il y a une relation très nette entre ce que ... entre la problématique que nous exposera un jour un patient et notre propre problématique de l'autre côté ; un des enjeux que l'on a c'est qu'on doit régler nos propres problématiques pour pouvoir avoir une réponse ; faut accepter soi-même de savoir un peu où en est sa propre histoire, mais c'est vrai qu'il y a un parallélisme étonnant dans ... dans ... et en vingt ans ça s'est jamais démenti, jamais jamais jamais.

3 - Ben oui. Oui, ça ça m'arrive, oui, ça m'arrive ; J'essaie d'approfondir les choses, disons j'essaie toujours de me mettre à la place de mon patient ; j'ai perdu mes parents (...), donc quand y a des personnes qui vivent un deuil et qu'il s'agit d'une maladie particulière, un cancer ou autre, on a la souffrance, j'ai tendance à les comprendre bien ; c'est vrai que c'est des cas qui m'arrivent, et ça me met de leur côté. Je suis plutôt leur allié, tout simplement. Aussi leur médecin.

4 - Oh oui, bien sûr, ça ça arrive forcément ! ; Alors qu'on gère plus ... plus ou moins ... facilement, c'est vrai qu'il y a des choses ... ; je sais pas, en tant que femme, y a des choses je pense, que on perçoit mieux peut-être, chez une autre femme, que un homme ne va pas percevoir, par exemple ; on peut pas non plus rentrer son cas personnel dedans, mais y a des petites nuances comme ça qu'on comprendra mieux, ... y a des plus grosses nuances ... heu ... bon, je sais pas, on a ... ; il faut faire attention de ne pas rentrer non plus ... de ne pas interpréter les gens en fonction de ce que ... soi on a vécu, et en général ... moi j'ai pas l'habitude de m' ... de m'imposer entre guillemets dans leur vie.

5 – non, pas jusque là !

6 – oui, plus ou moins ; une situation familiale, oui ! ; j'essaie de rester neutre, j'essaie de pas impliquer trop mes affects.

7 – ça me rappelle en permanence ! ; ça m'aide ... ça m'aide ; probablement, inconsciemment, ça fait partie de mes réponses ; tout un faisceau (...) de réponses que l'on donne ; un peu de la connaissance scientifique (...) et du vécu ; c'est par touches successives que ça se ... ; j'ai jamais eu l'impression de problèmes ; sauf le problème d'angoisse personnelle pour un truc que j'ai pas résolu.

8 – Oh ben c'est fréquent ! ; on réagit tous les jours en fonction de notre vécu ; moi quand je vois quelqu'un qui vient de perdre sa mère, comme c'est quelque chose que j'ai très mal supporté, je le supporte assez mal, mais je

... je trouve que c'est normal, on vieillit, on a aussi plein d'expériences et ça enrichit notre ... nos ... nos réactions ; je sais la réaction, et même je l'anticipe en parlant avec le patient en lui disant des choses, il me dit « mais oui, c'est ça, tout à fait, je comprend ce que vous voulez dire ; c'est normal de mêler un peu sa vie, bon faut pas non plus l'étaler, mais de voir son vécu pour comprendre le vécu des autres ; moi je trouve que ça m'aide ; peut-être qu'il y a des moments où ça m'aide pas, mais en général, ça m'aide.

9 – non.

10 – évidemment ; dans ces cas-là, ça m'aide a priori dans la compréhension de ce qui m'est présenté, puisque je l'ai vécu ; pas de difficultés ; positif, oui, plutôt.

11 – Oh, ça doit arriver de temps en temps, mais on n'en tient pas compte ; ça c'est pas le problème ; on voit toutes les tranches de la société, ce qui nous permet nous déjà après de ... dans notre vie personnelle de relativiser énormément de choses ; moi, ce serait plutôt dans l'autre sens.

12 – non ; d'autant plus que mes expériences personnelles privées m'ont permis en fait d'adopter une attitude beaucoup plus ... « cool » ; je gère très bien ce genre de situations.

13 – non.

14 – je peux lui faire bénéficier de la façon dont moi j'ai pu résoudre le problème.

15 – oui, bien sûr ! ; je me déconnecte très facilement de mes positions personnelles. Les gens savent ce que je pense politiquement, religieusement, spirituellement, etc. ; y a deux catégories de patients que l'on ne soigne pas (...) les toxicomanes (les toxicomanes, je les renvoie tous sur la fratrie) ; tous les patients qui vont avoir soit par leur comportement, soit par leur habillement, soit par leur odeur, faire fuir le reste de la clientèle : ceux-là, j'essaie de les gérer très vite pour pas que ça perturbe trop tout le monde ; vous utilisez toujours votre expérience personnelle face au patient ; le tout, est de toujours rester dans une certaine ambiguïté, il n'est pas question que le patient sache que j'ai traversé cette difficulté-là. J'essaie d'étanchéifier ma vie professionnelle et ma vie perso ; j'essaie au maximum d'être neutre ; il y a quelques années, j'ai suivi une psychothérapie pour pouvoir gérer la relation patient-médecin ; j'essaie de ne pas être directif ; je ne donne jamais une seule solution aux gens ; pour deux buts : d'abord la dépendance du patient vis-à-vis de moi (...) et puis dans un but de protection personnelle – à la limite juridique – c'est que la personne ne me dise pas « vous m'avez dit de faire ceci et ça a pas marché ».

16 – Oh ben c'est assez ... oui, c'est souvent ; c'est presque plus facile ; on sait un petit peu ce que peut ressentir le patient ; quand on a vécu certaines situations pathologiques, on est plus à même, après – je trouve – d'aider le patient ; c'est quand même plus facile d'analyser ; y a même un peu de ... de compassion ou d'autres choses qui peuvent l'aider ; ça me semble plus facile de gérer et d'être plus près du malade encore, pour l'aider, quoi.

17 – Qu'est-ce que vous entendez par lien ? Et par représentations personnelles ? Parce que je croyais pas que c'était de la ... que vous essayiez de faire de la psychologie, ou de la psychanalyse. Maintenant, c'est très orienté, on fait bien de le dire, mais je croyais que vous deviez parler de philosophie ? Alors allez-y ?

Avez-vous déjà été confronté à un patient ou à une situation qui vous aurait rappelé une expérience personnelle, et qui éventuellement aurait pu vous poser des difficultés ou ... Est-ce que ça vous est arrivé, et si oui, comment est-ce que vous avez réagi face à ces situations ?

Probablement que ça a dû m'arriver, mais probablement aussi que je n'ai pas eu de difficultés par rapport à ça.

18 – C'est peut-être arrivé, c'est possible ; je me suis jamais posé trop la question ; non, non ... (...) je me suis jamais trop posé la question.

19 – non ; ça non ; enfin j'ai pas souvenir ... enfin c'est possible, mais là je vois pas.

20 – probablement, oui, mais ça m'a pas gêné outre mesure ; j'ai eu un vécu personnel assez particulier donc ... ; je dirais pas que je suis inébranlable parce que c'est pas la vérité mais disons que ça se passe bien ; la mort de certains patients, ça me fait de la peine ; j'essaie de m'en protéger, mais c'est vrai que ça me fait un peu de peine ; sinon non ; dans les problèmes conjugaux ou dans les problèmes familiaux, des fois je me dis il faut peut-être que je fasse un peu plus attention à certaines choses qui pourraient se passer chez moi ; j'essaie d'être un mari différent et puis un papa différent.

21 – Bien sûr, c'est pas une fois ... c'est souvent ; la question qui revient souvent (...) c'est « et vous, Docteur, si vous étiez à notre place ? » ; c'est peut-être pas très éthique, mais c'est vrai qu'il y a certains patients ... on s'attache plus à certains patients qu'à d'autres ; j'ai l'impression d'être assez ... assez blindé, assez protégé ... ou je me protège, j'en sais rien.

22 – Non.

23 – Oui ... ça m'a pas forcément posé de difficultés, mais oui ; j'ai pas eu l'impression de faire autrement que les autres fois ; j'ai pas « la » réponse, j'ai des réponses aux situations qui se posent ; une expérience personnelle que j'ai vécue, qui a été une expérience pénible (...) il est clair que je suis convaincu que sans cette expérience, je n'aurais pas du tout la même attitude actuellement ... parce que, ben parce que ça m'a ouvert les yeux ... sur heu ... sur les ... sur les comportements, justement ... sur la façon d'être médicale ; vous comprenez beaucoup plus de choses qu'avant ; ça m'a ouvert les yeux ; j'ai vécu ce que c'est que d'être dans le doute, que ne pas savoir, que d'être dans l'attente ; je pense ... apprécier ... plus ... le sentiment dans lequel on peut venir en consultation.

24 - Oui, c'est amusant, mais ...mais ... mais c'est vrai qu'il est évident que quand vous avez des gens qui ont des schémas ou familiaux, ou pathologiques qui se rapprochent de ce qu'on a vécu, forcément, on a un lien intellectuel qui se crée ; même si on leur fait pas partager ; vous avez les difficultés scolaires, tout ce que vous voulez, tout ce qui fait la vie ; je dis souvent, « j'ai le même à la maison ». Eh voilà ! Donc on comprend.

25 - Oui, bien sûr ; je me suis mis un point d'honneur à ne pas donner mon ... mon avis personnel ; je sais que je fais un peu aussi assistante sociale.

26 – Non ... oui ; pas de difficultés ; sensible.

3b) Si oui, quelle attitude avez-vous adopté face à ces difficultés ? (Certains médecins ayant déjà répondu à la question dans la réponse précédente, seuls ceux pour qui il a été nécessaire de poser la question 3b sont répertoriés)

2 - Moi personnellement j'ai un superviseur ou un ... et/ou en complément aussi un psychiatre qui me sert de référence et qui me sert quand je suis embêté avec des histoires comme ça, pour aller prendre un peu conseil ailleurs, pour avoir un autre regard, de gens qui sont ... dont c'est plus la routine que moi ; j'ai un autre psychiatre avec lequel je travaille régulièrement (...) qui est d'un très bon conseil ; c'est comme ça que je résous les problèmes pour éviter de faire le maximum d'erreurs, c'est de ... de pas gérer seul ça, de prendre des conseils à l'extérieur, assez rapidement pour éviter heu ... pour avoir un peu de recul.

4 - il ne faut pas une froideur, mais quand même un certain recul entre les malades ... et je crois pas d'ailleurs que ça les intéresse ... Ben, peut-être quelque part, ils seraient contents de savoir des choses, on peut l'insinuer ... Mais après ... c'est pas un bon (...).

8 – je réagis par rapport au patient, et pas par rapport à moi ; si ça peut m'apporter quelque chose, je le traduit, mais si ça m'apporte rien et si ça m'handicape par rapport au patient, je l'oublie ; je suis professionnelle avant tout quand je suis devant le patient.

11 – j'essaie de rester le plus neutre possible, de ne pas en tenir compte pour rester objectif ; les gens qui peuvent poser des problèmes, c'est les patients qu'on connaît depuis longtemps ; on les voit toujours pour la même chose, donc on les a fait rentrer dans un moule, et on risque de passer à côté du diagnostic.

14 – je suis médecin du sport, je me sers de ce que j'ai pu vivre selon mon corps pour le décrire.

16 – ça dépend des patients ; ça dépend quel est le contentieux de relation qu'on a ensemble ; comme chacun a une histoire différente, même sur un fond d'examen ou un fond de questionnaire identique, tout change.

24 - toujours essayer de communiquer, faut pas ... se renfermer sur soi, ils sont venus, ils ont poussé notre porte, ils ont fait un effort, ils sont là pour avoir quelque chose, je crois qu'il faut essayer de faire passer encore une fois un message ; il faut qu'ils repartent rassurés ; je trouve que c'est dramatique quand ils viennent, et qu'on leur a dit « on peut plus rien faire pour vous ». On peut toujours faire quelque chose pour les gens.

25 - on est là pour aider la personne ; ça n'a jamais été jusqu'à la ... nécessité de changer de praticien, mais heu ... je l'ai fait à l'inverse ; le confrère m'a adressé un petit mot en disant « voilà, est-ce que tu pourrais suivre dorénavant cette personne (...) » ; si je sentais que quelque part j'arrive plus à dispenser les soins nécessaires parce que y a vraiment un blocage, la personne est ... vraiment fait des choses que j'arrive pas à passer outre, je pense que ... peut-être sans lui dire clairement, parce que c'est toujours difficile vis-à-vis des gens, on peut pas les condamner, mais heu je trouverais une excuse détournée et je lui dirais qu'un confrère est plus adapté pour le soigner, et je passerais un petit coup de fil à un confrère, j'ai une bonne entente sur Villeneuve, pour à ce moment-là, que quelqu'un, vous voyez, moins investi, ou moins gêné puisse prendre (...) il faut passer la main quand on sent qu'on peut pas être neutre.

3c) Avez-vous parlé à votre patient de ces difficultés ?

1 - non. Rarement. Je ne crois pas que le patient cherche à avoir en moi un ami ou un confident heu personnel. Il faut toujours rester à sa place ; un patient vous donne une importance beaucoup plus grande que celle que vous avez vous-même ; il ne faut pas le tromper là-dessus. Il faut qu'il ait toujours en face de lui quelqu'un où il peut décharger, et s'il, un moment donné, découvre que cette personne, finalement est aussi faible que lui, il ne pourra pas. Donc il m'est arrivé probablement très rarement, pratiquement jamais de commencer à me dévoiler ou à exprimer une quelconque souffrance personnelle auprès d'un patient qui lui est en souffrance. Je n'ai pas le droit de ... rajouter la mienne.

2 - non, non ça je le fais pas. Sauf si c'est une valeur d'exemple heu ... pour rassurer, mais c'est plus lié aux enfants à ce moment-là ; non non, je pense que c'est pas ce qu'ils attendent de nous.

8 – ça m'arrive ; ça m'arrive ; ça arrive dans la conversation ; j'ai des patients que je connais depuis des années ; j'ai des patients qui sont devenus des amis ; dans la conversation ... il peut m'arriver de dire « moi aussi, quand j'ai perdu ma mère ... ou quand ... je me suis fâchée avec mon frère ... ça m'a ... j'ai ... je me suis sentie comme ça » ; « vous avez une réaction que je pense être saine pour moi et être saine pour vous ».

10 – non.

11 – oui. Oui, oui ; y a pas de tabou, à partir du moment où y a une relation de confiance et d'écoute, ils parlent d'eux-mêmes.

23 – non, je m'étends pas ; d'abord, dans mon histoire, y eu une période pendant laquelle je pouvais absolument pas parler de la situation ; après y a eu une période (...) où j'en ai un peu parlé ; je l'ai fait de façon un peu ... stratégique, c'est-à-dire que quand j'en ai parlé, j'en ai parlé à des personnes ... qui sauraient répéter l'information. Parce qu'il est clair que ... c'est quelque chose qui m'a pris ... qui m'a pris du temps, qui a bouleversé mes habitudes, qui m'a obligé à un certain nombre de choses, donc je savais pertinemment que les gens se posaient des questions ; ça je l'ai fait un moment pour recadrer un peu les choses ; mais maintenant ... maintenant je le dis ... je le dis pas. J'évite de le dire parce qu'en plus c'est déjà, enfin j'ai senti ... ça on le ressent aussi quand y a une ... quand y a une maladie grave qui se présente, c'est vécu comme une agression. Donc ... non non, je dis rien ; les gens sont pas là pour écouter mes histoires ; un moment j'ai eu peut-être tendance à le dire ... parce que j'avais besoin de le dire, mais ... non non.

24 - non. Non, c'est difficile de ... Non, on peut pas parler de ça. De temps en temps, mais vraiment, c'est des malades très particuliers, qu'on connaît depuis longtemps ; y a des schémas psychologiques, quand même, hein, y a des gens qui sont très ouverts, qui parlent.

25 - Heu ... non. Je réfléchis ... Heu ... non, parce qu'en général, j'estime que c'est des difficultés qui sont inhérentes à moi, donc j'ai pas de raison de lui dire.

26 – oui, avec des toxicomanes.

4) Pensez-vous que jouer avec le temps soit une manière d'aplanir de telles difficultés ?

1 - heu, oui, le temps peut aplanir certains petits problèmes de relation entre un médecin et un patient, un patient peut d'abord être un petit peu irrité par l'attitude de son médecin parce que le médecin lui refuse telle ou telle chose. Le médecin s'explique, la première fois le patient heu n'accepte pas la (?), il se sent quand même obligé de revenir, parce que par ailleurs le médecin lui plaît quand même, quelque part, donc il revient, et il ... en général, il comprend de mieux en mieux, et puis après, il se conforme à la façon d'être de son médecin. Il

accepte. Bon. Quand il accepte pas suffisamment il change, mais, là, on ne sait pas. Dans ces cas-là, c'est un combat qui est perdu par forfait.

2 - le temps est toujours un facteur rassurant ; si on arrive à faire jouer le temps comme un aspect bénéfique pouvant permettre d'accéder à des bénéfices secondaires positifs, oui, ça c'est intéressant. Le temps est un facteur positif, oui, y compris dans les plus gros drames y a toujours des aspects positifs, qui vont arriver avec le temps donc ça peut nous permettre de secondairement mettre en avant les ... les aspects positifs d'une situation qui a priori n'aurait que des aspects négatifs.

3 - c'est pas un jeu ! ; on essaie de donner le temps nécessaire. Parfois y a des contraintes. Parfois on essaie d'abrégé. Dans 90% des cas, on est obligé d'écourter un petit peu.

4 - sûrement, oui, sûrement ; y a des relations qui peuvent se dégrader ou bien qui peuvent s'améliorer, ça peut jouer dans les deux sens ; forcément, hein, je peux tout à fait faire des efforts importants avec un malade si on sent par exemple qu'il y a des malades qui sont tellement suicidaires qu'ils sont rejetés de partout. Et ça, ça se sent. Ils disent dès qu'ils arrivent « toute façon, personne m'écoute », voilà. Celui-là, je vais certainement faire un effort, prendre plus de temps, peut-être le revoir plusieurs fois, même en ... en trouvant des excuses un peu pour ... pour essayer d'établir une relation qui visiblement est ce qui manque, même si derrière y a pas une chose très importante ; je crois que c'est sûr, que le temps c'est important, mais le temps c'est de l'argent aussi ; on peut pas passer un temps infini avec les gens, quelque part les gens peuvent pas revenir forcément cinquante fois non plus, parce que ça ... coûte pour eux,

5 - oui, dans certains cas, oui, mais surtout lorsqu'il y a une douleur morale ; j'essaie de soulager le patient, de le reconforter, et de lui expliquer que ça passe avec le temps.

6 – oui, je fais une consultation toutes les demies heures, quelques fois trois quarts d'heure, donc la réponse est oui.

7 – oui, bien sûr ; je pense que le mal de gorge, c'est l'occasion rêvée de parler d'autre chose ; à partir de là, toutes les consultations peuvent durer trois quarts d'heure ; c'est ce que le réseau n'a pas solutionné pour moi, et il le complique même encore ; l'intérêt, c'est de répondre à une question, et c'est du temps.

8 – ah, tout à fait ! ; oui, je pense que c'est parfois nécessaire ; moi j'ai tendance à avoir des consultations assez longues, parce que je suis bavarde ; c'est sympathique aussi de connaître la vie des gens, mais bon, quand je vois que c'est dur ... que c'est difficile, que ça peut pas s'aplanir en une consultation, il m'arrive de dire « ben, écoutez, vous revenez tel jour, et ne revenez pas l'après-midi, venez plutôt le matin parce que j'ai plus de temps, on pourra plus bavarder, on pourra plus ... approfondir un petit peu plus » ; je travaille assez peu pour justement avoir le temps de voir les gens ; pour moi, très important ; très rare que je passe cinq minutes avec un patient.

9 – ça oui ! ; on a quand même des consultations assez chargées ; mais de toute façon, quand ils veulent parler de leurs problèmes familiaux, ils en parlent ; on a des relations assez proches avec les patients ; les gens se sentent assez proches de leur généraliste.

10 – oui, bien sûr ; oui, tout à fait, ça c'est évident. Quand il y a des consultations difficiles, il est vrai que le temps qu'on peut consacrer rentre dans un type de relation à l'autre qui n'est pas ... qui est une sorte de liberté, en fait ; le temps compte beaucoup.

11 – oui, je vous dis, y a des fois où je reste plus longtemps ; je fais pas de l'abattage, je prends le temps qu'il faut pour voir mes patients.

12 – oui, parce qu'on a tendance maintenant à faire des consultations courtes, parce qu'il faut rentabiliser, il faut absolument qu'on aille vite, ça c'est un peu le reproche que je ferais à la pratique actuelle ; en adoptant ce genre d'attitude, on a plus de chance de passer à côté des problèmes ; parfois, lorsqu'on reconduit le patient aux portes, c'est là qu'il vous susurre un petit mot qui en fait va déclencher d'autres attitudes, d'autres questions.

13 - Ça peut arriver, ça dépend, ça peut arriver ; si c'est une prise en charge au niveau tabagique, par exemple, peut-être, effectivement, je reverrai les gens au bout d'un mois ou quinze jours, mais sinon, si vraiment le patient est dépressif, ça c'est possible, dans un premier temps, le traitement, je le donne que pour quinze jours, j'aime pas donner des traitements trop ... je donne pour quinze jours en fait, ça c'est sûr ; après, s'il y a un problème personnel, heu ... , oui, là je les revois.

14 – oui, tout à fait, ça permet aux deux parties de réfléchir.

15 – non ; le patient qui est trop long, je lui dit honnêtement « non » ; en général, je montre un certain mécontentement ; je fais pas une consultation « le tour du bonhomme ».

16 – oui, quand on n'a pas de solution à proposer, on cherche à allonger le temps de réponse ; par exemple, quand quelqu'un vient, qu'il a des douleurs, je ne sais quoi, si on n'a pas isolé une orientation, quelque chose, on va se défausser en demandant des examens et en disant « ben, quand il reviendra ... ». Alors des fois, on est piégé, le malade il revient deux jours après, en deux jours ça a pas eu le temps d'évoluer, ça a pas eu le temps de changer, donc on est un peu piégé. Si on a oublié de préciser qu'il valait mieux les faire dans une dizaine de jours, ou quinze jours, les examens, et revenir après, des fois, le malade, il les fait tout de suite, ce qui fait qu'on est dans la même situation ; surtout chez les fonctionnels, ceux qu'on appelle les fonctionnels, ou les somatiques, ça dépend un petit peu des écoles, comment on les appelle, les gens qui expriment leur souffrance mentale par le corps ; le temps, là, on s'en sert ; c'est un peu hypocrite quelque part, on essaye de cacher ce qu'on sait pas, quoi.

17 – C'est très orienté toujours, vos questions, elles sont pas philosophiques, pour moi, elles sont absolument pas philosophiques, non, je le précise parce que, surtout si c'est enregistré, ce n'est pas un interrogatoire philosophique. Non, non, donc si vous voulez, y a de votre côté, un biais qui est introduit, un gros biais, et, si si, pour moi c'est un biais ! Vous vous présentez par téléphone et vous me le dites tout à l'heure, ce sera ... « je suis philosophe, et c'est sur le plan philosophique que ça m'intéresse », et là vous introduisez des notions qui n'ont rien à voir avec ça ! Qui sont des notions ... qui ... font appel à des notions de psychologie, de psychiatrie, de psychanalyse, avec des écoles, etc. Je le sens. Donc ça ne va pas. Là ça ne va pas. C'est incorrect ! C'est incorrect, je sais très bien ce qu'il faut que je réponde, comme ci, comme ça. Donc c'est un jeu, non. Je ne réponds pas à la question.

18 – oui ; faire durer la consultation, oui, c'est possible ; peut-être ; dans certains cas pour leur faire comprendre un certain nombre de choses ; oui, peut-être ... c'est possible ... je dirais, pour certains ; dans certains cas, on a besoin de leur répéter un peu les mêmes choses ; y en a qui comprennent pas toujours très bien.

19 – ça c'est sûr et certain ! ; plus on a de temps à consacrer aux gens, mieux on se comprend ; plus on les voit, plus on les connaît ; je suis pas directif, j'essaie de modifier les choses petit à petit, même si je suis pas satisfait, quand ils sortent, de ce qu'on a fait, je me dis « la prochaine fois, on se verra un peu mieux » ; je suis sur rendez-vous uniquement, je prends des rendez-vous assez larges ou quand je connais les gens, je sais qu'il y a un truc, je décale.

20 – des fois c'est vrai que jouer avec le temps ça permet de résoudre certains problèmes ; le fait de les rassurer un petit peu, d'essayer de les entourer, de les écouter, de leur donner des petits objectifs et tout, et de jouer avec le temps, ça permet un peu de les remotiver, entre guillemets, de leur redonner un peu de tonus, de leur donner confiance en eux et puis effectivement ça permet souvent de résoudre pas mal de problèmes ; et de dédramatiser les situations.

21 – je me dis « on n'a jamais le temps » ; un grand prétexte, aussi, le temps ; des fois, ça peut être une alternative, de dire « j'ai pas le temps, y a du monde dans la salle d'attente ». ça permet de pas aborder un problème pour un moment ; c'est aussi utile de jouer sur le temps avec le patient ; le problème, c'est de savoir utiliser ça de façon entre guillemets « éthique » ; il faut savoir un moment donné se poser, écouter, et il faut savoir aussi jouer sur le temps.

22 – non.

23 – le temps joue beaucoup ; jouer avec le temps, non ; je prends mon temps, je suis un lent ; le temps de consultation s'allonge ; il y a un minimum incompressible ; faire de la consultation rapide ... ça fait rater des trucs ; il est rare aussi qu'on se confie totalement du premier coup à quelqu'un qu'on connaît pas ; j'avais peut-être un peu peur des mots, et des questions à poser ; j'ai peut-être, avec le temps, un peu ... pris ... enfin pris ... plus de ... oui ... enfin pas avoir peur de poser des questions, même si elles sont un peu dérangeantes ... et même si j'ai pas non plus les réponses aux questions ; je crois que j'ai appris que le fait de poser une question ... et d'entendre la réponse (...) soit quand même une chose importante ; on le partage, et ça peut déjà être ... un prémisses de ... de quelque chose dans la prise en charge ; je pense tout à fait que le temps a son importance, mais que c'est pas forcément une consultation longue qui est importante, c'est le fait de se voir, de se revoir, de

revenir sur des choses ; de reconstituer l'histoire ; mais inversement, on peut régler des problèmes très sérieux très rapidement aussi ; on peut aussi faire vite et bien.

24 - non. J'ai jamais vu que jouer avec le temps ça ... ; repousser ou prolonger une consultation, repousser les choses, de toute façon, elles vous pèteront toujours au nez à un moment ou à un autre, et prolonger une consultation, non ... ça dépend pourquoi. En tout cas, ça viendra pas de moi. Car nous on subit, hein, si je puis dire, c'est le malade, le capitaine entre guillemets de la consultation, et c'est moi qui ait la barre ; une consultation, faut pas rêver, vous pouvez avoir fait plein de choses en cinq minutes, du moment que vous avez travaillé intensément et que le malade vous a suivi. C'est pas parce que je vais le garder trois quarts d'heure que j'aurai fait un meilleur travail. Ça, je m'inscris en faux complètement sur la médecine lente. La médecine lente, si c'est une médecine de bavardages et qu'on avance pas, ça n'a aucun intérêt.

25 - oui, ça c'est sûr ! ; le temps joue en notre faveur ; Au moins pour faire le point sur la situation, si effectivement ça va trop loin, je garde toujours la possibilité de vite diriger à un autre service ou à un confrère, ou de déléguer un petit peu. Heu, maintenant, revoir, dire « on en reparlera », fermer un petit peu quand on sent que ça va trop loin et qu'on n'est pas maître de la situation, oui, c'est une solution aussi.

26 – avec les toxicomanes, non ; c'est comme un mur ; mais avec d'autres patients, oui ; les multi pathologies, les malades chroniques, on prend une demie heure au lieu d'un quart d'heure.

Le réseau :

1) Combien de patients avez-vous déjà inclus dans le réseau ?

1 – je crois que j'en ai 3 ou 4.

2 - moi j'ai pas inclus de patients parce que j'ai jamais bien compris à quoi ça servait ; j'ai jamais très bien compris comment s'articulait le réseau par rapport à une prise en charge normale du patient.

3 – 65/67 environ.

4 – je crois que j'ai dû en mettre 12 si j'ai bonne mémoire.

5 – plus de 10 patients.

6 – aucun. J'ai des patients que j'ai envoyés à des médecins du réseau.

7 – une centaine.

8 – j'en inclus à peu près quatre par mois ; à peu près une vingtaine.

9 – au moins une centaine.

10 – une cinquantaine.

11 – j'avais trois patients dans le réseau, une famille, qui en plus viennent de déménager, sont partis à côté de Lille, donc là actuellement j'en ai plus du tout.

12 – une centaine.

13 – 65 environ.

14 – une bonne trentaine.

15 – une cinquantaine.

16 – une cinquantaine à peu près.

17 – un, comme je vous l'ai dit par téléphone, un. Mais sachant que moi je suis spécialiste.

18 – entre trente et quarante ; je peux pas vous dire combien ; peut-être plus proche de quarante que de trente.

19 – entre 20 et 25.

20 – 200.

21 – j'en ai inclus aucun ; je draine sur Montrouge, Malakoff, Bagneux, XIIIème, XIVème, vous voyez, j'ai une population relativement aisée, qui se trouve plus dans la demande de faire des scanners, et des frottis et des trucs trente-six fois dans l'année que des patients qui sont en précarité.

22 – 40.

23 – 70.

24 - quatre par mois ; une centaine de patients.

25 - une dizaine par mois ; plus de trois cents, peut-être trois cents cinquante, quelque chose comme ça, j'ai pas le chiffre exact.

26 – une petite dizaine.

2) Comment se sont déroulées ces (ou cette) inclusion(s) ?

1 - jamais de façon aléatoire ; toujours pour quelqu'un qui posait un problème médical ... ou social. Des fois souvent médicaux.

3 - bien ! ; bien, parce que pour les patients ça représente une consultation plus importante. Mais par contre, ce qu'il faut dire aussi, en contrepoint, c'est qu'il y a pas mal de patients que j'ai plus revus. Donc parfois ça peut faire peur, surtout si on les adresse à la polyclinique, pour des problèmes ou sociaux, ou psychologiques. Parfois ça peut faire peur. Si c'est pas eux qui le demandent ; Ça doit être un risque, le fait de faire le dossier, parfois, ça peut être un risque. C'est un pourcentage minime, toujours, mais ça peut être un risque.

4 - c'était surtout en fait des problèmes ... je dirais plus sociaux, parce que de mémoire, c'étaient des personnes qui avaient des problèmes de papiers, de prise en charge ; je me suis appuyée sur la ... l'assistante sociale du réseau ... et puis j'en ai peut-être envoyé un deuxième pour ... Y a ... y a deux aspects : y a les dossiers, du malade, et puis utiliser le réseau pour ce qu'il propose comme avantages. Donc je l'ai utilisé aussi du point de vue de la ... diététicienne, enfin des choses comme ça. Ou des consultations avec le psychologue, des choses comme ça.

5 – Au début, c'était difficile. Après, en fonction des pathologies, j'essaie d'inclure si les patients ont besoin de ... psychologues, ... d'assistantes sociales ... quelque chose, j'essaie de présenter ASDES, et d'inclure dans le site.

6 – pas eu de soucis.

7 – très bien, ils me font une totale confiance ; j'ai beaucoup de perdus de vue, dans ceux que j'ai inclus, surtout les nouveaux ; ils m'ont peut-être trouvé un peu intrusif ; c'est très souvent qu'on sent que le patient ne voit les choses que de son côté à lui, je crois qu'il faut s'effacer ; en fait, tout dépend de la façon dont on présente les choses.

8 – très bien ! Très très bien ! Alors les gens adorent ça. D'abord parce qu'on parle un peu plus, puisqu'il faut remplir un dossier, ... et puis ... bon quand on leur explique ce que c'est, ils sont assez d'accord, surtout après quand on leur pose des questions, sur les cancers familiaux, sur les vaccinations, le dentiste, des choses aussi variées que ça, ça leur plaît bien ; ça m'a permis (...) de refaire le point ; même pour moi c'est bien.

9 – très simplement ; des fois, ils comprennent pas.

10 – bien, le plus souvent, parfois en deux temps, pour des raisons de temps, le plus souvent ; j'ai l'impression qu'ils acceptent ... je dirais pas parce que c'est moi, mais parce que c'est le médecin qui propose.

11 – ils étaient très contents, ils ont été pris en charge tout de suite par le service social là-bas, on a essayé de démêler le problème, même avec une lettre d'appui du Pr. Hervé, on n'a pas réussi à leur avoir un logement pour autant ; eux ils voyaient : le problème social ; ils allaient là-bas pour voir l'assistante sociale, point ; pas du tout au niveau médical.

12 – bien, les gens étaient contents, ils sont même revenus très satisfaits avec des cadeaux, c'étaient surtout des gens qui se trouvaient dans des situations assez précaires ; la plupart étaient contents, ils sont revenus.

13 - je pose pas trop de questions aux gens ; je verrais plutôt ça ... que ça passe bien je trouve que là ça se passe bien.

15 – les gens rentrent dans le réseau essentiellement par le biais de vouloir faire un bilan de leur santé ; en général, je leur propose une des choses du réseau, soit la diététicienne, soit la psychologue, etc. Et donc quand ils vont revenir la fois d'après, on va mettre tout ça à plat.

16 – on est très très loin de Nanterre ; j'ai choisi (...) la dimension diététique (...) et le système de la psychologue.

17 – j'ai dit à la personne qu'il me paraissait sage de voir quelqu'un qui allait tout superviser par rapport à elle, je lui ai fait un petit mot. Voilà.

18 – dans l'ensemble, ils ont assez bien réagi ; je sais pas s'ils ont bien compris ; mais ils ont relativement bien réagi ; moi, ce que je leur met surtout dans l'idée, c'est le dossier partagé, quoi ; alors y a des gens qui sont réticents vis-à-vis de Nanterre, parce que Nanterre, y en a qui partent du principe qu'à Nanterre, bon, c'est les petits vieux ... tout un tas d'images ; globalement, dans l'ensemble, ils sont assez acceptants.

19 – si ils posent des questions on discute ; je les inclus comme ça ; sauf éventuellement des gens qui ont des problèmes particuliers, qu'on découvre, etc., bon à ce moment-là je leur dit « on pourrait poursuivre ça correctement ».

20 – c'est relativement facile ; quand je vois un patient qui a un risque particulier ou qui a besoin d'être un peu rassuré, je lui propose de rentrer dans le réseau, comme ça il a l'impression que je vais vraiment très bien globaliser l'ensemble de sa santé, d'abord parce que le questionnaire est assez profond (...) il voit qu'il y a une prise en charge générale ; pour eux c'est assez rassurant ; ça donne des objectifs différents ; ça permet d'être, je pense, faut pas se le voiler, ça permet d'être plus attentif.

22 – Je leur propose et ils signent ; classiquement.

23 – forcément bien, parce que à partir du moment où ils sont inclus, c'est qu'ils sont forcément d'accord avec ce que je leur ai dit ; c'est-à-dire qu'ils sont forcément d'accord avec l'idée du réseau ; j'ai quelques refus, mais ... très peu.

24 - c'est très facile ; faut pas se poser de questions ; le plus difficile, c'est de trouver du temps pour faire les dossiers, quand on a une consultation de médecine générale qui est des fois surchargée ; ils adhèrent bien. C'est toujours pareil. Le casse-pieds de première, vous allez pas lui poser plein de questions. Vous savez bien que si vous vous embarquez à remplir quoi que ce soit comme formulaire avec lui, c'est épouvantable, alors vous le zappez, celui-là, mais y en a pas tant que ça. Et puis ça pose pas trop de problèmes, les malades vous font confiance.

25 - Alors, au départ ... heu, d'abord, comme je m'installais, j'étais pas débordée, donc j'avais plus de temps que mes confrères installés depuis plus longtemps, et je proposais systématiquement à des patients qui avaient une pathologie chronique, donc j'étais sûre de les revoir : des diabétiques, des hypertendus, des gens qui avaient un traitement au long cours. Ça s'est d'autant plus facilement réalisé que comme je reprenais une clientèle, c'était l'occasion aussi de leur dire « voilà, si vous voulez bien, on va remettre à jour votre dossier, on va faire un dossier très complet », en expliquant le principe du réseau ; ceci dit, je m'aperçois avec l'usage maintenant qu'ils se rappellent même plus qu'ils sont rentrés un jour dans un réseau après trois ans, mais ... voilà. Mais donc au départ, ils étaient ravis parce que ... on les écoutait, qu'ils pouvaient raconter leur vie, qu'ils demandaient que ça, et que globalement, ça allait pouvoir déboucher sur « est-ce que tout va bien ? Est-ce qu'il manque des choses ? », et souvent, les gens ils sont très contents de pouvoir voir si effectivement, le bilan va prévenir, en fait, c'était ça, l'idée de la prévention, ça ça plaisait bien, donc ça s'est passé bien.

26 – très bien ; sans difficultés.

3) De quelle manière avez-vous parlé du réseau à vos patients ?

1 - globaliser sa prise en charge ; c'est-à-dire de ne pas se limiter, souvent ce sont des patients qui ont des multi-pathologies, et souvent, on est en train d'aller d'un spécialiste à un autre et le patient il est pas toujours ... il ne respecte pas ce qu'on lui dit, va ou ne va pas, s'enfuit de l'hôpital, etc, alors dans l'hospitalisation, on se dit timent, peut-être que là, en le mettant dans un réseau où tout peut être réuni, les uns sauront ce qui se passe ailleurs etc., on pourra peut-être un petit peu maîtriser la situation et je lui explique que c'est son intérêt pour sa prise en charge, que ça faciliterait son hospitalisation quand y en a besoin, des soins, souvent ; je lui présente, toujours, un bénéfice de santé pour lui. En réalité c'est aussi pour moi. Mais c'est essentiellement quand même dans l'intérêt du patient.

3 - comme l'avantage d'approfondir la consultation, d'approfondir sa reconnaissance, proposer la possibilité justement d'être dans un réseau donc pouvoir s'offrir certains avantages.

4 - pour les problèmes sociaux, la manière a été assez évidente, en disant que ... qu'il était difficile de les prendre en charge ; l'aide est quand même évidente pour eux, ils ne discutent même pas l'intérêt de remplir les formulaires ; on connaissait les gens à qui ils allaient avoir affaire, et que c'était une possibilité qui leur était offerte, finalement d'avoir des portes ouvertes, des accès à un certain nombre ... des acteurs de santé.

5 - j'en parle pas systématiquement ; quand je veux les inclure, j'en parle à un certain moment ; les gens qui sont inclus ne posent pas la question. Ils s'en foutent complètement. Ils font confiance. Je leur explique aussi le système pour ... pour apporter à eux, des choses, que ce soit de l'ordre ... médical, ou éventuellement extra médical.

6 – je leur en parle en disant que c'est un réseau de soins ; c'est une prise en charge globale des patients, avec des médecins généralistes et spécialistes et toute une structure autour.

7 – « je travaille en réseau avec un hôpital » ; « vous pouvez accéder à une filière de soins » ; ils me laissent faire.

8 – net et clair, je leur dit « voilà, je fais partie d'un réseau de santé-social, j'ai des dossiers à remplir, parce qu'on va vous mettre sur ordinateur, pour nous permettre, tous les ans, de sortir votre fiche – ah ! est-ce qu'elle a eu ça, est-ce qu'elle a eu ça ? » ; et puis tous les avantages ; j'ai rentré des malades ayant certains problèmes.

9 – j'ai dit que c'était un réseau d'aide médicale et sociale ; c'est pour vous aider en plus ; la psychologue ; c'est des gens que je sélectionne.

10 – j'ai présenté le réseau comme quelque chose, en fait, qui devrait, somme toute, être proposé à toute personne venant consulter en médecine générale ; je leur propose de les intégrer dans ce réseau qui suit leur évolution ; avec d'autres confrères hospitaliers.

11 – je leur ai dit à quoi il servait ; il aide au niveau du social, il aide au niveau médical ; je leur ai tout expliqué en détail, comme on nous avait appris, nous, quand on est arrivés dans le réseau ; mais en fait, dans tout ce que je leur ai dit, ils ont écouté que le truc qui les intéressait.

12 – je raconte tout ; qu'il s'agit de faire l'inventaire de la population des Hauts-de-Seine, du bassin de Nanterre, et que dans ce cadre-là, de voir tous les problèmes auxquels ... ils ont été confrontés, tant sur le plan social que sur le plan médical ; que notre but est de les aider à acquérir tous leurs droits, à être en bonne santé, donc on va faire beaucoup de prévention ; une ou deux fois, j'ai eu des personnes – jeunes d'ailleurs – qui étaient intéressées, mais qui n'ont pas forcément signé la feuille d'engagement parce que c'était une feuille d'engagement et qu'ils voulaient réfléchir.

13 - que c'est un réseau qui est couvert aussi par la sécurité sociale, par le CEPAM, par le Conseil Général, que c'est au niveau du département, que ces études et cette prise en charge, c'est pour que sur le département, il y ait moins d'obésité, moins de ci, moins de ça, et qu'ils soient pris en charge plus facilement, d'une façon plus globale.

14 – j’ai d’abord parlé de la diététicienne et puis ensuite du réseau ; je faisais partie d’un réseau ville-hôpital avec une diététicienne qui était accessible aux membres du réseau, il fallait que je les inclue dans le réseau ; mais sans trop ... sans trop entrer dans les détails.

15 – toujours par le biais de ce qu’ils peuvent en tirer comme bénéfice ; dans le temps d’une consultation, j’ai pas franchement le temps de leur faire lire la note, je leur montre les points principaux, d’abord quels sont les intervenants, par qui ça a été fait, le fait que les données sont ensuite anonymisées par la CNIL, et qu’ils peuvent se retirer. On n’a pas le temps de lire et d’étudier les choses complètement.

16 – je leur ai expliqué qu’il y a un besoin, et que j’ai les moyens de les aider, sans qu’ils aient ... enfin plutôt avec une prise en charge, sans qu’ils soient de leur poche pour la psychologue ou pour la diététicienne.

18 – je leur parle du réseau quand je vois qu’il y a une pathologie ... dans laquelle on peut les inclure ; l’avantage du dossier, c’est que là c’est un dossier qui est vraiment partagé, à la différence des dossiers écrits ; tout l’intérêt de l’informatique, c’était quand même dans l’immédiat ; l’information elle est notée dessus, après une fois qu’elle est notée, on l’a ; l’information, je peux très bien l’avoir immédiatement ; « ça va vous améliorer d’un point de vue suivi, plutôt que d’aller à gauche, à droite » ; un peu centralisé, c’est intéressant pour ça.

19 – je leur explique comment on travaille, comment fonctionne le réseau, qui est dedans, en quoi ça peut les concerner ; c’est une manière d’améliorer aussi bien pour eux que pour moi.

20 – d’une manière relativement simple, je leur ai expliqué en quoi ça consistait, quels étaient les avantages pour eux, les inconvénients ; à partir du moment où y a que du plus pour eux, ça se passe quand même assez bien ; sauf certains malades entre guillemets « très psychiatriques » qui ont peur qu’on va les faire rentrer ou dans une secte (...) ou qu’on va les observer trop de l’intérieur.

22 – d’une manière positive.

23 – je leur parle d’expérimentation ; que c’est une expérience de coopération entre la ville et l’hôpital, que l’objectif, c’est la santé publique, et que c’est pour améliorer le dépistage et la prise en charge ... primaires ... enfin, bon, j’emploie pas ce terme-là, mais bon ... ; en fait, moi, j’attends plutôt l’occasion ; par exemple un mauvais résultat de cholestérol, un surpoids évident, une situation un peu bloquée (...), dans ce cas-là « ah ben tiens, au fait, est-ce que l’idée d’aller rencontrer une diététicienne vous intéresserait ? ».

24 - oh, tout simple ! Que ... je fais partie d’un réseau, où ... ce réseau peut leur rendre service, dans leurs démarches, tant médicale qu’administratives, que c’est a priori plutôt l’avenir de travailler ensemble et que ça va leur faciliter largement les démarches d’accès à des soins, à de la santé, à de l’information. Je leur donne le formulaire, qu’ils prennent, en principe ils le lisent pas. Ils le prennent, ils se l’embarquent, et encore une fois, c’est une relation de confiance. Heu, et puis je leur explique qu’on va leur poser des questions, et que c’est en toute légalité, qu’ils sont pas du tout tenus en quoi que ce soit, et que c’est officiel.

25 - comme un groupement de médecins généralistes sur Villeneuve puisqu’on est pratiquement la moitié médecins de Villeneuve à le faire, et puis heu ... et puis d’autres sur Nanterre plus les équipes pluridisciplinaires, qui leur proposaient des ... des aides ; ça marche bien quand y a l’aide diététique ou l’aide psychologique puisque ça c’est deux choses qui sont un petit peu inhabituelles par rapport aux soins de ville ; quand vous avez envie de faire un bilan annuel, ben si je vous le propose on va le faire ensemble sous une forme d’un questionnaire, donc ça passe très bien. J’ai eu aucun refus. Si, un je crois. Un seul refus. C’est tout. Donc sur trois cents et quelques.

26 – une manière de prise en charge, le dépistage (tabac, alcool, gynéco), la prévention ; les spécialistes, la psychologie.

4) Quelles ont été les réactions de ceux-ci lorsque vous avez évoqué le réseau ?

1 - toujours positives. Toujours positives. L'accessibilité aussi du dossier. C'est intéressant, du dossier partagé entre les spécialistes ; le fait du dépistage, je dis voilà, ce réseau va m'obliger régulièrement à vous revoir, pour ... pour essayer de découvrir ou de dépister les maladies qui pourraient survenir chez vous. Et ça je dirais presque que c'est plus un avantage pour nous médecins que pour le patient, c'est-à-dire pour nous, de nous obliger à avoir un autre regard sur le patient.

3 - tous positives sauf deux personnes qui ont refusé. [A cause de] tout ce qui est enquête policière entre guillemets.

4 - plutôt bonne ... plutôt bonne ...

5 - ils s'en foutent complètement ! ça ne leur paraît pas naturel. Lorsque ça vient de la part du médecin, ils acceptent. C'est tout.

6 - ils sont ni pour, ni contre ; je suis vraiment pas en première ligne.

8 - toujours très bien.

9 - ils m'ont demandé ce que c'était ; « ça sert à quoi ? » ; aide médicale et sociale ;

Est-ce que vous avez eu des refus, déjà ?

Non, aucun ; certains, je leur propose pas ; extrêmement rarement, à mon avis, quelqu'un a dû me dire non.

10 - d'accord, ils étaient d'accord. Pas toujours ... il y en a qui restent dans l'expectative ; deux personnes m'ont dit « je vais réfléchir ».

11 - ils ont vu le côté utile pour eux, le côté social, mais le reste ... ; on est désavantagés par rapport à beaucoup de médecins, parce qu'on est éloignés de Nanterre.

12 - très intéressés ; assez étonnés, parce que c'est un travail de titan, et ... assez satisfaits que des médecins adoptent ce genre d'attitude, et étaient tout à fait favorables à ce genre de démarche ; ça manquait.

13 - Plutôt du bien, hein ... plutôt du bien, plutôt que de courir, d'aller à l'hôpital, d'attendre, surtout que la prise en charge est rapide. Bon, après, le problème du réseau, c'est sa pérennité, et c'est le fait ... si les gens continuent ou non, parce que moi j'en ai, je les ai pas revus les gens, y en a certains, ça a bien débuté, ils sont allés voir Mlle Nacash, et puis après ... C'est là où j'ai certaines craintes sur l'avenir, c'est que, ..., je sais pas si ..., je crois que ça va être un peu comme ça, comme beaucoup de choses, au début ils sont très ..., pas enthousiastes, enfin oui, ils disent « c'est très bien, ça va », et au bout d'un certain temps, on a l'impression que ... ; comme on les voit pas, on peut pas aller les chercher.

14 - même pas de questions ; j'aurais été franchement très embêté ; j'en parle deux trois fois avant l'inclusion.

15 - neuf fois sur dix, les gens sont pas contre ; il y a quelques hésitations. En général, les gens le voient comme un moyen d'obtenir ce dont ils ont besoin.

16 - y en a aucun qui a refusé.

17 - d'accord.

Elle ne vous a pas posé de questions ?

Je vois pas ce que vous voulez dire par « questions », parce que, moi comme je n'ai pas de formation psychiatrique, psychologique, psychanalytique et compagnie, donc je sens qu'il y a quelque chose en dessous, et je sens que je ne peux pas répondre comme vous l'entendriez.

Je n'attends pas de réponse en particulier.

Tout à l'heure si ! Tout à l'heure si ! C'est pour ça que j'ai pas répondu.

Je vais vous donner ma méthode : j'ai utilisé plusieurs sociologues et philosophes, qui ont élaboré des modèles de relation théoriques, et j'utilise ces modèles théoriques que j'ai introduit dans mon questionnaire pour les tester. C'est peut-être ça qui vous paraît orienté. (...). Je n'attends pas de réponse particulière.

Pour moi, c'est dans le cadre d'un dialogue qu'on peut construire, c'est pas dans le cadre d'un interrogatoire. Alors là, si vous voulez, je suis obligé de me conformer à votre interrogatoire, mais si vous voulez, ça s'éloigne

beaucoup de ma propre personne, et si tout à l'heure j'ai bloqué, c'est parce que ça risquait de s'éloigner beaucoup, et ... ça ne me paraît pas, moi, constructif, quant à moi. Un dialogue ça doit être un échange. Moi je suis habitué comme avec mes patients à avoir une conversation et pas un interrogatoire. Ça c'est sûr que ça se passe mal si les gens m'interrogent comme si j'étais une boîte automatique, dans laquelle on a mis une certaine somme d'argent et on attend qu'il y ait assez de berlingots, de chewing-gum, de coca-cola.

18 – ils sont tout à fait d'accord ... d'autres ... heu ... peut-être un petit peu plus ... ils vous disent oui, et est-ce qu'ils ont vraiment compris, je sais pas ; on va peut-être pas suffisamment non plus en profondeur, on insiste pas trop parce que c'est vrai que c'est pas évident non plus d'insister là-dessus, (...) et après derrière on leur pose tout un tas de questions ; ça c'est un peu ... pas toujours facile à faire ; parfois, ils sont un peu soupçonneux.

19 – ils sont souvent très ... très ... très contents ; ils trouvent que c'est une bonne idée ; j'ai jamais eu de refus ; c'est vrai que je les choisis un peu ; j'ai jamais eu de problèmes.

20 – certains sont un peu sceptiques au départ, ils font un peu la moue, mais avec deux trois phrases ; une fois sur deux c'est vrai qu'ils disent « on en reparlera la fois prochaine » ; entre la première et la deuxième consultation, y a quand même 90% des gens qui disent oui.

22 – confiance ; pas de notion vraie de ce qu'est le réseau ; je reste leur référence.

23 – y a surtout une absence de répons... heu, de réaction ; ils réalisent pas bien ; on se laisse guider ; y a pas d'investissement dans le dépistage sauf ... enfin non, sauf histoire familiale.

24 - positives, jamais, jamais de réactions négatives, en fait, est-ce qu'ils ont ... notion de ce qu'est un réseau ? Hein, alors là, il faudrait que ça passe beaucoup plus de temps, et puis les médecins devraient passer plus de temps pour expliquer ce que c'est qu'un réseau ; le réseau, le jour où les gens en auront besoin, ils le découvriront vraiment à ce moment-là. C'est pas grave ; de toute façon faut qu'on travaille, faut qu'on avance, faut qu'on les soigne. Donc ça me gêne pas si ils savent pas.

25 - ben ... ils sont d'accord ; je fais toujours signer à la fin. Parce que comme ça ils ont vu ce qu'on avait fait ; Des fois ils en reparlent la fois d'après, en me disant – parce que je leur laisse le consentement, pour qu'ils partent avec un consentement signé, moi je le garde – et ils me disent « Mais en fait, j'ai pas bien compris, je m'engage à quoi ? », parce que l'idée de signer, de nos jours, c'est un contrat dans les deux sens. Donc je leur dit « vous vous engagez à rien, c'est plutôt moi qui m'engage vis-à-vis de vous, à vous proposer un suivi et à faire le point tous les ans pour voir si ce qu'on a vu n'était pas à jour, ce sera bien fait d'ici l'année prochaine ». « Ah bon, d'accord ». Donc après, c'est vrai que ça leur fait pas plus d'effet que ça ; en fait, nous on fait notre travail et on fait notre dossier, mais ils se sentent pas impliqués vraiment par la ... le principe d'une prise en charge ... différente ; moi, je vois ça comme une aide.

26 – certains sont contents, mais ils n'ont pas eu de suite ; un garçon presque handicapé nécessitait un placement, et ça n'a pas abouti ; il n'y a pas de suivi ; certains ne reviennent plus.

5) Pensez-vous que le réseau a changé vos relations avec les patients qui y sont entrés par votre intermédiaire ?

1 - non, non non ; je pense pas qu'il y ait un suivi différent pour les patients qui sont dans le réseau ou pas. Donc voilà. Peut-être que ce n'est pas le cas, en tous les cas le sentiment que j'en ai, c'est d'apporter, aussi bien aux patients qui sont dans le réseau que ceux qui ne le sont pas le même service, j'espère ;

Et eux vis-à-vis de vous ?

Je n'ai pas de retour. Je n'ai pas ... je n'ai pas d'image. Je n'ai pas de retour d'image.

3 - on sait pas, parce qu'il faut donner du temps ; deux trois cas, peut-être ça a renforcé. Les autres c'est tout à fait normal, c'est ... ils ont même oublié, ils se rappellent même pas qu'ils font partie d'un réseau. S'ils ont bénéficié d'un service de réseau et que ça leur a apporté quelque chose, ils s'en souviendront peut-être de cette histoire. Enfin surtout ... du mal de dos. Sinon, ils ont fait un dossier, pour eux c'est un petit dossier ils savent même pas qu'est-ce que c'est le réseau ;

Et pour ceux avec qui ça a renforcé les liens, ça se traduit comment ?

Ils sont plus faciles à ... le contact est plus facile. Oui, j'ai même reçu des emails. Oui, de remerciements. J'étais bien étonné, et agréablement étonné d'avoir ... de nouveau assez rapprochés, et des entretiens avec des personnes dans ASDES, c'était très très bien !

4 - non, ... je crois pas particulièrement ... ; ceux qui avaient des problèmes sociaux heu ... y en a un j'ai pas eu tellement de retour, l'autre du coup, on a pu faire les examens qui étaient prévus ... tout ça, donc ça c'est un bénéfique ; enfin dans l'ensemble, ça s'est plutôt bien passé, je crois.

5 - pas du tout.

6 – non.

8 – non, pas vraiment, non ; ceux que j'ai fait entrer dans le réseau déjà, certains étaient des ... patients avec des problèmes – qu'ils ont toujours – mais oui, ça a résolu certains problèmes, ils m'en sont reconnaissants, mais bon ... pas plus que les autres patients qui sont pas dans le réseau et que j'ai aidés ; les gens ils en sont reconnaissants, quand même.

9 – non.

10 – oui, probablement, dans le sens où j'épluche beaucoup plus leurs dossiers ; et puis avec le suivi à un an, je replonge dedans. Et c'est vrai que leur histoire médicale m'est encore plus présente ; bien sûr que ça change des choses ;

Eux à votre égard, est-ce que vous sentez des choses ...

Je dirais moins ... non, pas nécessairement, non ; si je leur en reparle pas, ils me disent pas « mais alors ce réseau, cette signature ... » ; ils reviennent, mais c'est parce qu'ils sont dans le réseau, c'est parce qu'ils viennent me voir ... leur médecin.

11 – non, non non ; on avait les mêmes rapports, non, ça a pas changé du tout les relations.

12 – non, pas vraiment ; la seule chose qu'il y a, c'est que les patients qui ont obtenu ce qui leur manquait ont peut-être eu une reconnaissance plus importante que quelqu'un qui avait tous ses droits. Mais sinon, non, ça n'a rien changé, moi j'ai pas changé d'attitude ;

Les patients, dans leur attitude à votre égard, vous avez senti quelque chose, comme une évolution dans la confiance, par exemple ...

Oui, les trois quarts, oui, revenaient plus facilement, exposaient leurs problèmes ; sinon, les autres, c'est toujours pareil ; dans l'ensemble, ils sont très contents et ils reviennent.

13 - peut-être pour eux, mais pour moi, non. Peut-être avec le temps ... Je sais pas pour l'instant, je peux pas répondre à ça ; ou alors, il faudrait voir au bout d'un an, si les gens effectivement, ceux qui reviennent du moins, ont bien maigri, si ils voient des bénéfiques et que c'est ... bien, si c'est plus facile, avec le réseau de se faire traiter, c'est mieux, mais dire ça maintenant, ça me semble difficile. Si ça se passe bien ... moi, j'ai pas de soucis avec les patients.

14 – non, le réseau, non. La seule chose, je dirais (...) y a les stratégies de prévention (...) ça peut changer mon attitude à moi, mon comportement, pour moi, professionnellement, sur certains plans, oui, mais par rapport aux gens, non.

15 – non ; ça a rien changé du tout ; non parce qu'en plus, en général, les gens au bout de trois mois ils ont oublié qu'ils faisaient partie du réseau.

16 – non. Non, je pense pas, ça a rien changé ; non, parce que moi je m'en suis servi comme d'un outil pour des réponses ponctuelles ; non, je pense pas que ça ait changé grand-chose.

17 – oui, dans le sens que la personne que j'ai envoyée, je ne l'ai jamais revue. Mais je n'étais pas certain qu'elle ait besoin de me revoir. C'est pas du tout une critique du réseau de ce côté-là. Donc c'est-à-dire que moi mes correspondants habituellement, quand je leur envoie quelqu'un, ils me donnent des nouvelles, même si je les revoie pas.

18 – j'ai pas l'impression, j'ai pas l'impression ; je pense pas ; honnêtement, moi je pense pas ; ça a pas changé, c'étaient déjà des patients que je connaissais ; la relation a pas été modifiée ; ça a pas changé l'attitude, parce que c'est pas des nouveaux patients ; j'ai pas l'impression que ça les aie perturbés.

19 – oui, je pense ; moi je pense que ça a changé un peu ma manière de travailler, parce que même si je les inclus pas, je pense à des choses qu'il y a dans le questionnaire ; c'est vrai que quelques fois c'est eux qui me disent

« mais quand on a fait le questionnaire, on avait vu tel truc » ; ça fait penser à d'autres choses auxquelles on aurait pas pensé forcément ; ça a changé quand même, mais pas uniquement avec les gens que j'ai inclus ;
Les patients que vous avez inclus, vous sentez une attitude différente à votre égard ?
Je sais pas ; oui ; y en a quelques uns, ils ont l'impression d'être plus pris en considération ; peut-être, oui ... mieux écoutés.

20 – ça leur a permis d'avoir une prise en charge globale, ça les a aidés ; ils ont l'impression que je deviens entre guillemets leur « super confident », donc c'est vrai que c'est une bonne chose ; mais ceci dit, en-dehors du réseau, comme j'ai un abord assez facile, y en avait certains qui étaient déjà ... j'avais des bonnes relations, mais ça les a améliorés, ça les a incitées à devenir meilleures plus rapidement.

22 – non.

23 – non ; j'ai un peu l'impression que ils signent peut-être au réseau pour me faire plaisir ;

24 - oui, quelque part. Par les questions que je leur ai posé, que je n' avais jamais posé, par le fait de travailler ... je voulais dire « mieux », le ... le réseau m'a apporté heu ... un meilleur travail, car je me penche sur les vaccinations, et je me penche sur la prévention, ce qui est le but quelque part. Et quand on a une femme, ou un monsieur, et qu'on leur dit « dites donc, et votre vaccin, et votre mammographie, et votre frottis, et votre prostate, et ... et que tout ça, eh ben quand il venait pour une grippe ou même pour l'hypertension, je faisais le bilan de l'hypertension par exemple pour quelqu'un de cinquante-cinq ans, et je faisais pas forcément le bilan de la prostate en même temps, ce qui est absolument confortable quelque part. C'est en ça que le réseau, moi, m'a amené beaucoup de choses. C'est-à-dire reclasser, heu ... se mettre vraiment à faire de la prévention ; j'ai de moins en moins maintenant de patients qui passent au travers. Voilà. Même ceux qui ne font pas partie du réseau. Ça m'a recentré ;

Au niveau de l'attitude des patients à votre égard, est-ce que vous voyez une différence, un changement ...

Non, pas du tout, ..., non non, ils me font confiance. Alors là, on est très surpris et très déçu, quand on voit le travail que l'on fait, et qu'on leur demande six mois, un an après, « au fait, vous savez que vous êtes inscrits dans un réseau, vous vous rappelez ? », moi j'ai eu « ah bon ? », ils se rappellent même plus. Pourtant je leur ai expliqué, je leur ai donné le papier, ils l'ont emmené. Donc heu ... bon ben ça prouve que c'est des êtres humains, tout simplement, et que comme ils ont pas eu besoin, qu'ils ont pas eu de soucis, etc., et ben ils l'ont tout simplement mis de côté dans leur mémoire, peut-être qu'ils l'ont oublié ; ... ils nous font tellement confiance, que nous ... ça ... en fait ils ont signé bientôt le papier pour nous faire plaisir, on va dire ça comme ça.

25 - non. Clairement, non ; je crois que j'avais cette optique-là, et que c'est pour ça que le réseau m'a plu, et c'est pour ça que je l'applique, en fait ; changé, non, mais je l'ai sûrement plus fait que si j'avais pas eu ce système-là.

26 – pas du tout, ils oublient.

6) D'une façon générale, observez-vous une différence dans vos relations entre les patients que vous avez inclus dans le réseau et les autres ?

1 - non pas du tout, non pas du tout, je ne sais même pas s'ils intègrent le fait qu'ils sont dans le réseau ; être dans le réseau ASDES, pour le patient, ce n'est pas un statut.

3 - c'est trop tôt. C'est trop tôt pour vous dire. Y en a peut-être que j'ai perdu, donc les relations c'est ça. Je les vois pas. Sinon les autres ils savent même pas. Les autres qui sont contents, qui m'envoient des emails, ben oui, y a une relation. Ça rejoint la question d'avant.

4 - l'attitude, non, mais je crois que c'est vrai que c'est pas les mêmes ... pas forcément les mêmes malades.

5 - pas du tout. La seule chose, c'est ... est-ce que ça change ... peut-être au niveau des détails que je vais inscrire sur l'ordinateur.

8 – non, non non ; sur le long terme, je peux pas savoir ; il s'est rien passé.

9 – non.

10 – non ; une différence simplement que pour ceux qui sont inclus dans le réseau, il y a tous ces items (...), mais sinon au niveau de l'attitude, a priori non.

11 – non, parce que bon, la base de la relation, c'est quand même de faire la relation médecin-malade, il faut qu'il y ait une confiance qui s'installe entre le patient et nous ; non, ça a pas du tout changé ; le réseau pourrait apporter, sur le papier, un truc en plus, mais qui n'atteint pas les patients.

12 – non, pas vraiment, non.

13 – oh, non.

14 – non.

15 – non ; d'abord parce que je ne vois pas pourquoi je ferais une différence entre les patients, je traite les patients tous de la même manière, et ensuite, je n'ai pas l'impression encore que les patients aient bien intégré la notion de réseau.

16 – non.

18 – non, pas vraiment ; honnêtement, non.

19 – non non, j'ai pas l'impression, je crois pas ; au niveau du questionnaire de départ, pour bien cerner les problèmes, mais la relation elle-même, non, j'ai pas l'impression, enfin ça change rien pour eux.

20 – quand ils sont dans le réseau, forcément ça fait comme une espèce de grande famille ; la relation doit être légèrement meilleure ; ça donne une superbe relation, mais la super relation on peut l'avoir aussi autrement.

23 – moi, j'en fait pas ; y a peut-être le fait d'avoir rempli le questionnaire, donc c'est vrai que parfois, ça ... ça met ... justement, ça permet de gagner du temps ; ça peut faire ressortir certaines choses ; ça permet peut-être d'aller un petit peu plus loin dans les connaissances et de reparler de sujets qu'on aurait oubliés ; c'est l'investissement personnel dans le réseau ASDES ; c'est quand même beaucoup de temps à passer ; dans l'attitude de mes patients, (...) y a des gens que j'ai inscrits et que j'ai complètement perdus de vue ; côté patients, ça a pas changé.

24 - non, pas du tout ; non, pas du tout. Parce que moi je travaille pareil, sauf, comme je dis, j'ai plus affiné, je fais plus attention à la prévention qu'avant.

25 - je pense pas avoir de différence, mais simplement, effectivement, c'est plutôt ceux que j'ai pas inclus maintenant, après trois ans, donc c'est la quatrième année, heu ... ça commence plutôt à être heu ... des clients, donc encore une fois que je vois moins souvent, qui n'ont pas de pathologie au long cours. Au contraire, ça devient intéressant parce que c'est justement souvent ceux-là qui passent au travers des mailles du filet. Celui qui vient une fois par an pour sa licence de football heu ... je lui pose la question, il a oublié son carnet de vaccination « oui oui, je crois que je suis à jour », et comme ça fait trois ans qu'il me dit « je crois que je suis à jour », si ça se trouve, la quatrième année, il le sera plus ; il va finir par y avoir deux groupes, donc maintenant il faut que je rattrape ceux qui passaient à travers les mailles du filet ;

Et dans l'attitude des patients à votre égard, est-ce que vous sentez une différence ?

Aucune. Aucune. Je vous dis, comme ils oublient qu'ils sont dans le réseau, je veux dire ... Franchement, non ; pour eux, je vois pas de différence, et eux ne me disent pas de différence. Ils n'expriment pas ... des choses comme ça.

7) Pensez-vous que le réseau puisse améliorer, voire traiter les difficultés que vous pouvez rencontrer ?

1 - Oui, je pense que dans certains cas ça peut y faire. Quand on a besoin de passer la main, le temps nécessaire pour traiter un problème aigu que nous n'arrivons pas à traiter et qui constitue pour nous une difficulté ou un conflit avec le patient, et de revoir ensuite le patient quand le problème a été aplani, pour réexpliquer par une tierce personne. Donc l'intervention d'une tierce personne dans un conflit est toujours bénéfique, quand il existe un conflit, mais le conflit, ça peut être aussi une pathologie que l'on arrive pas nous à maîtriser. Je veux dire c'est pas forcément un conflit personnel. Mais devant un ... tout bêtement, par exemple, un ... problème social, le patient ne veut pas payer ses consultations. Ça constitue toujours en médecine libérale un problème. Même si on est pas forcément motivé uniquement par l'argent, je veux dire, quand on a un patient qui vient, qui ne paye

pas une fois, deux fois, trois fois, on a envie de s'en séparer ; le fait de pouvoir le mettre dans le réseau par exemple, et de bénéficier du réseau pour aller lui donner une assistante sociale, une prise en charge médicale etc., ben ça aplanit beaucoup ! Après il revient avec la CMU, des choses comme ça, du coup, ben nous on a une attitude beaucoup plus ouverte, et beaucoup plus ... voilà. Même si c'est pas bien, qu'on devrait quand même avoir une bonne attitude même quand ils ne payent pas, mais ... on reste des humains.

2 - Oui oui ; les conférenciers ont souvent été intéressants ;

Et au niveau des bénéfices personnels, est-ce que vous sentez une différence depuis que vous participez au réseau, est-ce que vous sentez une différence dans les relations que vous avez avec vos patients ?

Moi, sur certains, grâce à la formation, ouai, j'ai obtenu des informations, soit des adresses, soit des façons de fonctionner par exemple sur le harcèlement moral au niveau professionnel, ce genre de choses, oui, quand même. J'ai obtenu des ... oui oui, des ... des visions meilleures ou ... je me rappelle sur un truc qu'il avait fait concernant le haschich, les drogues et tout, j'avais trouvé que c'était la clinique Montevideo, c'était vachement bien fait, ouai. J'ai trouvé que c'était bien, avec un interlocuteur qui était très très performant, très pertinent, et j'ai pu ... j'ai appris des choses, comment expliquer aux gens rassurer un peu, expliquer ce qui se passe, c'était très très intéressant.

4 - oui, parce que si j'en ai eu besoin, c'est que je le pensais ; c'est quand même un réseau d'accès aux soins et donc c'est quand même une population ... un peu particulière, et qui dans mon activité professionnelle reste limitée.

5 - j'espère, j'espère ... ;

Au niveau relationnel ...

Au niveau relationnel, non, le reste si ! Si ils nous donnent des actes meilleurs, des médicaments gratuits pour certains, et puis le podologue qui s'installe à côté, ça m'apporte énormément de choses. Au niveau relationnel ça change pas. Peut-être au niveau de la formation qu'ils nous font suivre, ça, ça nous apporte des choses, la formation qu'on a au niveau de ... pendant les réunions. C'est la formation, plutôt qui nous apporte quelque chose, pas au niveau relationnel, mais de connaissance, de problèmes de maltraitance, j'ai appris des choses ; peut-être plus d'attention ... peut-être plus attentif, mais pour l'instant, j'ai pas découvert de cas.

6 – à priori, oui, mais j'ai pas assez de recul.

8 – tout à fait.

9 – oui, socialement, oui, quand c'est quelqu'un que j'ai hospitalisé, qui n'a pas de papiers, oui ; c'est important ; l'assistante sociale, elle est difficile à joindre ; je l'ai pas trouvée très coopérante. Mais dans ces cas-là, comme je vous dis, y a d'autres personnes ; pour ce qui est diététique, (...) c'est important ; c'est quand même une très bonne chose

Est-ce que vous avez un retour des patients sur la prise en charge ...

Oui, absolument.

10 – il peut rendre service ; on a à notre disposition un réseau de correspondants, de spécialistes ; y a un problème de proximité ; l'hôpital de Nanterre, il est pas tout à côté de Gennevilliers.

11 – c'est vrai qu'il y a l'éloignement, et surtout il y a d'autres structures plus près, qui sont même à la limite plus importantes que Nanterre.

12 – oui, ça, c'est même certain ; les difficultés, que ce soit le logement, que ce soit sur le plan social, ça effectivement ça peut aplanir, dans la mesure où y a toutes les structures qui sont concentrées au même endroit ; mais il faut qu'on résolve certaines choses seuls, sans l'appui du réseau ; ça permet de voir les choses plus sereinement.

13 - si c'est des difficultés médicales, ça revient à la question précédente, je verrais peut-être d'un autre œil les patients qui sont dans le réseau, s'ils ont bien maigri se sera quand même, heu ... , c'est ... c'est mieux pour moi aussi, parce que je vois que le travail qu'on fait n'est pas illusoire ; mais j'attends de voir, je sais pas, peut-être que c'est trop récent pour dire quelque chose. Ça se fera sur des années.

14 – oui, par exemple la diététique ; les psychos ; les assistantes sociales ; le réseau m'apporte ça [les formations] ; c'est très clair que si j'étais pas payé, j'irais pas aussi souvent.

15 – oui ; quand vous êtes confronté à des situations que vous ne pouvez pas gérer, dans des domaines relativement étroits, ça vous permet d'avoir des correspondants de manière ponctuelle dans des domaines où on n'a pas l'habitude d'avoir besoin de choses ; c'est un plus très important ;

Au niveau relationnel, avec les patients, ça apporte quelque chose, quand même ?

Ah, oui, parce qu'ils sont contents de ... que vous puissiez leur trouver un interlocuteur.

16 – oui ; les secteurs de la médecine libérale ne sont pas pris en charge ; ce qu'on utilise, c'est la diététique et la psychologie ; le reste, c'est accessoire ;

Et la formation ?

Ça apporte des choses intéressantes ; on est dédommagés quand on fait la formation, ça aussi, c'est pas négligeable.

17 – ben en l'occurrence oui, oui. Enfin quelles difficultés, parce que là c'est difficile, je réponds ... ?

Les difficultés de prise en charge que vous pouvez rencontrer par rapport à vos patients ...

Pour moi, ben oui, à raison de un tous les trois ans, ou tous les quatre ; mais c'était une cause désespérée. C'était quelqu'un qui résidait dans la région de Nanterre depuis plusieurs mois sans aucune prise en charge d'aucune sorte, ... quelqu'un de paumé, si on peut dire, issu de l'Afrique profonde ... je me demandais comment elle pouvait survivre. Alors je l'ai envoyée en, lui disant que ... quelqu'un qui éventuellement lui donnerait des droits sociaux, et qui puisse superviser la mise en place d'une prise en charge médicale si elle éprouvait le besoin d'avoir ...

18 – améliorer, traiter ... oui ; y a des obligations qu'on a peut-être pas quand on est du côté ... [hospitalier] ; parce que quand on est en ville, on est obligé de ménager la chèvre et le chou ; on les voit déjà un peu plus vivre qu'à l'hôpital ; vous pouvez pas avoir la même relation, parce que vous entrez un peu dans l'intimité des gens ; on peut imposer plus facilement à l'hôpital ; je crois que c'est pas mal d'avoir les deux, de suivre un malade avec les deux, plutôt que d'être complètement éclatés ; là, y a une association qui se crée ; on peut jouer un petit peu sur les deux tableaux ; et l'information passe peut-être beaucoup mieux.

19 – ça dépend des difficultés ... j'ai pas des difficultés extraordinaires ; je me dis si j'avais un problème, une difficulté, je pourrais en parler, donc dans ce sens-là, oui, je serais pas tout seul ;

Au niveau de la formation, ça vous apporte quelque chose ?

Ça, oui ! ; d'abord on s'aperçoit que les problèmes qu'on a eu, on n'est pas les seuls à les avoir, on découvre des choses qu'on n'a pas forcément.

20 – oui, parce que si vous voulez, ça donne quand même une infrastructure ; on a à notre disposition certaines choses (...) une assistante sociale (...), une diététicienne qui nous résout quand même certains problèmes (...), on a les psychologues.

21 – j'en suis pas persuadé ; je suis beaucoup en questionnement depuis des années sur les réseaux ; en fin de compte, pour créer quoi ? Pour recréer du lien qui n'existe plus ; les patients qui sont errants, qui font n'importe quoi, qui se soignent pas, toute façon c'est ceux-là qui auraient besoin d'une vraie prise en charge correcte, éventuellement dans le cadre d'un réseau, et là je suis pas persuadé que ces patients-là sont très adhérents au réseau ; les gens se parlent plus parce qu'ils ont pas le temps ; si ce temps était reconnu, je pense que les gens pourraient travailler correctement ; il faut que ça facilite le travail des généralistes, et je suis pas sûr actuellement que le réseau facilite le travail ; si le réseau c'est de réaxer certaines pathologies, certains patients, vers des médecins plus intéressés que d'autres, d'accord ; mais si c'est autant d'argent, autant d'énergie pour ça ... ; maintenant y a des choses ponctuelles.

22 – ça peut, oui ; social ; certaines femmes battues ; nutrition.

23 – dans tout ce que comprend le réseau en-dehors de la consultation ; il est clair que les réunions mensuelles de formation, les échanges qu'il peut y avoir, les informations, voire les connaissances qui sont apportées par les intervenants (...) c'est plus ou moins pratique ; j'ai revu quelqu'un entre deux qui m'a dit « ah ! Merci, ça m'a fait du bien ! » ; on avait quand même aussi la même attitude avec nos correspondants ; le harcèlement (...) c'étaient des choses qu'on osait pas voir.

24 - non. Ça peut que m'aider, oui ... Mais la relation médecin-malade, elle est dans le bureau, elle est entre quatre yeux ... C'est pas parce qu'on va multiplier les intervenants ... ça m'aidera beaucoup plus quand le réseau sera étendu ; et puis faut pas oublier que, ben, que ça fait quand même vingt-trois ans que je suis installé, ou vingt-quatre ans, donc j'ai tous mes correspondants ici. J'vois pas, parce que je fais partie d'un réseau depuis

deux ans, que je vais abandonner mon rhumatologue, mon chirurgien orthopédique, mon pneumologue, pour qui je travaille depuis quinze ans. C'est l'inconvénient du réseau. Le réseau est fait pour m'aider, il est pas fait pour capter tous mes malades.

25 - améliorer, oui, si ... c'est ce que je disais, c'est-à-dire c'est l'idée de donner un substrat qui va permettre vraiment de le faire ; et puis améliorer aussi parce que ... par les réunions qu'on fait tous les mois ; c'est vrai qu'il faut que ça reste quelque chose de proximité. Pour que ça puisse être utilisable ; ça donne aussi une assurance parce qu'on apprend aussi des choses, on est conforté, et on peut ... comparer nos pratiques ; c'est vrai que c'est quelque chose qui est important quand on est dans un cabinet comme ça ... seul. On y gagne par le recoupement des connaissances et des champs d'intervention. Alors ... changer ... j'avais cette pratique quand j'étais à l'hôpital, j'aurais tendance à la perdre en ville, donc j'essaye de la ... de ... de la garder le plus possible avec ce système de travail comme ça en réseau. C'est plutôt dans cette optique-là.

26 - je pense, oui ; on est obligé certaines fois d'appeler directement le confrère, à l'accueil, ils s'en fichent complètement ; une fois, ça a été rapide : c'était une dame enceinte qui n'avait pas de papiers, elle était contente parce qu'elle avait bien été prise en charge ; c'est du détournement de clientèle ; quand elle avait des difficultés, elle venait tous les jours ; après l'inclusion, plus personne.

Réflexion concernant la relation :

1) Que pensez-vous de la notion de sollicitude, entendue comme respect mutuel entre deux individus ?

1 - je pense que c'est indispensable. Je pense qu'on doit toujours avoir du respect pour le patient. Je ne sais pas si eux en ont pour nous, je pense que c'est le cas pour la grande majorité ; ... c'est indispensable d'avoir du respect pour les patients qu'on soigne. Sinon, je crois qu'on ... je crois qu'on ne les soignerait pas bien ; ne pas le sous-estimer. Ne pas considérer que lui, c'est un pauvre manant et que ... on va le soigner d'une manière plus heu ... plus ... détachée, d'une façon plus bâclée ; faire les mêmes gestes pour deux patients différents d'origine différente, de cultures, de n'importe quoi, de faire ce que j'aurais fait pour l'un et pour l'autre ; c'est pour moi, de m'obliger, même si je peux avoir un ressentiment pour quelqu'un, de faire les mêmes actes.

2 - c'est la base même de notre métier, il faut au moins qu'on respecte les gens et on nous demande pas d'ailleurs de les aimer, parce que je crois pas qu'on fasse d'ailleurs très bien notre boulot en ... en les aimant, c'est pas l'enjeu, c'est de les respecter et de ... faire attention à eux en tant que personne, même si les choix qu'ils font peuvent être pour nous personnellement détestables et ... ou incohérents ; c'est sûrement une position importante à maintenir et à acquérir.

3 - c'est ce qui a toujours été à la base de notre vie personnelle, et surtout à la base de notre exercice professionnel ; c'est de ma part. Après il faut voir si c'est de la part aussi du patient ou seul du médecin ; y a certains cas de manque de respect, qui peut être dans les horaires, dans l'attitude ou carrément dans le comportement, dans ... même de l'agressivité ; mais de ma part, le respect, il est pour tous les patients, toutes les personnes.

4 - ça me paraît ... disons la base indispensable à la relation médecin-malade. Si déjà ... on estime que celui qui est en face est pas ... équitable ... je vois pas très bien où on peut aller ; le malade, quand il arrive, il est agressé, quand même, au départ. Il arrive, il voit un personnage, quand même ... même s'il a une attitude agressive, au fond c'est quand même parce que il pense que c'est quelqu'un qui a un pouvoir ... sur lui. Il a fait des études, et on vient lui poser une question, donc, il est en état d'infériorité ; à partir de ce moment-là, si on n'est pas capable d'essayer de se mettre à son niveau d'écoute, d'essayer d'avoir un dialogue, qui est à son niveau de compréhension ... ça c'est important aussi ; la sollicitude ... c'est pas la compassion, mais ... enfin ... c'est presque la compassion, c'est-à-dire savoir ... essayer d'évaluer la question qu'on vous pose. Qui est pas forcément celle dite.

5 - si y a pas de respect entre médecin-malade, ça se passe pas bien, moi je veux pas supporter un malade qui me respecte pas, et la même chose pour une personne ; j'essaye pas de tutoyer un patient, et puis j'essaye de garder une distance entre le médecin et le malade, j'essaye pas de me rapprocher trop ; je peux pas très bien traiter ma famille donc je veux pas avoir de la famille tout le temps autour de moi ; je garde la relation médecin-malade, c'est tout. Sinon ça serait difficile.

6 – c'est important ; je crois pas que j'ai des patients qui se soient plaints de mon comportement ; c'est de l'empathie ; eux, ils vont se faire opérer, ils sont en état de faiblesse ; ils sont plus sur la défensive ; j'essaie de leur faciliter le travail.

7 – une notion primordiale ; moi j'appelle ça plutôt empathie, être attentif à l'autre ; il faut aimer les autres, je crois, comme soi-même.

8 – pour moi, le respect mutuel est indispensable, il peut pas y avoir de relation entre deux personnes si y a pas de respect ; c'est très important de respecter la personne qu'on a en face, enfants y compris.

9 – oui, forcément ; moi, je respecte les patients ; ils sont persuadés de quelque chose ; c'est pas un problème de respect, c'est un problème de compréhension.

10 – je pense que sans sollicitude ... la relation médicale est purement technique ; c'est ça l'intérêt de la médecine générale.

11 – c'est tout un ensemble, y a pas que la sollicitude ; pour moi, la base, c'est la relation d'écoute ; c'est la relation et la confiance ; si vous êtes à l'écoute y a pas ... y a pas de problèmes ; surtout pour des gamins, d'ailleurs.

12 – oui ... oui, alors ça je sais pas comment c'est ressenti par les patients ; quand on s'intéresse trop aux gens, qu'on passe trop de temps avec eux, ils vont considérer qu'on est un petit peu mou ; mais j'ai pas un retour ; une fois qu'ils ont obtenus leur logement, leurs papiers administratifs, généralement, je les vois pas beaucoup après.

13 - Sollicitude, c'est-à-dire ... la gentillesse ? vis-à-vis des gens ? Il faut être gentil, ... je sais pas, c'est ... je crois que oui, je crois qu'il faut ... Moi, de toute façon, je prends toujours les gens, au départ, je crois que je les reçois heu ... peut-être qu'on me trouve froid moi, mais après, ça se dégèle bien. J'ai pas un naturel facile dès le début, mais, après, peut-être qu'il y a une relation qui se passe très bien, heu, de gentillesse, de ... sollicitude, avec le patient ... ; il faut pas non plus que ça soit les couvrir et les assister ; Il faut les assister dans ce qu'ils ont mais il faut pas trop en faire. C'est ça la sollicitude ... Faut être gentil mais faut pas trop en faire.

14 – y a des petites gênes, avec ça, les « tu » et « vous ».

15 – c'est une sollicitude qui commence lorsqu'ils rentrent dans mon cabinet, et qui se termine avec l'argent qu'ils m'ont payé, c'est-à-dire trente secondes plus tard, ils ont zappé ; un truc qui me navre, aujourd'hui, il est exceptionnel qu'un patient que vous avez suivi pendant quelques années, qui va déménager (...), un, qu'il me le dise, et deux, qu'ils me demandent de transférer leur dossier vers un autre médecin, alors que je leur dit.

16 – oui ; y a un double sens dans le mot sollicitude, y a aussi le mot solliciter, et c'est vrai qu'on est de plus en plus, nous, sollicités ; envers les patients on a quand même beaucoup de sollicitude, dans le sens où on fait beaucoup de choses ; mais d'un autre côté, ils sollicitent beaucoup ; y a des gens (...) ils sont ignorants de ce qu'ils risquent et de ce qu'ils souffrent ; c'est pas tout à fait le mot qu'il faudrait trouver ; non prise de conscience du risque qu'ils ont à avoir une attitude négligente comme ça ; et nous quand on voit ça en face ... ; c'est ça qui est dur.

17 – ça c'est pas une notion par rapport à un malade, c'est une notion par rapport à une personne quelle qu'elle soit, comme vous, que ce soit moi dans mon ressenti par rapport à ... aux autres, que ce soit moi par rapport à qui que ce soit, ma secrétaire, un patient. C'est pour ça que tout à l'heure j'ai trouvé que c'était irrespectueux de votre part votre manière de procéder, j'ai pas répondu. De la même manière. Et je pense avoir, dans la mesure de mes moyens et de mes faiblesses, ce respect mutuel, que je n'appellerais pas une sollicitude. Mais bon, sollicitude sur le plan philo-psycho-sociologico-psychologique ... je ne sais pas ce que c'est.

18 – il faut avoir une certaine rigueur ; faut tenir compte de ce que sont les gens, aussi ; quand vous avez des maghrébins qui ont des alimentations, des habitudes, des coutumes complètement différentes, vous êtes obligé ; sinon, vous les soignez pas.

19 – c'est ce qui devrait être tout le temps ! j'essaie mais je trouve que c'est de moins en moins le cas, des deux côtés, en fait. Y a de plus en plus de patients qui sont demandeurs, donc au fur et à mesure, y a des patients que j'ai pas envie de voir venir ; y a un respect qui reste, mais bon, quelques fois, raz le bol.

20 – c'est important ; je vous disais que je sentais qu'ils étaient un peu plus agressifs, (...) j'essaye de faire semblant que ça me glisse dessus ; c'est important de pouvoir s'entraider, de pouvoir dialoguer ouvertement ; c'est à chacun d'entre nous d'essayer de s'entendre bien avec les gens qui sont autour de nous.

21 – le respect, il est à double sens ; je vais être beaucoup plus dans le respect avec des patients qui ont pris le temps de téléphoner, de prendre rendez-vous, ou qui font les choses bien, que les gens qui font n'importe quoi, qui ont trente-six médecins ; j'ai plus envie de prendre soin des patients qui me font confiance, et qui adhèrent à ma manière de travailler ; c'est une relation à deux, et (...) en géronto, c'est une relation à trois (...) c'est la famille en général.

22 – c'est naturel ; c'est une attitude, il faut savoir se faire respecter ; être ferme tout en étant gentil ; avec les toxicos, par exemple.

23 – c'est bien, c'est beau ! ; là, on sort du cadre de la médecine ; c'est une question générale ; c'est la première des notions à avoir ; y a ... y a ce que je peux ressentir par rapport aux demandes, et c'est vrai que je me sens parfois totalement ... instrumentalisé. On se sert de moi, et de mon savoir (...) et surtout de ce qu'on appelle mes pouvoirs ; on est en plein dans la non sollicitude.

24 - oui, je trouve ça excellent, je dis toujours à mes malades « je vous respecte, moi, respectez-moi » ; c'est la base de tout ; Je vois pas l'intérêt d'aller, entre guillemets, nous agresser. Ça se fait de plus en plus, mais ... il est évident que ... si vous m'agressez verbalement, par gestes, etc., moi je suis un être humain, je me ferme. Vous obtiendrez plus rien de moi. Ou en tous cas le minimum.

25 - ça aide dans la prise en charge des difficultés. C'est-à-dire que moi je vais faire ... volontairement, je vais accentuer un peu ma sollicitude quand je veux être entendue ... heu ... j'allais dire pour accrocher un peu les gens en difficulté, quelque part si ils sentent une écoute, si ils sentent qu'on a l'air de prendre en compte ce qu'ils disent, ça va mieux marcher que si on est très strict, en disant « c'est comme ça, moi je vous dis que ..., vous n'avez qu'à faire ce que je vous dis » ; je pense que ça marche ... de mon sens vers autrui. Maintenant, du patient vers moi, heu ... à la limite ça, j'allais dire, c'est moins ... mon souci parce qu'en fait, je veux pas tellement qu'il me fasse plaisir mais je voudrais qu'il aille mieux ; c'est vrai que s'il le fait parce qu'il me fait plaisir, bon ben je veux dire après tout, c'est un moyen détourné d'arriver à améliorer sa santé. Maintenant, si c'est juste une sollicitude superficielle et que derrière en fait le traitement n'est pas pris ou que ça va pas mieux, heu, là c'est l'inverse, il faut briser un petit peu la glace en disant « oui, je sais bien, vous venez gentiment, vous êtes agréable, etc., mais ... je vois bien vos analyses, ça va pas. Y a quelque chose qui va pas. » Donc, bon. Y a une ... une petite ... un petit jeu dans un sens ou dans l'autre pour essayer de ... de séparer.

26 – honnêtement, dans le quartier, ils ne respectent pas ; ils peuvent venir et ouvrir la porte ; ils ont frappé un médecin, l'année dernière ; ils ont perdu la notion du respect médecin-patient ; moi, je les respecte, je réponds à sa demande rapidement.

2) En quoi vos actes se rapprocheraient-ils des expressions de Paul Ricœur « acte juste » (juste parce que la personne est prise en compte dans sa singularité) ou « acte de justice » (au sens d'application de règles médico-sociales ou légales à un cas particulier) ?

1 - est-ce que je suis un technicien qui applique un « check-list » comme pour tout le monde ou est-ce que je fais varier en fonction de la personnalité de chacun, etc. C'est notre plus gros problème parce que nous nous devons, maintenant de plus en plus, d'appliquer des check-lists. Ça nous devient indispensable. Sinon, on commence à commettre des erreurs, on oublie. Moi je me rend compte qu'à force de voir certains patients, si je ne me remet pas en cause au niveau technique pour dire « est-ce que j'ai fait ça, est-ce que j'ai fait ça, est-ce que j'ai pas oublié de demander ça », on finit par avoir de la convivialité dans nos rapports et puis bon ben voilà, on se voit, on prend la tension, on discute, « ça va, ça va », et hop ! ça repart, et puis on se rend compte qu'un an et demi après on n'a pas fait le fond d'œil chez le diabétique ; c'est un problème ; maintenant la médecine devient très technique et qu'il faut qu'on réponde à notre ... à notre devoir d'être des techniciens. A côté de ça, notre rôle ne se limite pas à la technicité ; mais c'est un plus ; on ne peut pas remplacer de la compassion, au détriment par exemple d'un check-list. Il faut donner les deux, c'est-à-dire qu'il faut donner le droit au patient d'être vraiment « checké » entre guillemets (...) et en plus de ça, apporter la compassion, de l'aide, de l'aide morale, l'écoute, etc. Mais bon, c'est pas facile. C'est l'idéal, c'est pas toujours facile ; on dirait presque que c'est plus facile d'apporter de l'écoute, de la tendresse, de la compassion, quand on en a la nature, ça ne demande pas de formation et que la technicité aujourd'hui devient de plus en plus compliquée et que là par contre, ça demande

une compétence, et ça ça s'acquiert ; on devient peut-être de plus en plus incompétents techniquement, et la chose la plus facile qu'on peut donner c'est encore de l'écoute.

2 - souvent un mélange des deux ; je vais pas appliquer des règles absolues parce que ... en fait la médecine c'est vrai jusqu'au moment où c'est faux et on sait pas le patient qu'on a devant nous s'il est ... dans quel parti il se situe, quoi. Donc on traite sous forme statistique des patients qui sont uniques et qui vont pas être à 80% comme ça mais ils vont être 100% dans les 80% ou dans les 20%. Donc c'est effectivement plus la première version ... d'aspect juste de la personne ... je me reconnais plus dans cette définition-là.

3 - c'est plus important, la justice. Quelque fois on est obligés à des actes de justice. Avec certains certificats. On doit se conformer à certaines règles. Quand il y a des coups et blessures, on doit constater, et c'est tout à fait un acte de justice. Tout le reste, c'est ... acte juste.

4 - ... juste, je crois que ça serait peut-être une philosophie générale de la vie. Je sais pas si ça s'applique plus à sa profession ; elle est encore plus parce qu'on a une profession qui doit être à l'écoute et au service des autres ; le sentiment de justice ... j'ai pas du tout un sentiment de justice vis-à-vis des gens, quoi, j'ai pas à me prononcer et à avoir un effet moralisateur ou ... dire si c'est bien, si c'est mal. Je dois, de par ma profession tout absorber entre guillemets, même les pires choses, mêmes si j'essaie après d'expliquer que c'est peut-être pas comme ça qu'il faut faire. Mais en aucun cas il doit y avoir un sentiment de ... de jugement ; dans le sens ... judiciaire, non, mais dans le sens de la chose juste à faire, je crois que c'est ce qu'il y a de plus difficile ... ; il faut pas passer à côté, il faut pas en faire trop non plus ; la vie n'est pas juste. Je crois qu'on peut pas ... on n'est pas égaux, (...), on peut pas être juste à ce niveau-là. Mais on peut être le plus juste possible, avec l'obligation que l'on a, c'est-à-dire l'obligation de soin le plus juste, sans l'obligation de ... de guérison ; essayer d'approcher au plus près.

5 - acte juste, pour le premier cas parce que on ne peut pas créer une règle générale, chaque patient est particulier et il faut appliquer pour chaque patient le règlement particulier pour ce patient-là ; il y a des règles pour tout le monde et j'essaie d'adapter ces règles pour chaque patient. C'est un acte juste.

6 – plus juste ; j'essaie.

7 – justice sociale, évidemment ; les gens il faut les traiter de la même manière, alors est-ce qu'on y arrive sans arrêt ; j'y arrive peut-être de temps en temps, à être juste, je sais pas ; quelqu'un qui est accueilli et qui repartira peut-être un peu rassuré, j'aurai été juste. Si en plus il avait une pneumopathie et que je lui ai donné le bon antibiotique, et qu'il guérit, c'est juste, c'est même plus facile, là.

8 – si j'ai quelqu'un qui a quelque chose ... je les verrai à la limite gratuitement s'ils ont besoin de moi. Je suis pas du genre à calculer mon temps, mon téléphone ; quand je vois que j'ai quelqu'un avec qui j'ai un certain charisme, avec qui ça va bien je peux m'investir beaucoup ; par contre quelqu'un qui me déplaît souverainement, je ferai rien ; c'est comme ça ; je crois que je fais pas de différence entre les gens, à partir du moment où ce sont des gens qui me respectent, qui me plaisent, je fais pas de différence ; en médecine, il faut donner.

9 – les deux ; c'est sûr, acte de justice, c'est souvent, quand même.

10 – plutôt juste. Evidemment, on évolue, on agit et on réfléchit dans un cadre (...) et ce cadre-là, il nous renvoie à des situations qui sont parfois un petit peu limites ; on a acquis ces bases légales, on n'a pas besoin de se les remémorer en permanence ; par conséquent, ce serait plutôt juste ; cette singularité est probablement bien plus présente qu'elle ne peut l'être dans une relation médicale hospitalière, parce que nous avons nous la compréhension de la personne qui vient consulter dans son cadre de vie.

11 – j'ai l'impression de faire un acte juste ; que ça soit quelqu'un qui aie les moyens ou pas les moyens, une petite souffrance ou une grande souffrance ; c'est plutôt juste, parce qu'on le fait pour tout le monde ; il faut traiter tout le monde.

12 – j'essaie le plus possible que la médecine que je pratique soit exacte, c'est-à-dire faire un bon diagnostic, un bon traitement et voir le patient guéri ; en ce sens se serait un acte juste ; acte de justice ... je n'ai pas eu beaucoup de cas de figure incluant la justice ... ; les seuls cas, c'étaient des cas d'agression (...) mais c'était infime ; y a peut-être aussi des difficultés quant à se dévoiler, quant à avouer qu'on est maltraité ... (...) j'ai pas tellement l'occasion d'aborder ces sujets-là en consultation ; si on pouvait créer une consultation de médecine légale à la policlinique, ce serait pas mal.

13 - vis-à-vis d'un client qui vient pour heu ... ça dépend ... On fait son travail, pour telle maladie, on soigne le mieux possible, dans les bonnes règles de l'éthique médicale, puisqu'on parle beaucoup d'éthique, mais, c'est un acte juste, c'est de faire pour tout le monde la même chose ; on doit soigner tout le monde quelque soit leur façon de penser ; ça je crois que c'est un acte juste.

14 – d'agir en fonction de normes ? non ; y a des actes qui peuvent être faits uniquement pour rassurer ; je me suis jamais placé dans une relation de puissance avec les gens.

15 – c'est uniquement actes justes, y a pas de notion de justice derrière ; dans la mesure où je suis à égalité avec un patient, et je vais essayer de le traiter de ... la plus grande efficacité possible.

16 – tous les jours je fais des actes de justice sociale au moins ; le mot juste, c'est différent ; c'est sûr qu'on est jamais complet dans une consultation qui est faite dans un temps concis ; est-ce que la justesse ... est-ce que l'acte est dans son essentiel ... va aider au maximum le malade ?

17 – Alors on voit que Paul Ricœur, pour lequel j'ai beaucoup de respect, n'est pas médecin. Alors en quoi ... ? Vous me transformez en Dieu. « Juste » ... je ne suis pas Dieu. Je ne suis pas Dieu. Je fais au plus juste et selon la plus grande justice. D'après moi. Mais je n'ai pas la prétention de me prendre pour Dieu.

18 – ce serait plutôt juste que justice ; la justice, on n'y pense pas à tout ça ; c'est peut-être un tord ; je pense d'abord à essayer de soigner la personne ; peut-être qu'il y a des moments, je suis pas juste, mais j'essaie.

19 – ce serait plutôt juste ; l'application de règles, et tout, ça m'a jamais plu, il en faut, mais (...) ça c'est pas mon truc ; c'est pas pour ça que j'ai fait de la médecine générale, c'est plus pour m'occuper des gens comme ils sont que pour les faire rentrer dans un moule ; j'essaie.

20 – on essaye d'être le plus honnête possible ; de pas mal les informer par rapport aux maladies, d'essayer de leur donner le maximum de renseignements, de répondre aux questions ; on essaye d'être honnête envers nous-mêmes et envers eux ; on fait un petit bout de chemin ensemble, certains en sont très reconnaissants, d'ailleurs.

21 – probablement les deux ; parfois je fais « juste » ce qu'il faut ; je pense pas qu'un patient qui soit dans la difficulté soit moins bien soigné ; si, c'est quand même injuste (...) le patient qui vient, qui a pas pris rendez-vous et qui se met entre deux personnes alors que c'est pas vraiment urgent (...) parce que faut renouveler son médicament (...) ben je vais lui renouveler, je vais prendre sa tension et je vais lui dire « tire-toi » ; c'est peut-être pas juste par rapport à quelqu'un qui a pris rendez-vous, avec qui je vais prendre plus de temps à l'écouter (...) ; mais c'est pas si injuste que ça parce que je leur explique quand même ; à un moment donné on se dit est-ce qu'il faut tout le temps se battre ? ; c'est pour ça, je pense qu'il faut s'adapter ; y a des patients y sont des fois comme ça aussi, ils sont un peu chiants, mais je fais un rapport ou j'ai une image de quelqu'un, et je les aime bien quand même, alors je vais tolérer un certain degré de laxisme ; c'est pas très juste, mais on peut pas, on est obligé ; on met des étiquettes.

22 – actes justes, j'ai l'impression des actes justes ; j'essaie de voir comment il pense, comment il réagit, quelles sont ses idées.

23 – je pense que ça reste encore des actes justes ; l'idée que si on transgresse ... ; un moment j'ai très mal vécu (...) les fameuses RMO, entre autres ; en fait ça se voulait plus être un guide qu'un cadre (...), mais y avait tellement de règles à respecter, à tous les points de vue (...) qu'à la fin je me suis dit « stop, quoi, j'arrête » ; ça m'est passé, maintenant ; j'essaie de faire au mieux, mais pas par rapport ... pas par rapport à un guide ou à une référence, par rapport à ce que je veux, par rapport à l'expérience, par rapport à ma connaissance, par rapport à la situation ; on peut pas bien soigner sans être tout à fait serein.

24 - on peut difficilement séparer les deux. C'est comme spécialiste ou généraliste. On soigne un tout. Alors il faut, avec le malade, être juste, et il faut aussi faire un acte de justice. C'est-à-dire que si je vous soigne, et que je vous fais un passe-droit par exemple, les autres malades qui font la queue dans la salle d'attente vont pas du tout aimer. A ce moment-là, il va falloir que je leur explique pourquoi je vous ai pris avant. Et moi je le fais systématiquement. Parce que sinon, on les lèse ... ils sont atteints ... on les a lésé ! ; Ensuite, il faut que ce qu'on fait paraisse juste, c'est-à-dire que le malade, quand on l'a soigné ... heu ... sache qu'on l'a compris, sache qu'on a fait tout ce que l'on pouvait, et sache qu'éventuellement, ç'aurait été le voisin, on aurait fait la même chose ; il faut pas changer son discours, il faut rester égal à soi-même ; il faut qu'il se sente bien avec nous, il est en

situation inférieure, puisqu'il est malade ; j'aime pas ce terme-là, mais c'est ça ; il faut absolument lui parler d'égal à égal ; faut qu'il vous fasse confiance, et qu'il admette votre personnalité, et toute façon, il vous a choisi. Peut-être pas au début, la première fois qu'il est venu, mais si il revient, c'est qu'il vous a choisi.

25 - j'essaye d'être juste, parce que j'essaye de prendre en compte la personne, effectivement ... comme personnalité, sans appliquer des règles toutes prêtes ; ceci dit, je peux pas dire que je me réfère pas à mes références et à ce que j'ai appris, donc j'ai quand même un canevas ... de justice ou de règles, mais heu ... mais je pense que je dévie pas mal des règles ; je pense que c'est quand même par la relation qu'on arrive vraiment à ... obtenir en fait une bonne assiduité des gens, une bonne ... (...) compliance ; j'essaye de présenter ça à chacun comme ... « c'est votre traitement ». Et c'est mon conseil pour vous. Et c'est ... oui, c'est ça : ma prescription pour vous. Et pas « voilà, c'est ce qui faut prendre pour votre maladie ».

26 – peut-être les deux ; je fais mon boulot correctement ; les deux ; la déontologie surtout entre les confrères ; le respect déontologique.

3) Selon vous, la notion de savoir médical influence-t-elle votre relation :

- avec ceux qui n'ont pas accès à ce savoir ?

- avec ceux qui ont ce savoir ?

- avec ceux qui ont une approche de ce savoir plus ou moins complète ?

1 - oui. Oui oui, on ne peut pas s'exprimer avec quelqu'un qui n'a pas du tout de savoir médical de la même manière qu'avec quelqu'un qui a un savoir médical ; on se retrouve devant des populations extrêmement différentes, heu ... avec ceux qui croient ... ceux qui n'ont pas du tout de savoir médical, et y a ceux qui croient en avoir par la télévision ; y en a beaucoup qui croient savoir, et y a ceux qui savent. Ils peuvent avoir des collègues, des confrères, ... eh ben il faut adapter son discours ; il faut adapter son discours et c'est fou ce qu'il faut ... reformuler les choses, pour être sûr qu'on a été compris ; c'est terrible lorsqu'on se rend compte que l'autre n'avait pas du tout perçu les choses telles qu'on les avait exprimées. Et ça c'est très, très problématique ; ça nous met dans une situation où nous sommes toujours obligés de répéter les choses, de laisser l'autre exprimer ; C'est souvent les gens qui en savent peu qui posent problème. Les gens qui en savent pas mal, on tombe très vite d'accord. Parce qu'on s'explique, et qu'on exprime à l'autre le refus que l'on a de faire telle ou telle chose, parce qu'on estime que ce qu'il a entendu dire n'est pas juste, on entend ses arguments, on lui donne les nôtres. A partir du moment où il sait, où il est capable de comprendre il accepte ou non les arguments. Et puis en général on tombe d'accord l'un et l'autre, avec les arguments qu'on apporte ; ils [les patients qui en savent peu] sont extrêmement dépendants ; ils vous font confiance. C'est-à-dire que ça c'est dur parce que ... des fois on a besoin quand même de l'accord comme on dit « éclairé » du patient et c'est pas évident.

2 - non, moi ça joue pas, ça ; j'ai pas le sentiment que ça gêne quoi que ce soit ; il est probable que quand les gens ont un problème d'accès à un certain savoir, il faut bien être sûr que les mots sont compris. Bon même de toutes façons quand les gens ont un niveau culturel élevé et même une compréhension potentielle de savoir importante, y a des contre-sens qu'ont lieu, qui sont pas forcément dus au fait qu'ils savent pas mais plutôt au fait qu'ils veulent pas entendre ; les enjeux qui sont expliqués restent les mêmes ;

Est-ce que vous ressentez une différence dans l'attitude de vos patients ?

Non, pas dans l'absolu ; y a des gens qui ont une lecture paranoïaque du monde, et qui pensent qu'ils se défendent de leur propres peurs en pensant qu'on leur veut du mal ou globalement qu'on chercherait à leur cacher des choses, et puis d'autres c'est pas le cas, donc ... bon c'est pas clair là-dessus ... Non, c'est pas ... Non, ça me paraît pas déterminant, non.

3 - on n'aime pas des patients ignorants, incultes, mais celui qui sait trop pose des problèmes ; d'abord parce que déjà ça nous prend du temps à la consultation, et parce qu'il faut expliquer que pas mal de choses sont pas dues à ça, et bien sûr, y a leur côté le droit de s'informer, de savoir le plus. C'est tout à fait légitime ; il y a toujours le juste milieu. Il faut savoir, connaître un petit peu, parce qu'il y a des gens qui savent rien du tout de la médecine, qui savent rien du tout d'un certain nombre de bases d'hygiène, eh ben, là c'est des gens qu'on ... là aussi on prend le temps – pas on perd – on prend le temps, on a une action plutôt didactique d'apprendre les choses ;

Et au niveau de l'attitude des patients eux-mêmes par rapport à vous ...

Ben ils sont plus chiants ! C'est tout, c'est des chiants. C'est le mot à dire. C'est pas très poli à dire dans le magnétophone, mais ... c'est la réponse.

Et les patients qui n'ont pas beaucoup de savoir est-ce que vous sentez un sentiment ...

Eh ben la difficulté : est-ce qu'ils ont bien compris le message ? ; chaque fois que je vais aux réunions de ASDES, j'apprends toujours des choses.

4 - c'est vrai que c'est plus facile d'expliquer à quelqu'un qui sait rien, c'est vrai, que ... quelqu'un qui sait. Et la confiance n'est pas toujours ... Ils ont plus d'agressivité aussi.

5 - absolument, absolument ! Parce que je ne vais pas expliquer de la même façon à un médecin, à un non médecin, à quelqu'un qui a une connaissance, à quelqu'un qui n'a rien qui connaît rien du tout. Si si, ça change énormément. Oui oui, absolument ! J'essaie d'être accessible au patient, j'essaie de lui expliquer d'une façon qui lui soit propre ;

Et du côté du patient est-ce que vous sentez une attitude particulière ...

Bien sûr, ça se voit de toute façon. Ses questions, sa façon d'écouter, oui, ça se voit. Si je vois qu'il comprend pas, j'essaie de lui expliquer un peu plus.

6 – le plus dur, c'est celui qui croit en avoir. C'est toujours pareil, le problème c'est pas quand on sait pas, c'est quand on croit savoir ; ceux qui savent pas, c'est mon rôle, c'est de l'ordre de la justice, (...) de leur expliquer ; [celui qui croit savoir] j'essaie de lui expliquer comme je peux.

7 – oui ; arriver à le convaincre qu'il n'a pas besoin de scanner ; y en a qui discutent ferme avec moi, il faut argumenter, être convaincant ; il faut aussi se persuader de ce que je veux lui faire passer comme message ; il faut le convaincre ; j'arrive pas avec une supériorité de savoir.

8 – peut-être ; ceux qui ont le savoir médical, je me sens toute petite, parce que j'ai toujours l'impression de pas savoir ; avec l'âge et l'expérience, je me rend compte que j'en sais presque autant que les autres ; je sais quand je sais pas ; je délègue volontiers ; les gens qui croient savoir, alors ça, c'est les pires. Parce qu'ils croient savoir, et ils savent pas, entre autre le corps enseignant ; ou certains paramédicaux ; parfois c'est difficile à supporter ; ceux qui savent pas, je crois qu'avec eux il faut être très honnête, essayer de leur expliquer, pas rentrer trop dans les détails parce que c'est pas la peine de les noyer, et puis ... il faut les respecter ; et respecter ce qu'ils veulent : si ils veulent pas savoir plus, il faut pas leur dire ; ce que je veux surtout, c'est ne pas les perturber plus qu'ils ne sont.

9 – ça prête à confusion et on est moins bien entendu par le patient ; c'est vrai qu'ils savent certaines choses, mais mal comprises ; mais là, c'est plus difficile ; au moins, la personne qui ne sait pas, on essaie de lui donner ; alors que l'autre qui sait ... un peu ce qui se passe, c'est plus difficile ; mais j'appelle pas ça manque de respect ; c'est un problème de compréhension ; on pourrait croire que c'est pire ici, mais c'est pas pire ; je m'adapte ; on essaie de faire cinquante-cinquante ; c'est une prescription ... pas forcée ... une prescription consentante, on va dire.

10 – oui, bien sûr, oui ; j'explique beaucoup plus à ceux qui n'ont pas accès au savoir qu'à ceux qui l'ont ; pour bien faire comprendre certaines notions j'utilise des planches ; à l'opposé, ceux qui ont un trop grand savoir médical, j'essaie de relativiser ça ; je leur explique que c'est parfois ... dangereux peut-être pas, mais stressant, certainement ; y a pas de recul, et quand on va faire sa propre enquête personnelle sur Internet, on cherche une réponse à un problème de santé, le problème de santé peut générer des craintes et des angoisses, (...) et c'est pas la machine qui va répondre à cela. Ça peut faire en sorte que ça s'auto entretienne (...) alors que dans la relation à l'autre (...) ça permet de faire le tri et puis de dire ce qu'il en est ;

Est-ce que vous percevez une différence dans l'attitude des gens à votre égard ?

Oui, probablement.

11 – on a intérêt à avoir un savoir médical bien costaud et puis bien mis à jour ; c'est à nous de faire la part des choses, mais pour faire la part des choses, il faut avoir de bonnes notions de base ; ça se voit beaucoup, souvent des gens qui connaissent plein de trucs et puis qui ont un niveau socio-culturel un peu plus élevé, c'est souvent avec ceux-là qu'on a des problèmes, parce qu'ils connaissent tous ces trucs-là et qu'ils arrivent et qu'ils disent, « Docteur, j'ai droit à ça » ; on a intérêt à avoir un savoir médical au top à cause justement de ces revues de santé ;

Et au niveau des gens qui n'ont pas du tout de savoir médical ...

C'est vraiment la relation de confiance ; c'est à nous de les aider dans la mesure de nos possibilités.

12 – le savoir médical, dans la mesure où la personne ne l'a pas, je prend le temps de lui expliquer ; ce qui va inclure une participation plus importante à la démarche ; j'essaie de leur expliquer, pour qu'ils puissent ensuite faire une estimation de la suite de la maladie ; je leur fait toujours un petit topo, avec dessin à l'appui ; [avec les patients qui ont un savoir médical] quand ça se passe bien, ça va, quand ça se passe mal, ça veut dire qu'ils veulent trop mettre en avant leur savoir et ça ça m'énerve ; cela dit, je suis assez tolérant, et je laisse et je leur fournis quelques arguments ;

Est-ce que vous sentez une différence dans leur attitude à votre égard ?

Oui, parce qu'il y en a qui sont arrogants, parce qu'ils – soit disant – savent.

13 - je crois de toute façon que dès qu'on est de l'autre côté du bureau, comme vous, je crois qu'on a quand même encore, même si c'est plus comme avant, non pas que je sois pour ça, mais c'est naturel, je crois qu'il y a une certaine toute-puissance, bien qu'on est ... tout à fait comme les autres ; j'aime bien expliquer les choses. Expliquer ce que je fais, ce que je leur donne, je leur donne pas ci, je leur donne ça, pour rester sur heu ... sur un pied pas d'égalité mais heu pour pas les heu ... les étouffer ; il faut rester ... tout à fait naturel ; y en a qui disent effectivement « mais moi je suis pas médecin, je suis pas médecin, c'est vous le médecin », parce que c'est nous qui disons parfois « bon je vous donne ça, mais peut-être que vous préféreriez avoir ça, mais ils me disent, « c'est pas moi le médecin, c'est vous ». Oui, c'est sûr, c'est moi le médecin, mais je vous explique ; y en a qui rapportent des choses fausses. Mais si on leur explique tranquillement, sans s'énerver, et tout ça, voilà, quoi...

14 – oui ; ça pose pas trop de problèmes.

15 – oui, forcément ; les gens qui ont un savoir médical (...) mais qui ne sont pas médecins (...), ce sont des gens profondément agaçants ; je préfère beaucoup mieux les gens qui ne savent rien, à ce moment-là je vais leur expliquer, dans des schémas extrêmement simples et accessibles à n'importe qui, ce qui leur arrive ; il est préférable quand même que vous ayez des gens qui manifestent une certaine connaissance de la langue française et du fonctionnement de la carcasse ; il est très rare que j'aie des gens qui soient agressifs.

16 – le savoir médical ... il est important ; les gens qui pensent avoir un savoir médical parce qu'ils ont été sur Internet ou qu'ils ont lu ceci ou cela, là je pense qu'il y a un gros problème, une grosse difficulté, et en général on parle pas du tout le même langage ; ils parlent pas médecin ; c'est difficile de leur faire entendre que la démarche diagnostique, c'est une démarche particulière ; de plus en plus, on est obligé d'expliquer aux gens ce qui risque de leur arriver ;

Est-ce que vous sentez une différence dans l'attitude des gens à votre égard ...

ça c'est affaire ponctuelle ; non ; non, je pense pas ; pour moi, c'est pas un problème.

17 – Alors ceux-là, je les mets dans la même catégorie que les premiers. Y a le savoir médical et y a son expérience par rapport à ce savoir. C'est là que je mettrais deux catégories : ceux qui n'ont pas le savoir médical, c'est à eux de définir l'ordre dans lequel ça va se passer avec moi. S'ils viennent dans le cadre d'un dialogue mutuel, respectueux, selon la justesse et la justice, il va y avoir un échange, et j'espère qu'au bout d'un certain moment ils auront accès à mon savoir, je dis ça en souriant parce que je ne suis pas sûr d'avoir le savoir. Là-dedans, y des gens qui peuvent tout savoir, ou croire tout savoir : l'instituteur ou le polytechnicien. L'instituteur qui sait tout, le polytechnicien qui explique tout. C'est une catégorie caricaturale, mais qui permet de comprendre. Alors ceux-là, il faut que j'arrive à leur dire que certes, ils savent tout, mais que s'ils viennent me voir moi c'est pour avoir ce que je sais. Par rapport à ceux qui détiennent le savoir ou qui croient savoir, ça c'est en fonction de l'estime que je peux avoir par rapport à cet autre sujet, la confiance qu'il va y avoir dans l'échange. Et je vais pouvoir dire mes secrets, je vais pouvoir dire ma manière d'aborder les choses, à partir du moment où c'est dans la confiance. Non pas dans la confiance, mais dans la confiance. Alors cette confiance, elle permet de dire, même ses ... incertitudes, même ses absences de (...). Alors je sais pas si j'ai bien répondu à la question.

18 – ça influence, oui ; c'est pas tellement avec ceux qui l'ont. Ceux qui l'ont, ils l'ont. Ceux qui l'ont pas, ils l'ont pas ; ceux qui m'embêtent le plus, c'est ceux qui croient en avoir, et qui ont l'impression d'un savoir, ceux-là sont les plus embêtants ; ils ont pas forcément toutes les informations ; c'est ceux-là que j'aime le moins [rire] ; y a une expérience qui est là, que bien souvent ceux qui croient savoir n'ont pas ; c'est un petit peu normal, parce que quelque part, si on vient voir le médecin c'est pour ... ou pour se rassurer, ou pour savoir, mais on vient pas pour le coller ; la médecine, c'est pas une science exacte ; dans ces cas-là, c'est l'expérience qui prime.

19 – ça influence ; ceux qui l'ont ou ceux qui l'ont pas, y a pas de soucis, enfin y a un souci explicatif, mais ceux qui pensent l'avoir et qui ont mal compris, ça j'ai du mal à supporter, c'est vrai ; c'est là où on a un rôle à jouer [pour les personnes qui n'ont pas de savoir médical], de conseil ; le généraliste, de plus en plus, c'est le conseil ; c'est plus un rôle d'explication ou de dédramatisation pour certains trucs ; moi je préfère ça ;

Et dans l'attitude des gens, est-ce que vous sentez une différence ?

Oui, tout à fait ; ceux qui ont un savoir, on peut discuter, là c'est plus plaisant ; mais ceux qui pensent savoir (...) c'est difficile de ... leur faire voir qu'ils ont pas forcément raison ; je les sens plus agressifs ; ils viennent chercher un truc sans chercher à discuter, à savoir si y a d'autres solutions ; si on essaye de discuter ou autre, moi

souvent ... y a à la fois ... quelques fois une agressivité et quelques fois un retrait ; [les gens qui ne savent pas] ils donnent l'impression d'être plus à l'écoute de ce qu'on dit, et tout, c'est pas forcément mieux, parce que peut-être s'ils ont mal compris ou si on a mal expliqué, c'est pas forcément mieux, mais au niveau de l'approche, c'est plus sympathique.

20 – théoriquement, c'est moi qui ai plus de savoir qu'eux ; ceux qui ont le savoir médical, d'abord y en a pas beaucoup qui viennent me voir, qui l'ont ; ils ont des bonnes notions mais sans plus ; un professionnel c'est un professionnel, quand même ; j'essaye de leur montrer la justesse des choses sans les rabaisser ; je leur montre quand même qu'il y a des choses qu'ils savent pas ; s'ils sont intelligents, ils le prennent très bien et la relation se passe bien ; ceux qui l'ont modérément, s'ils savent utiliser mon savoir, ça se passe très bien ; ceux qui ne l'ont pas du tout je leur donne ... mon expérience, je réfléchis avec eux, je prends des fois les décisions entre guillemets « pour eux », et puis j'essaye de les influencer du mieux possible en leur donnant la possibilité de réfléchir aux choses ; y a des patients à l'heure actuelle qui ont tendance à systématiquement remettre en cause ce qu'on peut dire.

21 – ça influence, bien sûr ; je me pose aussi beaucoup de questions sur le droit du malade, le droit à l'information, au consentement. Y a des patients, toutes les informations que vous pourrez leur donner, ils comprendront rien. On est obligés d'avoir une attitude qu'on pourrait nommer paternaliste ; y a des patients qui en savent beaucoup, et bien, d'ailleurs, (...) des fois qui vous mettent même en difficulté, et tant mieux d'ailleurs, parce que ça nous fait ... ça nous fait un peu réfléchir et travailler, mais y en a d'autres qui ont un savoir, c'est un savoir d'Internet et c'est pas forcément un savoir médical comme on peut l'avoir nous. Ils savent des choses mais ils ont pas filtré le monde du scientifique ; et y a ceux qui ont pas le savoir et qui veulent pas le savoir. Et c'est vrai que notre attitude, elle est différente ; on est obligés d'avoir une attitude paternaliste ; les materner, c'est-à-dire les emmener au laboratoire faire leur prise de sang ; certains qui en savent, des fois, sur certaines maladies, plus que nous, ils nous mettent dans certaines difficultés, ça peut créer parfois ... des fois ... un ... un certain malaise, il faut avoir du répondant ; et puis y a ceux qui ont une multitude d'informations, avec des bonnes informations et des mauvaises, et là il faut faire le tri, il faut donner beaucoup d'explications ; probablement que le savoir ça interfère ... sur notre manière de travailler, notre manière d'expliquer, de dire ou de pas dire, de décider d'un traitement ou pas.

22 – il y a des gens qui ne savent pas lire ni écrire ; cela pose des difficultés ; la relation est toujours la même, mais ce qui change, c'est la fin de la consultation ; quand ils savent quelque chose, ils sont plus pernicieux, ils posent des questions ; ils sont un peu demandeurs, inquisiteurs.

23 – oui, leur attitude n'est pas la même ; c'est du quitte ou double : ou vous gagnez la confiance, ou vous la gagnez pas, mais si il vous fait confiance, il vous fait pas à moitié ; dans la relation, je dirais à la limite qu'il y a pas de discussion ; alors que celui qui a le savoir, il va ... il va discuter votre décision, il va discuter votre diagnostic, il va discuter votre ordonnance ; y a aussi ce qu'il sait, et ce que vous croyez qu'il sait ; ça envenime excessivement les choses, c'est dramatique ; et puis quel savoir ? ; est-ce que ça complique les choses ? Pas forcément ; le pire, c'est ceux qui pensent savoir ; c'est bon aussi parfois de découvrir quel est le savoir exact ; un jour je suis tombé en arrêt sur le titre du journal de santé magazine quelconque « quel traitement choisir pour le cancer du rein ? » ; avec une presse comme celle-là, les gens sont en effet convaincus d'avoir un savoir supérieur à qui que ce soit et à n'importe quel médecin, alors c'est ça qui est très dangereux ; ça modifie sûrement les relations, parce que c'est beaucoup plus difficile de revenir sur des notions qui ... qui sont ... considérées comme justes et ... alors qu'elles sont parfois fausses ; on n'a pas forcément plus de poids que la concierge, ou la voisine ou le beau-frère.

24 - le savoir médical, c'est d'abord et avant tout pour ça qu'ils viennent ; les trois types de malades, c'est trois types de personnalités : ceux qui savent rien, ben ils nous font de toute façon une confiance (...) quasi aveugle ; c'est à moi, donc, de m'adapter complètement au malade que j'ai en face, que ça soit un ... un ... un connaissant ... médical, ou non ; j'ai jamais changé mon attitude ; j'ai eu fin de l'année dernière un ... un patient que je soigne depuis plus de dix ans. Et qui m'a avoué qu'il était médecin. Et j'avais jamais repéré dans son discours qu'il était médecin, ce qui est rare, parce que ils ont souvent un discours qui est un petit peu particulier ; mais ça me gêne pas, parce que j'ai une personnalité un petit peu particulière, je soigne des confrères, je le sais, je soigne leurs enfants, je soigne leur femme ou leur mari, donc ça ... je soigne ma famille, aussi, c'est une exception. Quand on travaille, on travaille, on mélange pas tout ;

Et est-ce que vous sentez une différence entre [quelqu'un qui ne sait rien et qqn qui croit posséder un savoir] ?

Ah oui ! Ils sont toujours en train de poser d'autres questions. Le discours est pas le même, effectivement dans ce sens-là ; ça va très loin ! Puisque maintenant on parle des économies de santé, « Ah mais le sirop que vous m'avez donné, il est plus cher que celui que ... ». Ceux-là nous emmerdent. Complètement. On va pas leur dire.

Alors, tout dépend de l'attitude ... qu'ils ont. Le gars qui m'avait sorti le coup du sirop, en dis... « ah le mien ... le vôtre est plus cher que le mien », je me souviens lui avoir rétorqué du tac au tac : « Non, vous vous trompez, le prix vient de baisser, vous le savez pas encore ! » Voilà, donc je l'avais mouché, quelque part. Et puis c'est tout, mais bon, ça c'est une attitude plus forte ; quand on a quelqu'un et qu'il s'y connaît un petit peu, je crois qu'il faut faire attention à ce que l'on dit. On va pas employer les mêmes mots, c'est évident, je me suis adapté à la personne que j'ai en face de moi, et ... je vais lui démontrer, encore une fois, comme pour tout malade, pourquoi je vais faire ça, pourquoi je m'en vais dans tel sens, et qu'est-ce que j'en attends.

25 - ça c'est sûr ; quand ils savent pas, c'est très facile parce que justement, ils s'en remettent à moi, donc c'est le plus simple ; quand ils savent ou qu'ils croient savoir, c'est encore plus dur, parce qu'à ce moment-là ils arrivent avec la référence ; ça m'arrive souvent de leur dire « mais sur quel site internet vous avez été voir ça ». Parce que ... ils sortent de tels trucs qu'on se dit là c'est pas possible, c'est pas les restes de sciences naturelles du collège. Donc là, par contre il faut se ... Il faut être très ... accroché à la règle, parce que là si on en dévie, ils nous loupent pas ; à partir du moment où on commence à se justifier ... heu ... j'essaye de pas rentrer dans ce jeu-là. C'est plus ... c'est plus mon travail, je suis pas là pour me justifier, dans la mesure où ... Je leur explique, ça c'est normal, ils ont des informations, je leur en donne certaines, et on va faire un ... un ... pas un compromis, mais heu ... disons un travail ensemble. Ils ont un travail à faire, moi j'ai un travail à faire et on essaye de trouver un terrain d'entente ; sur un sujet précis, surtout si c'est un sujet très pointu, ils vont être parfois bien sûr plus renseignés que nous ; là je suis honnête, je vais leur dire « oui, vous avez vu ça, je ne sais pas. C'est la dernière chose qui vient de sortir, oui, effectivement, je n'en ai pas encore été informée, j'ai pas vu ça dans la presse médicale, mais je vais me renseigner », et ça m'arrive effectivement d'aller moi-même faire des recherches ; y a un échange, c'est parfois enrichissant, parfois difficile parce qu'encore une fois, ça nous met à rude épreuve ; c'est vrai que c'est pas mal d'avoir aussi à se remettre en cause. Nous on n'a pas la science infuse, et puis ... la médecine n'est pas une science ... une science exacte.

26 – la plupart ont un niveau intellectuel trop bas ; une seule infirmière qui vient, elle comprend ; mais les autres ... je leur explique ; deux secrétaires de temps en temps ; quelqu'un qui a un petit savoir médical, l'auscultation est bien claire ; il y a des interlocuteurs très difficiles ; ça prend un peu de temps avec les personnes âgées ; ils font confiance ; le médecin doit être à l'écoute, prendre son temps avec le malade et créer un climat de confiance ; comme ça, le patient va sortir à l'aise ; il faut les rassurer ; y a des gens qui viennent pour passer le temps.

4) Comment les notions de distanciation et d'engagement vous sont-elles utiles dans votre pratique de tous les jours ?

1 - je respecte ; ils ont besoin de moi ponctuellement, parce que leur médecin est ailleurs, en vacances etc., mais il n'y a pas lieu de les violer à ce moment-là. Quand le patient devient un patient, et qu'il revient, il faut créer autre chose. On est obligé de rentrer dans l'intimité des personnes, parce que des fois, ben heu ..., quand quelqu'un vient me voir pour heu ... mal de dos, mal de cou, on est obligé de leur demander si avec son mari ça va bien. C'est quand même une infraction violente dans la vie privée ; et pourtant il faut la poser parce qu'un moment donné quand on voit que les antalgiques ne servent à rien, que la femme a toujours mal au dos, mal au cou, c'est qu'en réalité le problème n'est pas là. Il est ailleurs. Il faut bien lui poser la question ; on fait une intrusion brutale ; il faut qu'on puisse avoir ce discours-là ;

Et un patient par exemple qui rechercherait une relation plus fusionnelle ?

Là on essaye de ... de ... Là c'est différent, parce que dans le mot que vous utilisez, y a le patient qui veut faire de son médecin son copain. Avec un tutoiement intempestif, avec une familiarité, etc., j'ai tendance à ne pas trop le supporter, et à ... de façon assez nette, d'exiger un vouvoiement et une attitude ... ; je fais cette différence entre cette fusion-là, qui est en fait une familiarité, etc., par rapport à un patient qui vit des troubles psychologiques, ou psychiatriques, ou dépressifs simplement, je veux dire sans rentrer dans le psychiatrique lourd ... et qui fait un transfert ; là, bon, j'avoue, c'est parfois difficile de le remettre en cause. C'est pas forcément positif parce qu'après, les personnes sont ... elles sont mieux. Elles sont contentes, elles ont trouvé quelqu'un avec qui s'exprimer, avec qui parler, dire ce qu'elles ressentent ; là, ça me dérange pas trop, ça me valorise ! Alors on a tendance à l'accepter plus facilement. Mais on sait bien qu'on aimerait que la personne évolue par elle-même.

2 - je pense pas qu'on lui rendrait service, tellement, si on garde pas cette distance qui nous permet de ... de pas s'investir. D'ailleurs c'est probablement pour ça qu'on est bien capable de voir des choses chez les autres qui nous sont affectivement neutres, ou même si c'est des gens qu'on aime bien, par contre notre famille faut pas qu'on la soigne parce que ... on n'arrive pas à travailler ;

Et un patient par exemple que vous sentez très proche de vous, qui essaye d'avoir une relation un peu fusionnelle, comment vous réagissez ? Est-ce que vous essayez de mettre de la distance ?

Moi j'ai pas trop ce profil de patients ; les patients ils nous choisissent en fonction de certains critères ; souvent le patient fusionnel est un peu manipulateur ; ça se traduit par le téléphone qui est un bon symbole, les conversations sont toujours très rapides. On dépasse rarement la minute et on est très souvent dans les trente secondes, y compris pour une information médicale, donc ça prouve qu'on reste très fonctionnel ; l'aspect fusionnel, certains ... certains patients cherchent à l'avoir avec nous alors, y a des femmes qui cherchent à avoir, parce que nous on est un homme et les femmes ... donc certaines pensent qu'elles vont mieux être soignées si elles se ... si elles cherchent à créer un aspect simili-amoureux, bon ... Il faut être assez prudent, éviter de rentrer dans ce jeu-là. Parce que ... parce que je crois qu'on rend pas service à la patiente absolument, quoi ... Mais moi j'ai pas tellement ce profil-là, j'ai pas ... il m'arrive peu d'histoires ... Peut-être au tout début de ma carrière, on sépare moins la distance, oui ... Mais là, non, ça m'arrive plus du tout ; souvent de nommer les choses c'est important. De dire aux gens quand effectivement il y a du fusionnel dû aux gens, mais, vous voyez, dans ce type de situation, ça ramène à la réalité, de remettre de la distance ;

Et quelqu'un que vous sentez par exemple très distant, est-ce que vous essayez d'aller vers lui pour ...

Non, je le laisse faire son chemin. Des fois ils le feront pas, c'est-à-dire qu'ils changeront de médecin ; le problème c'est qu'ils veulent à tout prix dominer la relation patient, leurs soins ... et c'est toujours dangereux. Parce que sur le moyen terme ils finiront toujours par faire plus mal que le ... qu'un médecin moyen.

3 - j'essaie d'être moi-même, je suis quelqu'un déjà d'assez distant ; je suis très distant mais je suis en même temps très ... très agréable et très ... même direct (...) sociable ; si quelqu'un, je vois, prend trop de heu ... se rapproche trop d'une façon injustifiée ben j'essaie de créer la distance parce que même si on n'a pas la blouse y a quand même ... je crois qu'on peut dire qu'on a un rôle ... de société ... c'est quand même pas sur un piédestal mais presque, quoi. On est là pour aider, pas pour juger, pour aider et pour comprendre ; il ne faut pas agresser, parce que c'est une forme d'agression, même si on est très poli, très gentil, ça peut être une forme d'agression, si quelqu'un vient pour une angine et qu'on va lui poser des milliers de questions. Sa pudeur, il faut la respecter aussi. La distance, c'est une forme de pudeur.

4 - il faut mettre une certaine distance ; il faut pas être copain avec les malades, il faut pas les tutoyer, il faut pas les soigner plus mal que les gens qu'on connaît, sa famille, par exemple. Moi je soigne pas ma famille ; je crois qu'il faut pas soigner les gens qu'on connaît bien, donc faut pas instaurer une relation trop proche avec les gens qu'on connaît, parce que du coup, on n'est pas objectif ; il faut mettre une certaine distance mais en même temps ... Et puis les rapports de ... pas d'autorité, je dirais, mais de ... sont plus faciles, car si on est trop proche des gens, on va leur dire de faire un truc, ils vont dire oui d'accord et puis six mois après ils reviennent, ils l'auront pas fait et on va pas avoir le (courage ?) de leur demander ça. Si c'est quelqu'un que vous connaissez pas, vous lui demandez de faire ça, vous lui dites « vous êtes libre, mais si vous ne le faites pas, ne revenez pas me voir, ça ne sert à rien, je pourrai pas répondre à vos questions ».

5 - ça se joue au cas par cas, quelqu'un qui veut trop s'approcher, bien sûr on essaie de créer un peu de distance, parce qu'après on peut pas le traiter comme un patient ; y en a qui veulent absolument devenir comme frère, comme ami, c'est pas facile après de pouvoir gérer le problème ; quelqu'un qui est trop loin, qui peut pas parler, on essaie de se rapprocher.

6 – ça dépend des cas ; j'essaie de rendre plus à l'aise ; en France, on a quand même des rapports plus engagés que dans les pays anglo-saxons ; la distance est mise déjà de par sa place et par la mienne.

7 – ça m'est arrivé justement de tomber dans cette ambiguïté ; effectivement, j'ai eu des problèmes relationnels avec certains, j'étais plus jeune ; quelque chose du type de séduction.

8 – le patient qui vient me voir il a une certaine confiance en moi, au départ (...) je m'engage à faire le maximum pour lui ; à part certains qui sont déjà des copains ou ... voire même des amis, y a un médecin, y a un malade, et puis entre les deux, y a des choses qui se tissent, mais presque de l'amitié, mais ça n'ira pas plus loin ; je n'ai jamais donné mon numéro personnel de téléphone, jamais, jamais, jamais.

9 – c'est le relationnel qui s'installe ; distante ... rarement ; après ça dépend du médecin ; alors je ne sais pas si c'est vraiment ... une très bonne chose ... je ne sais pas si vraiment les médecins sont ... d'accord avec moi, moi c'est vrai que ça m'est arrivé de tutoyer pas mal de patients, chose que certains ne font pas ; honnêtement, je ne calcule pas, c'est spontané ; je ne suis pas du genre très distante ; j'ai une relation facile, donc ça va vite ; c'est là où il faut aller un petit peu plus loin et demander, si une personne est triste, si elle parle pas ; là, on rentre un

peu dans l'intimité des gens, et là, les gens se sentent plus proches, pas par manque de respect ; c'est naturel, c'est spontané.

10 – on est quand même bien obligé de prendre un peu de distance vis-à-vis de ... la souffrance, ce serait un petit peu difficile, on est obligé, quand on est professionnel. Ça ne veut pas dire ne pas lui répondre à un niveau nécessaire, mais on ne peut pas non plus s'impliquer complètement ; je vais pas de le sens d'une relation fusionnelle.

11 – je suis à l'écoute au départ ; je le laisse faire de lui-même ; ou il voudra s'approcher (...) ou il veut pas ; c'est vrai que c'est au cas par cas ; y a souvent des gens qui arrivent à se libérer mais quand vous les avez vus deux ou trois fois, à partir du moment où la relation de confiance s'installe ;

Et quelqu'un qui (...) a un côté fusionnel ?

Alors là c'est pareil, il faut essayer de mettre un peu de distance ; le danger c'est d'arriver non plus à la relation médecin-malade mais à la relation médecin-copain ; là faut se méfier ; de la même façon que je me méfie quand j'ai quelqu'un de ma famille qui veut que je le soigne ; j'aime pas, parce que ... c'est pas pareil.

12 – très dur ; très très dur ; déjà, je leur confie pas mon portable, je tiens à ce qu'il y ait une certaine distance ; j'ai toujours eu une certaine distance ... enfin ça dépend quels patients. C'est dommage, mais c'est comme ça. J'ai une certaine distance envers certains patients qui sont peut-être trop exigeants, trop angoissés ... et y en a d'autres, par contre ... ça c'est une question de feeling, en fait.

13 - vous voulez dire des rapports familiaux, qui deviendraient un peu trop familiaux ? Oh moi ça je m'en garde bien, ça. Je garde une distance ; il y a certainement des rapports amicaux avec certains, mais ça va pas plus loin, et puis c'est rare quand même ; Je veux pas me laisser manger, pas me laisser manger parce que sinon, on revient à la question d'avant, si ils débordent sur votre personne et qu'ils vous mangent, qu'ils ... qu'on est complètement ... alors là on est, on a plus aucun, on a plus aucun crédit si c'est de la distance du fait de la timidité, d'un manque de savoir, ou parce qu'ils savent pas et qu'ils ... dans ce cas-là, on essaye de les mettre en confiance ; sinon si c'est pas ça, qu'ils restent distants, je fais ce que j'ai à faire, j'ai des soins à dispenser le mieux possible, et c'est tout. Il faut laisser à chacun sa part ... d'inconnu.

15 – je suis quelqu'un d'aveugle ; les gens qui ont un désir fusionnel avec moi, comme je le vois pas, je zappe. Les gens qui sont à distance, y a deux hypothèses : ou les gens sont à distance par pudeur, ou parce que c'est leur caractère ou leur tempérament, et je n'ai pas de nécessité à aller plus loin, dans ces cas-là, je les laisse là où ils sont. Ou les gens sont à distance, mais parce qu'ils vont cacher quelque chose, et que ce qu'ils cachent est une réelle souffrance, alors je les viole, c'est-à-dire que je les fais mettre sur la table ce qu'ils cachent. Alors ça je sais extrêmement bien faire pleurer les gens en leur posant les questions qui font mal ; par contre, j'ai un très grand respect de corps. Par exemple, je n'examine jamais un enfant, quel que soit l'âge (...) sans obtenir son acquiescement ; il est très important d'apprendre le respect ... qu'on doit respecter l'autre, y compris chez un médecin ; le problème n'est pas le geste que je fais mais comment l'enfant ou la personne vit le geste ; ça c'est quelque chose d'extrêmement délicat.

16 – on a souvent une clientèle qui nous ressemble un peu ; y a des gens, on a du mal, (...) on a du mal à les pénétrer ... les « pénétrer » entre guillemets, c'est-à-dire essayer de savoir pourquoi ils sont là, pourquoi ... qu'est-ce qu'ils sont venus chercher, finalement ; c'est vrai qu'il y a des gens avec je discute beaucoup plus facilement de tout et de rien, parce que ... y a ... y a un lien, un système de vues semblable, c'est sûr ; on a des préférences ; on fait des choix obligatoirement.

17 – Qu'est-ce que vous entendez par distanciation ...

Je vais vous répondre comme je vous ai répondu tout à l'heure à je ne sais plus laquelle de vos questions : je ne crois pas faire une grande différence entre ma façon d'aborder mes relations avec mes patients avec les autres personnes que je rencontre, que ce soit ma bouchère où mon pompiste, ou les gens de ma famille. Vous allez me dire que ce que je dis est énorme. C'est possible. Je n'ai pas à forcer le passage. Si quelqu'un est distant, il est distant. Si quelqu'un est fusionnel ... je vais le dire mais ça ne me concerne pas tellement, je leur montre qu'ils auraient peut-être tendance à vouloir devenir (...). Ils le gèrent comme ils le peuvent. Pour les gens qui sont distants, si ça me ... si je sens que cette distance fait qu'ils ne peuvent pas entendre - qu'est-ce que c'est qu'une distance – ce que je leur dit, je leur dit qu'ils n'entendent pas ce que j'ai envie de leur dire.

18 – je sais pas si je m'engagerais, c'est pas vraiment mon caractère ; je suis habitué à avoir une relation amicale avec les gens ... proche des gens ; on est proche des gens ou on l'est pas ; je crois pas que je fasse un gros effort pour aller vers eux ;

Et quelqu'un au contraire qui essaie d'avoir une relation plus fusionnelle avec vous ?

j'aime pas trop non plus ; j'aime pas trop les deux extrêmes ; ça m'est arrivé, deux ou trois personnes ; il arrive un moment où ça devient difficile ; c'est trop ... ; on a du mal après à gérer.

19 – j'essaie de garder une distance quand même ; ceux qui sont distants, non ... au départ, je laisse un peu comme ça, pour voir ; tant qu'on connaît pas bien les gens, c'est difficile ... ; je respecte ; si les gens répondent pas, j'arrête tout de suite ; par contre les gens « copains-copains », ça ... j'essaie de mettre un peu ... le holà quand même.

20 – y a le bureau qui nous sépare ; je fais de la pédiatrie, la distance est vraiment très petite, y a pas de distance réelle ; je mets pas de distance pour mettre de la distance ; il faut quand même qu'il y ait un respect ; ce sont nos patients, ce sont pas nos amis ; il faut quand même se faire respecter, et si un jour on a un truc important à dire, qu'on puisse le dire ; au début de mon installation j'ai eu des gens qui voulaient avoir des relations très fusionnelles avec moi ; y a le travail, et y a le reste ; j'essaie de m'engager, sauf qu'il y a des gens qui sont assez fermés ; si la personne ne veut pas que vous rentriez dans son monde ou ne veut pas trop se livrer, forcément, il y aura une certaine distance ; pour avoir une bonne relation, il faut être deux.

21 – quand y a de la distance, je laisse la distance ; on est dans la transgression avec le patient ; très souvent, c'est les premières consultations ; le médecin généraliste, c'est vraiment le médecin ... qui est en direct ; on va aller à domicile, on va voir comment il vit à domicile ; on est vraiment dans l'intimité ; j'ai des patients qui sont très froids, très rigides ; mais je respecte ; des fois, je suis un petit peu ... un petit peu blessé. Par contre, la notion fusionnelle ... moi j'aime bien ; ça fait aussi partie de l'acte, et ça peut être thérapeutique ; je crois que c'est des signes de confiance ; j'aime bien ... le fusionnel ; même avec les enfants, c'est intéressant de voir les comportements ; y a toujours des choses qu'ils auraient envie de dire et qu'ils disent pas.

22 – toujours une relation de gentillesse, mais ferme ; distance ; je respecte la distance.

23 – la personne fusionnelle, c'est relativement facile de lui rappeler qu'on est quand même dans un cadre professionnel ; sinon, on sort complètement du cadre et y a plus de prise en charge ; la personne distante c'est (...) plus difficile de l'approcher ; même un adolescent, ou un ... quelqu'un de jeune que je vois pour la première fois, je vais pas le tutoyer ; c'est vrai qu'à ce moment-là, je respecte la distance ; c'est peut-être là, justement, où poser un questionnaire ASDES, ça peut aider ; c'est vrai en fait ... qu'on peut quand même pas aborder tous les sujets, toutes les questions de façon naturelle ; c'est bien de ... le faire, ça peut rendre service.

24 - j'essaie toujours de m'engager. On est un métier de communication, on est là pour aider les gens. Alors laisser la distance se faire, c'est sûr, c'est pas favoriser une guérison, ou ... une progression ; effectivement, s'il reste fermé fermé, heu ... ben il reste fermé. Heu ... bon. J'aurai peut-être pas su le prendre. C'est peut-être pas le moment, il a peut-être pas envie de parler ;

Et par exemple un patient qui vient vous voir et qui essaie d'avoir une relation plus fusionnelle avec vous ? »

Ben j'aime pas. Non, j'aime pas, on est médecin, on n'est pas copain ; à chaque fois qu'on copine, un jour ou l'autre, on est déçu. On voit plus les choses comme elles sont, et nos malades non plus. Non non, c'est déstabilisant pour le malade ; des relations normales.

25 - c'est un engagement, surtout en ville, surtout seul, surtout en ... en cabinet comme ça parce que il faut être présente, il faut répondre, il faut être disponible ; je mets les bornes, parce qu'il faut aussi ... garder ... sa ... la barre ... aussi savoir dire stop, parce que sinon, y a aussi des abus ; faut ... mettre des limites ;

Distanciation ...

ça c'est plus moi qui vais le faire, mais qui ... je pense que je ne leur dirai pas. C'est ma position à moi ... qui vais me donner ... par moments une certaine limite, et donc heu garder heu ... une certaine distance, on va employer ce terme-là, heu, mais c'est moi qui vais le décider et qui vais me l'imposer, et du coup le présenter au patient ; on a besoin effectivement de cette ... de cette distance. Même si on est très proche, et qu'on les accompagne dans des moments tellement heu ... forts heu ... que on est quand même un peu ... on vit des tas de trucs avec nos ... avec les patients. Ouai, c'est vrai qu'il y a des moments où on est obligé de mettre une barrière pour se protéger.

26 – il faut mettre une barrière ; je suis le médecin de ma famille ; mais il faut une barrière, une limite ; [avec quelqu'un de fermé] j'essaie de jouer le jeu ; les gens, ils tournent, maintenant [d'un médecin à l'autre].

5) Vous arrive-t-il de parler avec un patient de votre relation mutuelle ?

1 - c'est déjà arrivé, oui ; Ça m'est arrivé de dire à des patients, pas seulement à un mais à des patients, « voilà, on ne peut pas continuer à travailler ensemble, je ne peux pas continuer à vous soigner, je ... votre attitude et moi, là, on ... nos relations sont pas bonnes. Je ne suis pas à l'aise ; votre attitude, vos réclamations, vos ceci, vos cela, font que je ne peux plus, et je ne souhaite plus vous garder comme patient ». Je ne sais pas si c'est une façon de parler de nos relations mais sinon, si y a pas de problèmes, on ne s'exprime pas dans nos relations avec le malade ;

Est-ce qu'il vous est arrivé de parler justement de votre relation et que ça évolue ...

Non parce que malheureusement, quand j'aborde ce sujet-là c'est que ma décision est prise. C'est que j'ai a priori déjà fait les démarches nécessaires pour essayer de faire évoluer une situation ; au moment où je m'exprime comme ça, c'est une cassure, et je vois mal le patient, parce qu'il se mettrait dans une situation extrêmement heu ... dépendante et extrêmement dévalorisante.

2 - oui, certains de mes patients ... y a malgré tout certains de mes patients qui sont devenus amis ; pas directement, c'est moi qui pose le cadre de la relation dans lequel idéalement, elle doit se situer. Mais discuter vraiment du niveau de relation non ... non. Non, pas spécialement, non ; sauf si un patient est très très agressif.

3 - c'est rare, mais ça arrive. Dans le cas justement où je me rends compte qu'il y a quelque chose à creuser, qu'on a creusé, mais effectivement qu'on n'a pas tout à fait creusé.

4 - c'est assez rare ; oui, « si je vous plais pas, si ma tête vous revient pas, très bien » ; on va essayer de trouver des choses pour l'aider, mais un moment faut dire stop aussi. Mais toujours laisser une porte de sortie je pense. C'est important de toujours dire revenez quand vous voulez.

5 - non, je vois pas la nécessité, sauf s'il y a un problème, sauf s'il y a des ambiguïtés, si il comprend pas, oui bien sûr ; j'essaie de lui expliquer.

6 - non ; moi, je les vois une fois, pour l'opération ; j'ai des patientes que je vois régulièrement, et celles-là j'ai quelques fois des problèmes effectivement de patientes qui s'engagent un peu trop ; je deviens un peu l'idole, parce qu'elle faisait cent vingt kilos, elle en fait plus que quatre-vingts ; c'est comme ça, c'est très bien, mais j'en tire aucun avantage.

7 - oui.

8 - oui ; mais c'est souvent les patients, qui m'en parlent ; y en a qui me disent « vous savez, ça fait quand même vingt et quelques années qu'on se connaît » (...), « il s'en est passé, des choses ».

9 - non, parce que ça se voit ; oh, ça m'est arrivé avec certains ; ils reviennent ; y a 20 à 30% qui ont fait le tour de tous les médecins.

10 - ça a peut-être dû arriver, mais c'est rare, très rare ; j'ai envie de dire non.

12 - bien sûr, oui ; y en a même qui, à la suite de ce type de conversation, préfèrent continuer à être suivis par moi, même après avoir quitté l'endroit où j'étais auparavant ; mais j'essaie toujours de garder une certaine distance, pour ne pas être trop intime. A ce moment-là on perd un petit peu d'autorité, un peu d'impact sur le malade.

13 - non.

15 - non ; à part des cas extrêmement ponctuels ; j'essaie qu'il y ait pas d'empiètement sur la vie professionnelle de la vie perso.

16 - oui, c'est arrivé ; quand les gens souffrent sur le plan psychologique, c'est pas toujours facile de les aider, c'est pas toujours facile de les orienter.

17 - oui, ça m'arrive de dire que j'ai l'impression que la personne a mal compris ce que je voulais dire et il m'arrive aussi de dire que la personne n'a pas compris ce que je voulais dire, ou ne le voulait pas. Il m'arrive de dire à certaines personnes que c'est pas la peine qu'ils essaient de me revoir si c'est est pour rester dans les mêmes discours.

18 – je pense pas que ça me soit arrivé ; je me souviens pas avoir discuté de ça ; mais c'est vrai qu'il y a des gens qui ont été pour moi tout de suite antipathiques, et je ne fais vraiment aucun effort pour les revoir ; il faut que le malade m'accepte, comme moi j'accepte le patient, mais quand il y a trop de tension, c'est difficile ; j'aurais du mal à avoir une relation.

19 – pas vraiment de la relation ; y a des gens des fois qui me disent « ah, depuis le temps qu'on se connaît ... » ; ça a dû arriver, quelquefois ; mais parler de la relation elle-même, non pas vraiment.

20 – y a certains patients, des fois, parce qu'il s'est passé un truc x ou y, ils veulent remettre en cause la relation ; c'est souvent des gens qui ont été entre guillemets « déçus », c'est un bien grand mot ... ; malheureusement, souvent, pour leur expliquer ça, on perd un peu trop de temps pour justifier un truc ou théoriquement, on n'a pas à se justifier ; je trouve que les gens ils demandent beaucoup plus que ce qu'ils devraient demander.

21 – oui, bien sûr ; ça m'arrive ; tout dépend de ce qu'on met dans le mot relation ; j'annonce d'emblée chez les nouveaux patients que je vois, la manière dont je vois les choses ; j'essaie de mettre le mode de fonctionnement, les règles du jeu ; des fois je le fais pas d'emblée, et c'est peut-être un tord, d'ailleurs, je laisse s'installer des fois des mauvaises habitudes, et au bout d'un moment ... j'essaie de réexpliquer, une fois, deux fois, trois fois, et c'est vrai qu'après je m'énerve ; j'ai l'impression que je m'énerve un peu plus souvent ; on peut aborder aussi la relation ... pas forcément en terme de difficultés, mais ça c'est plus quand je suis confronté à des patients qui ont des maladies graves (...) des maladies qui vont évoluer de façon défavorable, où là on va entrer plus dans la relation en disant « là, qu'est-ce que vous voulez, qu'est-ce que vous cherchez, qu'est-ce que vous espérez ? » ; là, il faut un certain temps de confiance, là, c'est un signe de confiance ; mais on peut pas aborder tous ces problèmes-là en médecine traditionnelle.

22 – non, rarement ; ou il est content et il vient, ou il n'est pas content et il ne vient plus.

23 – pas souvent, non.

24 - Oui, bien sûr ! J'ai des malades que je soigne depuis vingt-trois ou vingt-quatre ans, heu, alors, tous les premiers malades que j'ai encore, et j'en ai plein, je dis « vous vous rendez compte, depuis le temps que ..., la petite elle a grandi » ; il est évident que quelqu'un que je connais pas, et que j'ai vu trois fois, je vais pas avoir la même relation que quelqu'un qui m'a confié sa vie depuis tant de temps ; on a des relations différentes. Qui ont évolué ; après en grandissant, ben ils nous serrent la main. On les tutoie. On les tutoie longtemps.

25 - non, je pense pas ; ça reste très professionnel, au niveau de ... de la relation et du suivi, heu ... là non, là je pense que je prend la décision et je lui dit ... ce que je propose, et en fait ... y a pas dans l'autre sens de ... de modification de ma position. J'ai une position assez ... assez fixe, assez déterminée par moi, et après, heu ... soit ça lui convient, soit ça lui convient pas, ce que je respecte tout à fait, mais ... je pense que je peux être amenée là aussi à reconsidérer ma position du fait de l'évolution de sa pathologie, ou de la façon dont la personne est, mais heu ... je ne lui laisserais pas en fait, entendre que heu ... c'est parce que il m'a dit ci, ou c'est parce que elle a eu ça, que je vais changer. Ça restera heu ... de mon point de vue à moi.

26 – non.

6) Que vous inspire l'expression de « juste distance » dans la relation médecin-patient ?

1 - je pense qu'on la fait intuitivement ; elle varie énormément. Avec certains patients, mais même avec un patient, d'une consultation à l'autre. Il y a des consultations où on a l'impression de s'approcher du patient, presque ... à quelque chose qui nous oblige un petit peu à faire marche arrière ; à ce moment-là il a fallu, pour apporter l'aide nécessaire au patient, avoir une compassion extrêmement forte ; peut-être des fois, on souffre avec lui. Mais il faut vite après reprendre un peu la distance ; je pense qu'on le fait naturellement, mais dans certains cas il peut nous arriver de ... d'avoir une variabilité.

2 - respect mutuel ; un respect de ma part, de la personne à part entière, et un respect de sa part de ma position, du travail que j'essaie de faire ; La juste distance c'est une notion de respect ; je comprend que les patients nous demandent de faire notre métier de base ; je demande aussi ... d'avoir le contraire, aussi, d'avoir un respect mutuel.

3 - il faut retourner à notre place. Le patient ça reste le patient. Pas l'ami. C'est pas un client. C'est le respect, je crois. Le respect qu'on doit ... qu'on doit recevoir aussi. Mais surtout qu'on doit donner. Le bureau ! Le bureau

ça crée la distance ; une fois qu'on passe à côté dans la salle d'examen la distance est complètement annulée et y a même le contact physique, parce qu'on prend la tension, on examine, donc on peut dire que cette distance est annulée mais ça reste avec le respect ; sauf quelques copains, mais tous les patients, je les vouvoie. Donc ça c'est une forme de distance ; je vois le respect comme un rapport professionnel.

4 - faut pas croire non plus que c'est le service ; il y a une demande qu'est pas forcément justifiée ; y a quand même un certain nombre de règles à respecter ; chaque chose doit être à sa place, et si c'est pas ça, je pense pas non plus que le malade soit très à l'aise je sais pas si c'est lié à la période, mais c'est une espèce d'angoisse des gens qui augmente et auxquels il faut répondre en permanence.

5 - la juste distance, c'est ... la distance nécessaire pour ne pas être ... ni trop ami, ni trop distant ; le patient doit se sentir à l'aise. S'il se sent à l'aise, il a plus de confiance, il peut plus se confier. Donc mieux il sera traité car s'il n'a pas une confiance correcte vis-à-vis de son médecin, il va pas prendre ses médicaments. Donc si le patient arrive avec confiance, il m'explique ce qu'il a et moi j'essaye au mieux de le traiter parce qu'il va m'écouter ... correctement. Voilà, donc la juste distance pour moi c'est ça. C'est la confiance.

6 - je leur apporte un acte technique ; mon engagement, c'est de leur apporter un acte technique, qui soit le plus efficace.

7 - purement médicale, y en a pas, parce que je crois qu'il faut se toucher avec un patient ; l'aider à les faire naturellement sans ambiguïté ; c'est un peu intuitif, je sais pas si je l'ai appris ; c'est assez naturel.

8 - très difficile ; on peut pas non plus s'investir dans tous les problèmes des gens ; il faut quand même une certaine distance ; mon numéro de téléphone, je l'ai jamais donné, même à quelqu'un qui était très mal ; ça c'est un petit truc qui m'a toujours gênée, c'est-à-dire que des patients en fin de vie, j'aimerais leur donner mon numéro pour qu'ils m'appellent, pour être là, et je ne le fait pas parce que j'ai ... je vois ce qui se passe, ne serait-ce qu'avec mes voisins (...) je trouve que les gens ils rentrent vite ... ils essaient vite de rentrer dans votre vie ; leur vie, je la connais, à mes amis, mais je veux pas tout connaître, je trouve que ça fausse un petit peu la relation, tandis qu'un malade, on connaît beaucoup plus de choses ; me faire payer pour cet acte, pour moi, c'est déjà une distance ; on me paye, c'est mon travail, c'est pas ma vie ; la distance, pour moi, c'est que ça va pas bousiller ma vie, et entrer dans ma vie.

9 - moi, je ne parle pas de ma vie privée ; je parle des choses qui n'ont pas d'importance ; eux ils m'en parlent, mais ce n'est pas pareil.

10 - quelque chose de certainement positif ; il faut une distance, il faut qu'elle existe de façon réelle pour qu'on puisse se comprendre, pour qu'on puisse agir ; de la fusion, il n'y a rien de bon ; recul, différences ; plus on est indépendant et plus on est à même d'avoir une relation justifiée par cette présence médicale.

11 - il faut arriver à la faire, cette juste distance ; c'est plus facile à dire qu'à faire ; le principal, c'est qu'il y ait une bonne relation de confiance ; y a de tout dans la relation médecin-malade, il faut essayer de garder la distance.

12 - il faut être le confident, il faut pas être l'ami. Il faut qu'on puisse avoir les mains libres pour qu'on puisse porter un jugement correct, qui soit pas emprunt d'une certaine partialité, donc dans l'intérêt du malade, il faut effectivement une juste distance dans nos relations ; sauf si vraiment ce sont des feelings puissants ; il faut pas être non plus le bon copain ; sinon on ne peut plus avoir le même pacte.

13 - je crois que c'est le fait de garder chacun sa ... de garder chacun son ... espace de liberté ; si on se laisse manger, c'est fini aussi ; tant qu'on a des rapports médecin-malade qui sont pas trop familiers, justement, je crois qu'on soigne mieux les gens, alors que quand ils sont trop proches. Toute façon, déjà, il faut pas soigner sa famille.

15 - c'est une question très difficile à laquelle on ne peut pas répondre ; elle est variable suivant les individus ; c'est à moi de mettre la juste distance ; les gens ont besoin de cette table entre vous ... ; la juste distance c'est quelque chose de très très très très très personnel entre chaque individu.

16 - la juste distance, c'est de savoir ce que nous on met comme distance entre le patient et nous, pour que la relation devienne pas une relation affective pure ; il faut ni être trop loin, pour qu'il y ait pas de risque que le malade vous écoute pas (...), et puis ne pas être trop près non plus pour ne pas rendre la relation trop affective et

que l'objectivité thérapeutique soit entachée ; d'un autre côté, il est quand même nécessaire d'envoyer une certaine affectivité (...) auprès du malade, parce qu'il y a pas que l'aspect organique, l'effet placebo, ça marche très bien, l'effet médecin marche très bien aussi ; c'est pas par cas ; y a un paquet de gens qui viennent, c'est évident que je suis le médecin-remède.

17 – qu'est-ce que ça m'inspire ? Si vous voulez, dans ma relation avec les patients, il n'y a de ... je n'ai pas de règle.

18 – j'ai pas les mêmes relations avec certains patients qu'avec d'autres ; y a des façons d'aborder les gens en fonction de leur caractère quand on les connaît ; mais y a pas de gros écarts ; c'est pas évident.

19 – j'aime bien ça : faut pas que ce soit trop proche, pas trop éloigné non plus ; je leur fait comprendre que ... on va pas s'engager comme ça ... chacun garde sa distance ; les gens qui sont distants (...) avec le temps, on essaye d'arranger les choses. C'est moins un problème que les gens qui veulent trop s'immiscer ; pour un même patient, ça peut changer ; quelquefois c'est peut-être moi aussi qui veut trop ... être trop proche, que ça leur plaît pas ; y a des deux côtés.

20 – dans la vie, il faut pas se faire marcher sur les pieds ; il faut essayer d'abolir la distance, mais il faut qu'il en ai, comme je disais tout à l'heure, un minimum.

21 – c'est la péniche et le quai ; mais avec certains je suis au bord du quai, et avec d'autres je suis plus loin du quai. Ça m'est même arrivé de sauter sur le bateau. C'est dur. C'est dur, mais ça fait du bien, aussi, des fois ; la distance, elle est pas la même chez tous les patients, elle est variable ; la distance elle varie chez un même patient (...) un moment par rapport à un autre ; la juste distance, c'est la distance nécessaire et suffisante.

22 – c'est toujours cette relation amicale et proche, tout en gardant une certaine limite ; c'est l'expérience, ça s'acquiert.

23 – je sais pas ; pour moi, c'est de la théorie ; ou alors ça veut dire que dans ces cas-là on tombe ... on tombe dans le harcèlement. C'est une question d'attitude ; à partir du moment où vous avez ... où vous vous présentez à un professionnel ... et que vous annoncez ce que vous voulez faire, et pourquoi vous voulez le faire ... y aucun problème ; dès le début de la consultation, je pense ... les gens qui viennent consulter demandent à être examinés ; si on les fait participer, y a aucun problème ; la distance, pour moi, ça veut rien dire : ça se fait naturellement ou ça se fait pas ; ça peut être choquant ... si on fait les choses sans le dire.

24 - y a forcément un juste milieu, un ... un ... une ligne à ne pas franchir ... ; on va parler d'interdit, quelque part ; faut faire attention, et faut pas transgresser certaines normes. On est là pour soigner les gens, on est là pour les aider, heu ... on n'est pas là pour leur montrer le mauvais côté éventuel de l'être humain ; faut savoir s'adapter à chacun ; sont prêts à l'écoute, quand c'est quelqu'un en qui ils ont confiance.

25 - il faut trouver à chaque fois le ... la position, ça peut ne jamais être la même, ou ça peut être quelque chose de similaire ; des fois on va plus près, des fois on se dit « là, terrain dangereux, j'irai pas sur ce terrain-là » ; il faut toujours trouver une juste distance et c'est pas toujours facile ; c'est toujours à réévaluer, même si on ... la détermine, il faut quand même s'assurer qu'elle soit bien ... qu'elle soit bien respectée. Donc il faut parler. Le dialogue aide beaucoup.

26 – moi, l'essentiel, c'est le respect ; qu'ils me respectent, qu'ils considèrent qu'il y a un médecin ici ; parfois je suis obligé de la construire, parfois elle est spontanée ; ça varie d'un patient à l'autre ; les caractères sont différents.

7) En terme de relation patient-médecin, quel bilan pouvez-vous faire relativement à l'inclusion dans le réseau ?

1 - mon inclusion à moi, personnelle, dans le réseau, est bénéfique. Parce que d'abord, je suis pour que les médecins qui sont extrêmement isolés dans leur activité quotidienne se retrouvent, se réunissent ; la deuxième chose, c'est la formation. La formation dans le sens de la prévention du réseau ASDES ; c'est fondamental, qu'on ait des réunions où on puisse exprimer, discuter, et analyser ce que représente l'équipe médicale, et puis surtout, ses mutations ; les formations sur la prévention me paraissent importantes. Les discussions sur l'éthique médicale me paraît importante, l'évolution du dossier médical partagé me paraît essentiel ;

Est-ce que vous avez l'impression que ces bénéfices que vous tirez du réseau interviennent dans vos relations...

Directement dans ma pratique quotidienne. Dans ma pratique quotidienne, oui oui tout à fait ; dans mon rapport au patient, je pense que je suis comme je suis, et que, ... voilà, peut-être que ça fera jouer mais je le sentirai pas. Par contre, par exemple lorsque le réseau attire notre attention sur les femmes battues, bon ben on va être beaucoup plus sensibilisés au sujet, et donc on va être amené plus facilement à poser des questions quand on en sent l'intérêt, alors qu'on l'aurait peut-être pas fait auparavant ; je pose les questions ; donc il y a forcément une modification dans mon comportement quotidien dans mon activité. Grâce au réseau.

2 - c'est une source d'échanges donc ça c'est toujours très positif, une source de formation aussi ; le réseau porte l'idée que le patient soit maître de son dossier, ça je trouve ça très bien ; Les gens doivent être traités en adultes, responsabilisés en adulte et on doit leur donner leurs papiers, leurs dossiers, donc ça c'est un aspect sur lequel je me reconnais dans le réseau ; y a des choses sur lesquelles je suis pas encore convaincu, je dis pas qu'un jour je le serai pas. Ça dépend aussi comment la médecine évolue.

3 - c'est trop tôt, trop tôt ; j'ai pas eu de recul, j'ai pas eu de retour à un an donc ... ; certains patients ils sont tout à fait contents parce que on a fait une mise à jour de leurs vaccins, de leur pathologie, on a découvert pas mal de choses, donc ... Mais sincèrement, ils ont déjà oublié qu'on a fait tout ça. Ce qui les intéresse c'est rentrer ici parce qu'il y aura un problème ;

Et au niveau des formations qui sont organisées au niveau de ASDES est-ce que vous ressentez des bénéfices ?

Ah oui ! Ah pour moi c'est la chose la plus intéressante. C'est plus intéressant même que ... c'est plus intéressant de faire les réunions d'ASDES que formuler ... formuler le dossier ; des petites choses qui me fait avancer dans ma pratique au quotidien ; c'est une mise à jour, c'est une formation continue. Et en plus avec un vrai débat. J'ai appris plein de choses ;

Et vous pensez que ça influence les relations que vous avez avec les patients ...

Oui, oui, avec les patients, avec les confrères ... avec moi-même ... Simplement c'est positif.

4 - j'ai pas assez d'expérience, je dirais, d'inclusion dans le réseau ... pour penser vraiment quelque chose ;

Est-ce que la structure du réseau [ASDES ou un autre] apporte quelque chose à la relation médecin-malade ?

je crois que c'est important pour le malade de savoir où on l'envoie. C'est-à-dire que, si il sait que là où vous allez l'adresser, vous connaissez, il se sent en confiance ; le réseau de soins c'est important pour le malade parce qu'il est accompagné, il y a la notion d'accompagnement de ce réseau, avec une prise en charge multidisciplinaire ; c'est bien que les gens se connaissent entre eux et qu'on sache où on va. Dans ce sens-là, je crois que c'est très important. De savoir si c'est plus facile dans le cadre de réseaux créés, je crois que la réponse est oui et non, elle est plus facile parce qu'on a plus de choses sous la main, parfois des choses qu'on n'avait pas. Heu ... mais on a parfois un petit côté artificiel qui persiste.

5 - ben rien, c'est pareil, un patient qui est inclus ou un patient qui n'est pas inclus c'est pareil. Je vois pas la différence. Il faut pas agir de deux manières ; au niveau des patients, ça change rien. J'espère ! Non ça change rien. Ça change rien relationnellement entre moi et mes patients. Le réseau ASDES ça change rien.

6 - j'attends ; j'essaie de pas être paternaliste ; je suis pas paternaliste, j'espère.

7 - ça m'a rien apporté dans la relation avec le patient ; l'idée du réseau (...) ne m'a pas convaincu d'une amélioration quelconque dans la relation ; il a structuré mon raisonnement ; j'étais un peu moins dans le social (...) mais parce qu'ici, j'étais gâté ; il me bouffe du temps, simplement, et il me pose un problème de saisie ; j'ai l'impression d'avoir perdu le contrôle ; on a l'impression qu'il faut répondre à un cahier des charges : je crois qu'il faut qu'on nous évalue, il faut nous évaluer en permanence.

8 - pour moi, l'inclusion dans le réseau ça peut être un service que je leur rends ; quelque chose de positif pour le malade ; je ne me forcerai pas à envoyer un malade à tel médecin si je vois que ce médecin ne correspond pas du tout au malade ; je prend le réseau comme un plus pour le malade ; ça peut apporter beaucoup au malade ; c'est bien de pouvoir leur répondre, d'être cohérent dans ce qu'on leur dit ; y a une relation médecin-médecin qui est quand même importante, et ça je trouve ça très agréable ; on est avec des gens qui sont disponibles.

9 - j'ai pas changé de relation ; je les ai aidés ; mais ça n'a pas changé ;

Et des patients à votre égard ?

Si, ils sont toujours un peu reconnaissants ; mais ça ne change rien ; ici, les gens sont très simples.

11 - franchement, dans le réseau, ça m'a rien apporté du tout ; au niveau de la prévention, c'est des trucs qu'on faisait déjà depuis des années ; au niveau des patients eux-mêmes, ils sont pas tellement branchés ; je pense que

ça aurait pas du tout été la même chose si le réseau avait été basé à Mourier, par exemple ; beaucoup de gens prennent encore l'hôpital de Nanterre pour un hôpital de fous ;

Au niveau de la formation continue que le réseau organise, est-ce que vous avez l'impression que ça vous apporte quelque chose ?

Certainement, ça m'a apporté quelque chose, mais pas beaucoup ; ça m'a rafraîchi certains points, mais sur la relation elle-même, non ; ça n'a pas changé ma pratique.

12 – je crois que dans la mesure où on explique bien et où on prend le temps d'expliquer, on a une meilleure adhérence du patient au niveau du réseau ; j'ai l'impression qu'ils ne savent pas toute la portée de ce réseau et des bienfaits que ça peut leur apporter ; y a encore toute une ... éducation, en quelque sorte, encore à faire.

13 - il y en a que j'ai pas revus, il y en a qui sont partis, ceux que j'ai revus, bon, ça n'a pas apporté grand-chose de plus, sauf si, les rapports positifs, c'est que les vaccinations, tout ça ça a été fait, c'est bien ; je crois que ça n'a pas changé, non. Non, c'est un outil, le réseau, c'est un outil de travail, ça n'est rien d'autre.

15 – c'est un petit peu mon souci avec ce réseau (...) : quand vous créez un dossier en informatique, on insiste beaucoup sur la notion de dossier partagé entre médecins (...), alors que dans le dossier papier, on insiste essentiellement sur la médecine préventive ; là, y a une ambiguïté qu'il faut qu'on lève : est-ce que le réseau a pour vocation de créer une médecine partagée ; ou est-ce que c'est simplement améliorer son propre état de santé ponctuellement, et donc faire un bilan à temps zéro ? ; une fois que le dossier a été fait et que les gens ont été ficelés dedans, ... c'est fini ; les deux peuvent être intéressantes ;

Et au niveau de la formation ...

Ça apporte beaucoup dans trois domaines différents : l'information brute qui est délivrée ; elle est faite dans un domaine de reconnaissance de cette formation, dans la mesure où on est rémunérés pour assister à cette séance ; ensuite, c'est la possibilité de se rencontrer entre confrères ; troisième temps qui est hyper important, c'est d'arriver à casse cette dichotomie médecine de ville - hôpital qui est difficile à briser, qui est auto-entretenu ;

Pour en revenir à la formation, est-ce que vous avez l'impression que ça vous apporte quelque chose dans la prise en charge de vos patients ?

Ah, oui, bien sûr ; surtout quand on aborde des domaines que, dans le cadre de nos études, on a zappé.

16 – y a des choses à améliorer, surtout dans la gestion du dossier réseau ; moi, je m'en sers plus comme d'un outil que dans le but d'améliorer la relation médecin-patient ; l'interrogatoire, il est fait pareil ; ça change pas grand-chose ; c'est un plus ; y a pas de changement ; pour eux, je sais pas, il faudrait leur poser la question, mais pour moi, je pense pas ; leur satisfaction, elle vient plus de la personne qui les a pris en charge, qui les a reçus, que le fait qu'ils soient dans le réseau ; on ne peut pas prédestiner de la relation qui va s'établir entre le malade et vous ; la relation médecin-malade, c'est une distance aussi, ça vient pas du jour au lendemain.

17 – Je ne vois vraiment pas ce que vous voulez dire. Ça veut dire tellement de choses. Il peut y avoir deux solutions : y a des patients qui sont, sans en avoir forcément conscience, très gros consommateurs d'énergie, et des gens qui n'ont généralement pas confiance et il n'ont pas forcément de la reconnaissance, même pour un traitement sur de longues années. Peut-être ... pour moi, quand j'ai inclus un patient dans le réseau ASDES, c'était pas « bon débarras », c'était que quelqu'un puisse prendre en charge aussi bien l'habilitation à la langue française, qu'aux mœurs françaises, que la santé à la française, donc ça je peux pas faire ça dans mon cabinet. Sinon, dans d'autres réseaux qui sont plutôt dans ma spécialité d'ORL, d'audiophonologie, de prise en charge de cancérologie, etc., c'est-à-dire qu'il va y avoir dans ce réseau la compétence globale que je ne peux pas assumer seul. Parce que qu'on le veuille ou non, qu'il soit formalisé ou pas, on est en réseau. Enfin à mon avis, je crains – c'est pas une crainte dangereuse – mais je souhaiterais plutôt que les gens qui font de l'analyse, de la psychanalyse, de la sociologie, de la psychologie, soient eux aussi en réseau. Parce que seuls, je vois pas très bien à quoi ça ... à quoi ça correspond.

18 – non, moi j'ai pas l'impression que ça ait changé grand-chose dans la relation ; si, ils sont contents (...) qu'on se soit occupé d'eux ; la plupart des patients que j'ai inclus, c'étaient des patients que je connaissais déjà depuis pas mal de temps, c'est peut-être pour ça ; un patient qui arrive, je l'ai pas inclus ;

De la part des patients, est-ce que vous avez eu un retour sur la prise en charge ...

Oui ; c'est plutôt positif.

19 – c'est valable pour les gens que j'ai inclus et pour les gens que j'ai pas inclus ; je suis peut-être plus à l'écoute de choses qu'ils voudraient me dire, plus qu'avant ; que ça soit médical ou des problèmes sociaux.

20 – ça améliore la relation médecin-patient, parce qu'ils ont l'impression qu'on s'occupe mieux d'eux. C'est la vérité, on s'en occupe un peu mieux parce qu'on a certains points sur lesquels on fait des petits bilans ; mais en-dehors du réseau, je fais de la même façon ; le cadre du réseau et tout ce qu'il peut y avoir autour du réseau donne une certaine assurance ; dans le réseau, y a que des avantages pour le patient.

21 – le réseau, ça reste quand même l'institution ; y a des relations soignant-soigné ; et on va tisser des relations entre nous ; l'essentiel, c'est que le patient soit pas embrigadé ; on a créé quelque chose qui devrait exister de façon naturelle, c'est ça le problème, c'est ça qui me gêne.

22 – très bien, très bon bilan ; positif ; aide, surtout paramédicale et sociale ; c'est une bonne expérience ; ça stimule sur certaines choses, les sujets un peu tabou ; c'est très important, surtout dans ce coin.

23 – ça change rien ; qu'ils acceptent ou qu'ils acceptent pas, ça change pas la relation ; c'est vrai qu'encore une fois, poser certaines questions délicates ... ; j'ai développé ça, mais bon ...

24 - ça a changé essentiellement ma relation dans le meilleur suivi (...) et aller vraiment dans un système de prévention. En fait leur préparer leur avenir. Parce que la médecine de soins c'est bien, c'est ce qu'on a fait pendant ... toutes les dernières années de la médecine, et que maintenant, on va quand même s'orienter de plus en plus vers une médecine de prévention ; c'est un bon outil de préparation. Pour nous comme pour eux. De par le nombre, de par le dossier, de par les discussions qu'on a entre nous ; le réseau, me permet d'aller plus loin ... dans ma démarche de soins. Et éventuellement, d'aller plus loin dans ma réflexion.

25 - y a des questions sociales. Qu'on pose pas forcément, ou même pratiquement jamais. Donc ça permet de ... rentrer un petit peu plus dans le ... le mode de vie des gens ; ça c'est un plus par rapport au réseau ; au niveau de la relation proprement dit, là après non, peut-être une satisfaction personnelle de se dire « ben, voilà, pour tous ces gens j'ai vraiment été ... beaucoup plus loin que j'aurais pu aller et j'espère que j'aurai encore la ténacité pour arriver à faire progresser mon ... tous » ; j'essaie que ça présente pas de différence parce que je vois p... ça serait une inégalité, pour moi, de me dire que j'ai une relation privilégiée avec les gens dans le réseau, et av... ceux qui ne le sont pas ; je pense que c'est un plus. J'aimerais bien leur donner tous, mais je pense que ça ... ne dévalorise pas les ... ceux qui ne sont pas dans le réseau. Pas encore ; ça me paraît être encore une fois très enrichissant pour tout ce qu'on fait de ... en groupe ; on pose des questions.

26 – très bonnes relations ; pas de soucis ; dommage qu'il y ait pas de suivi ; surtout pour les patients qui avaient des problèmes sociaux au départ ; très bonne relation ; je les aide, il y a les actes gratuits ; ils restent ; c'est cosmopolite, ici.

III – Analyse

(Pour plus de commodité, les questions pourront être désignées par le numéro de la partie dans laquelle elles se trouvent (I, II ou III), associé au numéro de la question (1 à 7)).

La relation habituelle :

Question 1 :

Sept thèmes ont été retenus parmi les réponses apportées par les personnes interrogées pour la première question. Le tableau 1 donne un aperçu de ces thèmes. Les croix indiquent que le thème a été mentionné dans la réponse.

Le premier thème retenu s'apparente à une tentative de proximité de la part du médecin envers son patient, qui se caractérise par des attitudes définies par « la compassion », « l'écoute », « la convivialité ».

Le second thème est une recherche d'efficacité technique, de priorité donnée au soin : les médecins qualifient alors leur attitude de « professionnelle », ils cherchent l'efficacité, se définissent comme des « techniciens ».

Un autre thème qui ressort correspond à une attitude analytique, qui cherche à comprendre le patient non seulement dans ce qu'il donne à voir, mais aussi dans ce qu'il cache : « leur plainte (...) cache souvent quelque chose », ils cherchent à « situer » le patient, à « connaître leur vision du monde ».

Un certain nombre de réponses mettent plutôt l'accent sur une attitude d'adaptation au patient et à ce qu'il demande : « on est confident, psychologue, et médecin en même temps », on cherche à donner le conseil « le plus adapté », l'attitude vis-à-vis du patient se fait « au feeling ».

D'autres personnes ont souligné l'aspect moral de leur attitude face aux malades : ils la définissent comme « consciencieuse », ils disent agir avec « un maximum de conscience ».

Un autre aspect de l'attitude médicale telle que certains la définissent se rapporte au social : certaines personnes disent faire « beaucoup de social », et toujours essayer « d'élargir ».

Enfin, un médecin a défini son attitude par une négation, c'est-à-dire en précisant ce qu'il n'était pas (ou ne voulait pas être).

Les deux caractéristiques principales que l'on peut donc retenir concernant l'attitude à l'égard d'un patient sont la tentative de proximité qui s'élabore, et l'adaptation aux besoins et à la personnalité du patient : respectivement 64% et 56% des réponses obtenues font état de ces types d'attitudes. Parmi ceux qui définissent leur attitude par une tentative de proximité, une majorité en font la ou l'une des caractéristique(s) principale(s) de leur attitude. Ceux qui définissent leur attitude par une adaptation au patient, en font aussi, pour la plupart, la ou l'une des caractéristique(s) principale(s) de leur attitude.

12% des personnes interrogées se définissent plutôt sur le plan de l'efficacité technique ; il est remarquable de constater que toutes ces personnes accordent une importance accrue à cette attitude « professionnelle ».

24% des personnes interrogées insistent sur leur attitude analytique à l'égard du patient ; la moitié d'entre elles lui confèrent une importance plus marquée. Notons que sur les trois personnes concernées par cette importance de l'analyse, deux d'entre elles sont des médecins spécialistes, un homme et une femme.

Les autres thèmes sont nettement moins représentés dans les réponses, toutefois, il faut souligner que pour deux des personnes interrogées, l'aspect moral et l'aspect social constituent l'essentiel de leur attitude.

Spontanément, les personnes interrogées associent attitude et comportement : leur définition de l'attitude se rapproche de ce que, à l'instar d'Alain Touraine, nous avons nommé pôle cognitif, c'est-à-dire un aspect de l'attitude appelé par la situation à laquelle la personne se trouve confrontée. L'expression « à l'égard du patient » mentionnée dans la question est probablement à l'origine de ce type de réponse. Seul l'aspect moral de l'attitude, souligné à deux reprises, échappe peut-être à ce pôle cognitif, dans la mesure où il paraît plus tourné vers l'individu agissant que vers le patient lui-même.

	Tentative de proximité	Technicité/Efficacité	Analyse	Adaptation	Aspect moral	Aspect social	Ce que le médecin n'est pas
1	x	x	x	x			
2	x	x					
3				x	x		
4	x		x				
5				x			
6			x				
7	x			x			
8	x			x			
9						x	
10	x						
11	x			x			
12	x						
13				x			
14			x				x
15	x			x	x		
16	x		x	x			
18				x			
19	x			x			
20	x						
21				x			
22	x						
23	x		x	x			
24	x			x			
25		x					
26	x						
Statistiques	64%	12%	24%	56%	8%	8%	4%

Question 2 :

Dix entrées ont été retenues pour représenter les réponses à la seconde question, et apparaissent dans le tableau 2. Les thèmes sont les suivants :

Peu ou pas de difficultés.

Problèmes de compliance ou de compréhension de la part du patient : « on est surpris parce qu'on pensait avoir bien expliqué », « j'essaie de me rendre compte s'ils me comprennent ».

Problèmes relationnels avec certains patients : « on a aussi nos antipathies », « ils sont très exigeants », « y a des patients qui se font un peu agressifs ».

Patients assistés, ou qui cherchent à l'être : « lorsqu'ils veulent être vraiment assistés, c'est très embêtant », « si on prend pas un peu par la main ... ».

Difficultés relatives à l'argent : « j'ai du mal à demander ... des honoraires ».

Problèmes de temps : « je suis parfois contraint, avec ces problèmes d'horaires, d'accélérer », « gérer le temps ».

La mort : « y a l'aspect ... chez un médecin, « docteur est-ce que je vais mourir ? » ».

Le mutisme de certains patients ou les tabous : « c'est justement quand ils veulent pas parler », « y a des sujets tabous, qu'il est difficile d'aborder ».

Les patients qui sont trop « longs », qui s'étendent trop lors des consultations : « la difficulté, c'est quand les gens ont un discours fleuve ».

La barrière de la langue.

Les statistiques relatives à l'absence de difficultés ont été calculées pour 24 réponses. Les autres thèmes ont été calculés pour 20 réponses, cinq personnes ayant estimé ne pas avoir de difficultés ; l'une d'entre elle demeure cependant dans les statistiques (M6) car elle a dit ne pas avoir de difficultés mais en a quand même mentionné.

Les difficultés majeures qui apparaissent ici sont donc relatives d'une part au relationnel avec le patient (60% des personnes qui estiment rencontrer des difficultés), et d'autre part à la compliance ou à la compréhension du patient (45% des personnes qui estiment rencontrer des difficultés).

Parmi les personnes qui estiment avoir des difficultés relationnelles avec certains patients, un quart d'entre elles considèrent ces difficultés comme principales. Parmi les personnes qui estiment rencontrer des problèmes de compliance ou de compréhension avec certains patients, plus d'une personne sur cinq considèrent ces difficultés comme principales.

Les difficultés liées au temps arrivent en troisième position dans les réponses, 15% des personnes interrogées les ayant évoquées, de même que la barrière de la langue.

Si les autres thèmes reviennent moins fréquemment dans les réponses, en revanche, ils représentent pour la plupart de ces personnes interrogées les difficultés principales auxquelles celles-ci s'estiment confrontées.

L'accent est donc mis ici sur les difficultés intrinsèques de communication entre patients et médecins, autrement dit, sur des difficultés qui relèvent essentiellement des individus mis en présence lors de la consultation. Les éléments externes, tels que le temps ou l'argent, par exemple, sont beaucoup moins représentés. Ces éléments seront repris dans l'analyse de la troisième partie.

	Peu/pas de difficultés	Compliance / Compréhension	Relationnel	Patients assistés	Argent	Temps	Mort	Mutisme / Tabou	Patients trop longs	Langue
1	x									
2	x	x	x			x	x			
3			x							
4		x	x							
5				x						
6	x	x	x							
7	x									
8			x		x					
9	x									
10						x				
11								x		
12			x					x		
13			x							
14			x							
15					x					
16									x	
18		x								x
19			x							
20		x	x							
21		x	x			x				
22										x
23		x	x	x						x
24		x								
25		x								
Statistiques	20,8%	45%	60%	10%	10%	15%	5%	10%	5%	15%

Question 3a et b :

Les questions 3a et 3b ont ici été regroupées, les réponses données à ces deux questions se complétant chez la plupart des personnes interrogées.

Les données ont été classifiées selon qu'on a répondu à la question par oui, par non, ou par une supposition ou une indétermination. Puis cinq thèmes ont été retenus :

- La distance, le recul, la neutralité : « prendre du recul sur mon vécu », « me mettre dans cette situation de distance », « j'essaie de rester neutre ».

- Une meilleure compréhension du patient : « je comprend l'attitude du patient », « j'essaie toujours de me mettre à la place de mon patient », « je sais la réaction, et même je l'anticipe ».

- Une aide personnelle, un moyen de relativiser les événements de sa propre vie : « ça m'aide », ça « nous permet (...) dans notre vie personnelle de relativiser énormément de choses », « il faut peut-être que je fasse un peu plus attention à certaines choses qui pourraient se passer chez moi ».

- Un risque induit par un tel ressenti, comme une identification au patient, ou qui se conclurait par l'envoi du patient vers un confrère : « pas gérer seul ça, prendre des conseils à l'extérieur », « ne pas interpréter les gens en fonction de ce que ... soi on a vécu ».

- Le recours à un psychiatre ou à une psychothérapie : « un psychiatre qui me sert de référence », « j'ai suivi une psychothérapie pour pouvoir gérer la relation patient-médecin ».

57,7% des personnes interrogées affirment qu'elles ont déjà subi un sentiment en lien avec des représentations personnelles ; 19,2% affirment le contraire ; 23% avouent ne pas se souvenir, mais n'en excluent pas la possibilité.

47,6% des personnes interrogées estiment qu'elles en retirent une meilleure compréhension du patient.

Parmi les personnes ayant répondu affirmativement à la question, et celles ayant émis une réserve, 42,8% considèrent qu'elles prennent de la distance ou tentent de rester neutres par rapport à une telle situation ; M12 ne considère pas avoir été confronté à une telle situation, et explique ceci par l'attitude « beaucoup plus ... « cool » » que ses expériences personnelles lui ont permis d'adopter ; ce résultat apparaît dans le tableau mais n'est pas comptabilisé dans les statistiques.

Le bénéfice personnel qui en résulte, et la mise en avant des risques potentiels engendrés par une telle situation, sont évoqués respectivement par 14,2% des personnes interrogées.

9,5% des personnes interrogées ont eu recours à un psychiatre pour gérer cette situation.

Les deux attitudes les plus mises en avant relèvent de ce que l'on a noté précédemment, c'est-à-dire de l'attitude classique que l'on peut attendre du médecin, une attitude « professionnelle », qui cherche à traiter au mieux le patient, tout en gardant une certaine distance, une certaine autonomie. Mais les notions de bénéfice personnel et de risques potentiels consécutifs à ces situations ne sont pourtant pas négligeables : elles sont, là encore, plus tournées vers le médecin lui-même que vers le patient, ou vers l'aspect professionnel de la situation évoquée.

	Oui	Non	Peut-être / Je ne sais pas	Distance, recul, neutralité	Meilleure compréhension du patient	Aide personnelle, aide à relativiser	Risque d'identification au patient, envoi vers un confrère	Psychiatre / Psychothérapie
1			x	x	x			
2	x						x	x
3	x				x			
4	x			x	x		x	
5		x						
6	x			x				
7	x				x	x		
8	x			x	x			
9		x						
10	x				x			
11			x	x		x		
12		x		x				
13		x						
14	x				x			
15	x			x				x
16	x				x			
17			x					
18			x					
19			x					
20	x			x		x		
21	x			x				
22		x						
23	x				x			
24	x				x			
25	x			x			x	
26			x					
Statistiques	57,7%	19,2%	23%	42,8%	47,6%	14,2%	14,2%	9,5%

Question 3c :

Cette question n'a pas été posée à toutes les personnes interrogées au cours de l'étude :

- soit parce que leur réponse avait été négative en 3a ;
- soit parce que la réponse à cette question était contenue dans les réponses précédentes ;
- soit parce que les réponses précédentes appelaient une réponse négative à cette question.

En l'occurrence, seules trois personnes ont répondu affirmativement à cette question, soit 11,5% de l'ensemble des personnes interrogées. L'une explique ceci par le fait que les patients concernés étaient connus depuis longtemps, un autre par la relation de confiance qui s'établit entre ses malades et lui, un troisième par les difficultés rencontrées avec les toxicomanes.

La majorité des personnes qui ont répondu négativement se justifient par le fait que le malade n'a pas à connaître la vie privée du médecin, celui-ci ne devant pas ajouter de poids supplémentaire à la souffrance de son patient, ou par le fait que le malade n'a pas d'intérêt à connaître ce genre d'information.

Question 4 :

Huit thèmes ont ici été retenus parmi les réponses ; ces thèmes concernent d'une part les problèmes rencontrés qui pourraient être solutionnés par le temps, et d'autre part la façon dont il est géré ou ressenti. Ces thèmes sont les suivants :

- Problèmes relationnels, du malade envers le médecin, ou du médecin envers le malade, que le temps peut solutionner : « le temps peut aplanir certains petits problèmes de relation entre un médecin et un patient » ;

- Douleur morale du patient, que le temps peut atténuer : « y compris dans les plus gros drames y a toujours des aspects positifs, qui vont arriver avec le temps » ;

- Compréhension de la part des patients qui s'améliore avec le temps : « on a besoin de leur répéter un peu les mêmes choses ; y en a qui comprennent pas toujours très bien » ;

- Facteur rassurant : « les rassurer un petit peu » ;

- Obligation d'écourter la consultation, temps ressenti comme une contrainte : « parfois on essaie d'abréger » ;

- Consultation plus longues ou nouvelle consultation : « je fais une consultation toutes les demies heures, quelquefois trois quarts d'heure » ;

- Temps conçu comme une possibilité de réflexion, un délai avant de donner une réponse difficile : « on cherche à allonger le temps de réponse » ;

- Prétexte pour arrêter la consultation, éviter de poser certaines questions : « ça permet de pas aborder un problème pour un moment ».

84,6% des personnes interrogées répondent affirmativement à la question ; 15,3% répondent négativement (M26 répond oui et non, ce qui explique que la somme des réponses excède 100%) ; 3,8% (un individu) ne répond pas à la question.

Parmi les personnes ayant répondu affirmativement à la question, 36,3% disent pratiquer régulièrement des consultations plus longues, ou reprendre rendez-vous avec un patient s'ils jugent nécessaire de lui accorder plus de temps.

22,7% considèrent le temps comme une contrainte, et se voient souvent obligés d'écourter leurs consultations.

18,2% voient le temps comme le moyen de résoudre les problèmes relationnels qui peuvent s'installer entre le patient et eux-mêmes.

Le temps considéré comme le moyen de retarder une réponse ou prendre le temps de réfléchir, ou bien d'aplanir une douleur morale chez un patient est avancé par 13,6% des personnes ayant répondu affirmativement à la question.

Pour les personnes ayant répondu négativement (15,3% des personnes interrogées, soit 4 individus), les réponses sont les suivantes :

« non ; le patient qui est trop long, je lui dit honnêtement « non » ; en général, je montre un certain mécontentement ; je fais pas une consultation « le tour du bonhomme » » (M15) ;

« non » (M22) ;

« non. J'ai jamais vu que jouer avec le temps ça ... ; repousser ou prolonger une consultation, repousser les choses, de toute façon, elles vous pèteront toujours au nez à un moment ou à un autre, et prolonger une consultation, non ... ça dépend pourquoi. En tout cas, ça viendra pas de moi. Car nous on subit, hein, si je puis dire, c'est le malade, le capitaine entre guillemets de la consultation, et c'est moi qui ait la barre ; une consultation, faut pas rêver, vous pouvez avoir fait plein de choses en cinq minutes, du moment que vous avez travaillé intensément et que le malade vous a suivi. C'est pas parce que je vais le garder trois quarts d'heure que j'aurai fait un meilleur travail. Ça, je m'inscris en faux complètement sur la médecine lente. La médecine lente, si c'est une médecine de bavardages et qu'on avance pas, ça n'a aucun intérêt » (M24) ;

« avec les toxicomanes, non ; c'est comme un mur » (M26).

Le fait qu'une majorité de médecins prolongent ou multiplient les consultations montrent qu'ils utilisent la fonction communicative propre au temps, mise en évidence par Norbert Elias. En revanche, ceux, légèrement moins nombreux, qui le considèrent comme une contrainte, mettent ainsi en évidence un échec au moins partiel de cet aspect communicatif. 18,2% des personnes ayant répondu affirmativement à la question font état des problèmes relationnels avec certains patients, mais sont effectivement conscientes de la propriété du temps à aplanir ces difficultés.

Les propriétés d'orientation et de régulation de la conduite et de la sensibilité humaines inhérentes au temps (tel qu'il est analysé par Norbert Elias) se retrouvent dans les autres réponses apportées par les médecins, mais sont moins représentées.

	Oui	Non	Problèmes relationnels	Facteur rassurant	Obligation d'écourter /Contrainte	Douleur morale	Consultations plus longues ou nouvelle consultation	Réflexion /Réponse repoussée	Compréhension des patients	Prétexte pour arrêter /Eviter de poser certaines questions
1	x		x						x	
2	x			x		x				
3	x				x					
4	x		x		x					
5	x					x				
6	x						x			
7	x						x			
8	x						x			
9	x				x					
10	x		x							
11	x						x			
12	x				x					
13	x						x			
14	x							x		
15		x								
16	x							x		
18	x								x	
19	x						x			
20	x			x		x				
21	x				x					x
22		x								
23	x						x			x
24		x								
25	x		x					x		
26	x	x					x			
Statistiques	84,6%	15,3%	18,2%	9%	22,7%	13,6%	36,3%	13,6%	9%	9%

Le réseau :

Question 1 :

Les médecins ont été interrogés sur le nombre approximatif de patients inclus dans le réseau. Ces données sont traitées dans des fourchettes de quantité, de façon à donner un ordre de grandeur.

Aucun patients inclus : 3 médecins (M2, M6, M21). Toutefois, M6 a dirigé certains patients vers des médecins du réseau. Les questions suivantes lui seront donc posées, contrairement à M2 et M21, pour lesquels seule la question 7 de cette seconde partie a été posée.

De 1 à 10 patients inclus : 4 médecins (M1, M11, M17, M26).

De 11 à 50 patients inclus : 10 médecins (M4, M5, M8, M10, M14, M15, M16, M18, M19, M22).

De 51 à 100 patients inclus : 7 médecins (M3, M7, M9, M12, M13, M23, M24).

Plus de 100 patients inclus : 2 médecins (M20 et M25).

Question 2 :

Huit thèmes ont été retenus parmi l'ensemble des réponses :

- Inclusion ciblée : « toujours pour quelqu'un qui posait un problème médical ... ou social », « c'étaient des personnes qui avaient des problèmes de papiers, de prise en charge », c'étaient surtout des gens qui se trouvaient dans des situations assez précaires » ;
- Importance de la consultation pour le patient, évocation du questionnaire : « pour les patients, ça représente une consultation un peu plus importante », « on parle un peu plus », « le questionnaire est assez profond » ;
- Possibilité que le patient ait peur, intrusion dans sa vie privée : « ça peut faire peur », « ils m'ont peut-être trouvé un peu intrusif » ;
- Pas de problèmes, patients contents, confiance : « les gens adorent ça », « ils étaient très contents », « les malades vous font confiance » ;
- Patients perdus de vue : « il y a pas mal de patients que j'ai plus revus », « j'ai beaucoup de perdus de vue » ;
- Echec de la prise en charge : « on n'a pas réussi à avoir un logement pour autant » ;
- Polyclinique trop éloignée, mauvaise image de l'hôpital de Nanterre : « on est très loin de Nanterre », « y a des gens qui sont réticents vis-à-vis de Nanterre » ;
- Mauvaise compréhension du patient : « des fois, ils comprennent pas », « je sais pas s'ils ont bien compris ».

Au cours de cette seconde partie de questions, certaines personnes ont apporté des éléments de réponse pour les questions suivantes, ou ont apportés dans les réponses suivantes des éléments relatifs aux questions antérieures. Il a été tenu compte de ces éléments dans les résultats de ces questions relatives au réseau.

60,8% des personnes interrogées déclarent n'avoir eu aucun problème au moment de l'inclusion des patients.

56,5% des personnes interrogées insistent sur le fait que les patients inclus sont ciblés, soit en fonction de leurs besoins (sociaux, médicaux, etc.), soit en fonction de leur « caractère », afin que l'inclusion se déroule dans de bonnes conditions (« le casse-pieds de première, vous allez pas lui poser plein de questions »).

17,3% des médecins attirent l'attention sur l'importance, pour le patient, de la consultation durant laquelle le questionnaire est rempli.

Seuls deux médecins (8,7%) mentionnent un échec dans la prise en charge par le réseau, et deux médecins (8,7%) rendent compte du sentiment d'intrusion ressenti parfois par le patient à l'occasion du questionnaire.

	Inclusion ciblée	Importance du questionnaire, de la consultation pour le patient	Peut faire peur / Intrusion	Pas de problèmes / Patients contents / Confiance	Perdus de vue	Echec	Trop loin / Mauvaise image de Nanterre	Mauvaise compréhension du patient
1	x							
3	x	x	x		x			
4	x							
5	x							
6				x				
7			x	x	x			
8		x		x				
9				x				x
10				x				
11	x			x		x	x	
12	x			x				
13				x	x			
15	x							
16	x						x	
17	x							
18				x			x	x
19	x							
20	x	x						
22				x				
23				x				
24	x			x				x
25	x	x		x				
26				x		x		
Statistiques	56,5%	17,3%	8,7%	60,8%	13%	8,7%	13%	13%

Question 3 :

Huit thèmes ont été retenus parmi l'ensemble des réponses :

- Mention de la structure du réseau ASDES (et de ses objectifs), et/ou de la prise en charge globale : « globaliser sa prise en charge », « je leur explique comment on travaille, comment fonctionne le réseau » ;

- Mise en évidence des besoins et des bénéfices pour les patients : « je lui présente, toujours, un bénéfice de santé pour lui », « je leur ai expliqué qu'il y a un besoin, et que j'ai les moyens de les aider » ;

- Bénéfices pour le médecin : « en réalité, c'est aussi pour moi », « c'est une manière d'améliorer aussi bien pour eux que pour moi » ;

- Spécialités mise à disposition par le réseau : « j'ai d'abord parlé de la diététicienne », « en fait, moi, j'attends plutôt l'occasion », « les spécialistes, la psychologie » ;

- Certains médecins avouent ne pas donner trop de détails : « mais sans trop ... sans trop entrer dans les détails », « j'ai pas franchement le temps de leur faire lire la note » ;

- Aspect financier : « sans qu'ils soient de leur poche pour la psychologue ou la diététicienne » ;

- Dossier partagé, informatique : « j'ai des dossiers à remplir, parce qu'on va vous mettre sur un ordinateur », « là, c'est un dossier qui est vraiment partagé » ;

- Consentement du patient : « ils ne discutent même pas l'intérêt de remplir des formulaires », « ils s'en foutent complètement. Ils font confiance ».

Parmi les personnes à qui la question a été posée, un médecin n'a pas répondu, ce qui représente 95,8% de taux de réponse.

73,9% des personnes ayant répondu présentent au patient le réseau sous son aspect systématique, ou par l'intermédiaire de ses objectifs, notamment de la prise en charge globale.

43,4% présente le réseau par le biais des bénéfices pour le patient, ou l'introduise en fonction des besoins de celui-ci.

30,4% présentent le réseau par l'intermédiaire d'un service ponctuel.

Seuls 21,7% évoquent le consentement du patient, mais pour mettre en évidence la difficulté à obtenir un réel consentement, puisqu'il est dit que la plupart des patients « s'en foutent complètement ».

17,4% disent mentionner le dossier lorsqu'ils parlent du réseau à leurs patients, et 17,4% avouent ne pas entrer dans les détails lors de leur explication.

Le bénéfice pour le médecin n'est reconnu que par deux praticiens (8,7%), et l'aspect financier pour le patient n'est mentionné que par un seul médecin (4,3%).

	Structure / Prise en charge globale	Besoins / Bénéfices du patient	Bénéfices du médecin	Problèmes sociaux, dépistage, spécialistes ...	Pas trop de détails	Aspect financier	Dossier partagé / Informatique	Consentement
1	x	x	x				x	
3		x						
4				x				x
5	x							x
6	x							
7	x							
8	x	x					x	
9	x	x		x				
10	x							
11	x							
12	x							x
13	x							
14	x			x	x			
15	x	x			x		x	
16		x		x		x		
18				x	x		x	
19	x	x	x					
20		x						
22		x						
23	x			x				
24	x	x			x			x
25	x			x				x
26	x							
Statistiques	73,9%	43,4%	8,7%	30,4%	17,4%	4,3%	17,4%	21,7%

Question 4 :

Six thèmes ont été retenus parmi les réponses :

- Refus : « tous positives sauf deux personnes qui ont refusé » ;
- Réticences ou questions face à l'enquête ou à la signature : « à cause de tout ce qui est enquête policière entre guillemets », « il y a quelques hésitations » ;

- Désintérêt, les patients ayant confiance en leur médecin : « « lorsque ça vient de la part du médecin, ils acceptent », « ils sont ni pour, ni contre », « y a surtout une absence de répons... heu, de réaction » ;
- Questions de la part du patient : « ils m'ont demandé ce que c'était » ;
- Les patients voient avant tout leur intérêt : « ils ont vu le côté utile pour eux », « les gens le voient comme le moyen d'obtenir ce dont ils ont besoin » ;
- Réactions positives de la part des patients : « ils sont tout à fait d'accord », « positives, jamais jamais de réactions négatives ».

70,8% des personnes interrogées affirment obtenir essentiellement des réactions positives, mais 33,3% témoignent d'un désintérêt quasi-total de la part des patients, et que 25% parlent de réticences face aux questions de l'enquête ou au moment de la signature.

Seuls 8,3% (2 médecins) constatent que les patients acceptent d'entrer dans le réseau parce qu'ils voient leur intérêt.

S'il y a peu de refus, en revanche, très peu de patients posent spontanément des questions sur le réseau.

	Refus	Réticences ou questions face à l'enquête ou la signature	Désintérêt Font confiance	Questions de la part des patients	Les patients voient leur intérêt	Réactions positives
1						x
3	x	x				x
4						x
5			x			
6			x			
7			x			x
8						
9				x		
10		x				x
11					x	
12		x				x
13						x
14			x			x
15		x			x	x
16						x
17						x
18		x				x
19						x
20		x				x
22			x			
23			x			
24			x			x
25	x		x			x
26						x
Statistiques	8,3%	25%	33,3%	4,1%	8,3%	70,8%

Question 5 :

Parmi les réponses affirmatives à la question, trois thèmes ont été retenus :

- Remerciements, reconnaissance de la part des patients envers le médecin : « ils m'en sont reconnaissants » ;

- Meilleure attitude professionnelle : « leur histoire médicale m'est encore plus présente », « ça peut changer mon attitude à moi, mon comportement », « ça a changé un peu ma manière de travailler » ;

- Meilleure confiance, plus de facilité à revenir parler : « le contact est plus facile », « les trois quarts, oui, revenaient plus facilement, exposaient leurs problèmes ».

Parmi les réponses négatives, trois thèmes ont été retenus :

- Les patients ont oublié qu'ils étaient dans un réseau : « ils se rappellent même pas qu'ils font partie d'un réseau », « au bout de trois mois, ils ont oublié qu'ils faisaient partie du réseau » ;

- Les patients sont connus depuis longtemps : « c'étaient déjà des patients que je connaissais » ;

- Pas assez de recul : « il faudrait voir au bout d'un an ».

Les statistiques ont été calculées en fonction du nombre total de réponse, sans distinction des réponses affirmatives ou négatives, certains médecins se contredisant dans leurs réponses.

21,7% des personnes interrogées pensent que le réseau a changé leurs relations avec les patients qui y sont entrés par leur intermédiaire, contre 73,9% qui pensent que l'inclusion dans le réseau n'a rien changé à leurs relations avec ces patients.

1 médecin reste indécis, et deux médecins sont indécis mais répondent quand même par la négative à la question.

M17 estime que ses relations avec la patiente incluse dans le réseau ont changé dans la mesure où il n'a plus revu celle-ci par la suite.

3 médecins (soit 13% des personnes interrogées) estiment que le réseau n'a pas changé leurs relations avec les patients inclus, mais ils témoignent cependant d'attitudes différentes, de leur part ou de la part du patient.

	Oui	Emails, remerciements, reconnaissance	Meilleure attitude professionnelle	Meilleure confiance / Plus de facilité à revenir parler	Peut-être	Non	Les patients ont oublié	Les patients sont connus depuis longtemps	Pas assez de recul
1					x	x			
3		x		x	x		x		x
4						x			
5						x			
6						x			
8		x				x			
9						x			
10	x		x						
11						x			
12		x		x		x			
13					x	x			x
14			x			x			
15						x	x		
16						x			
17	x								
18						x		x	
19	x		x	x					
20	x			x					
22						x			
23						x			
24	x		x				x		
25						x			
26						x	x		
Statistiques	21,7%	13%	17,3%	17,3%	13%	73,9%	17,3%	4,3%	8,7%

Question 6 :

Seules deux personnes ont répondu affirmativement à la question 6 :

- M3 : « les autres qui sont contents, qui m'envoient des emails, ben oui, y a une relation » ;
- M20 : « la relation doit être légèrement meilleure ».

Question 7 :

Dix thèmes ont été retenus parmi l'ensemble des réponses :

- Les patients sont vus différemment : « on a une attitude beaucoup plus ouverte », « je verrai peut-être d'un autre œil les patients qui sont dans le réseau » ;
- Passer la main, présence d'une tierce personne : « ça vous permet d'avoir des correspondants de manière ponctuelle dans des domaines où on n'a pas l'habitude d'avoir besoin de choses »,
- Formation, échange entre confrères : « j'ai appris des choses », « c'est la formation, plutôt qui nous apporte quelque chose », « on peut ... comparer nos pratiques » ;
- Actes gratuits : « des médicaments gratuits pour certains », « les secteurs de la médecine libérale ne sont pas pris en charge » ;
- Plus d'attention vis-à-vis des patients : « peut-être plus attentif », « le harcèlement (...) c'étaient des choses qu'on n'osait pas voir » ;
- Aplanissement des difficultés sociales : « les difficultés, que ce soit le logement, que ce soit sur le plan social, ça effectivement ça peut aplanir » ;

- Pas assez de recul : « peut-être que c'est trop récent pour dire quelque chose » ;
- Eloignement de Nanterre : « y a un problème de proximité », « surtout, il y a d'autres structures plus près » ;
- Autres correspondants : « on avait quand même aussi la même attitude avec nos correspondants », « j'ai tous mes correspondants ici » ;
- Détournement de clientèle : « c'est du détournement de clientèle ; quand elle avait des difficultés, elle venait tous les jours ; après l'inclusion, plus personne ».

Dans l'ensemble, les personnes interrogées montrent une certaine satisfaction à l'égard du réseau. Toutefois, on peut noter quelques ambiguïtés : en effet, des médecins estiment que le réseau peut les aider à régler certaines difficultés. Or la manière dont le réseau semble pouvoir les aider a trait à une évolution concernant la relation avec le patient, fait largement nié dans les questions précédentes.

Nous reviendrons sur ces éléments à l'occasion de la discussion.

	Oui	Non / Pas sûr	Patients vus différemment	Passer la main Tierce personne	Formation Echange	Actes gratuits	Plus d'attention	Aplanir les difficultés sociales	Pas assez de recul	Nanterre éloigné	Autres correspondants	Détournement de clientèle
1	x		x	x				x				
2	x				x		x					
4	x											
5	x				x	x	x					
6	x								x			
8	x											
9	x							x				
10	x			x						x		
11		x								x		
12	x			x				x				
13	x		x						x			
14	x			x	x							
15	x		x	x								
16	x			x		x						
17	x			x								
18	x			x								
19	x			x	x							
20	x			x								
21		x										
22	x			x								
23	x				x		x				x	
24		x									x	
25	x				x							
26	x											x
Stat.	87,5%	12,5%	12,5%	45,8%	25%	8,3%	12,5%	12,5%	8,3%	8,3%	8,3%	4,1%

Réflexion concernant la relation :

La variété des thèmes abordés dans cette troisième partie ne nous permettra pas de recourir aux statistiques pour chaque question. Quelques statistiques globales seront données pour les questions III1 à III5. En outre, nous allons tenter, pour chaque question, de dégager les grands axes de réponse, que nous détaillerons à l'aide des éléments apportés par les personnes interrogées.

Question 1 :

Un certain nombre de personnes interrogées considèrent la sollicitude comme la « base » de leur pratique (M2, M3, M4, M11, M24). Pour autant, ce qui est effectivement rangé sous ce terme reste parfois assez flou. Il est probable que l'intitulé de la question en est la cause : nous y avons introduit l'idée de respect, et l'idée de mutualité, de façon à préciser le terme de sollicitude ; du fait, sans doute, de l'emploi moins courant du vocable « sollicitude », la plupart des personnes interrogées n'ont retenu que le terme de respect dans leur réponse.

Toutefois, certains axes peuvent être dégagés des réponses obtenues. Cette question a été l'occasion, dans un premier temps, de préciser ce que les médecins entendaient par relation patient-médecin, dans un sens positif : « c'est indispensable d'avoir du respect pour le patient qu'on soigne. Sinon, je crois qu'on ... je crois qu'on ne les soignerait pas bien » (M1). « De ma part, le respect, il est pour tous les patients, toutes les personnes » (M3). « C'est de l'empathie » (M6). « Il faut être gentil » (M13). « C'est ce qui devrait être tout le temps ! » (M19). « C'est important de pouvoir s'entraider, de pouvoir dialoguer ouvertement ; c'est à chacun d'entre nous d'essayer de s'entendre bien avec les gens qui sont autour de nous » (M20).

Mais cette question a suscité aussi un grand nombre de réponses « négatives », considérant ce que la relation ne devait pas être : « Moi je veux pas supporter un malade qui me respecte pas » (M5). « Envers les patients on a quand même beaucoup de sollicitude, dans le sens où on fait beaucoup de choses ; mais d'un autre côté, ils sollicitent beaucoup » (M16). « J'essaye mais je trouve que c'est de moins en moins le cas, des deux côtés en fait » (M19). « ça se fait de plus en plus, mais ... il est évident que ... si vous m'agressez verbalement, par gestes, etc., moi je suis un être humain, je me ferme » (M24). « dans le quartier, ils ne respectent pas ; ils peuvent venir et ouvrir la porte ; ils ont frappé un médecin, l'année dernière ; ils ont perdu la notion du respect médecin-patient » (M26).

La notion de sollicitude elle-même est perçue de manières différentes : « la sollicitude ... c'est pas la compassion, mais ... enfin ... c'est presque la compassion, c'est-à-dire savoir ... essayer d'évaluer la question qu'on vous pose. Qui est pas forcément celle dite » (M4). « je pense que sans sollicitude ... la relation médicale est purement technique ; c'est ça l'intérêt de la médecine générale » (M10). « peut-être qu'il y a une relation qui se passe très bien, heu, de gentillesse, de ... sollicitude, avec le patient » (M13). « c'est une sollicitude qui commence lorsqu'ils rentrent dans mon cabinet, et qui se termine avec l'argent qu'ils m'ont payé, c'est-à-dire trente secondes plus tard, ils ont zappé » (M15). « Y a un double sens dans le mot sollicitude, y a aussi le mot solliciter » (M16). « Volontairement, je vais accentuer un peu ma sollicitude quand je veux être entendue ... heu ... j'allais dire pour accrocher un peu les gens en difficulté, quelque part si ils sentent une écoute, si ils sentent qu'on a l'air de prendre en compte ce qu'ils disent, ça va mieux marcher que si on est très strict » (M25).

Les façons de se rapporter aux patients, ou des réflexions sur le vécu, la position ou le ressenti de celui-ci sont aussi évoquées : « le malade, quand il arrive, il est agressé, quand même, au départ. Il arrive, il voit un personnage, quand même ... même s'il a une attitude agressive, au fond c'est quand même parce que il pense que c'est quelqu'un qui a un pouvoir ... sur lui. Il a fait des études, et on vient lui poser une question, donc, il est en état d'infériorité » (M4). « eux, ils vont se faire opérer, ils sont en état de faiblesse ; ils sont plus sur la défensive ; j'essaie de leur faciliter le travail » (M6). « c'est pas un problème de respect, c'est un problème de

compréhension » (M9). « ça je sais pas comment c'est ressenti par les patients » (M12). « faut tenir compte de ce que sont les gens, aussi ; quand vous avez des maghrébins qui ont des alimentations, des habitudes, des coutumes complètement différentes, vous êtes obligé » (M18). « du patient vers moi, heu ... à la limite ça, j'allais dire, c'est moins ... mon souci parce qu'en fait, je veux pas tellement qu'il me fasse plaisir mais je voudrais qu'il aille mieux ; c'est vrai que s'il le fait parce qu'il me fait plaisir, bon ben je veux dire après tout, c'est un moyen détourné d'arriver à améliorer sa santé. Maintenant, si c'est juste une sollicitude superficielle et que derrière en fait le traitement n'est pas pris ou que ça va pas mieux, heu, là c'est l'inverse, il faut briser un petit peu la glace en disant « oui, je sais bien, vous venez gentiment, vous êtes agréable, etc., mais ... je vois bien vos analyses, ça va pas. Y a quelque chose qui va pas. » » (M25).

La majorité des médecins interrogés considèrent ainsi qu'ils font preuve de sollicitude, de respect envers leur malade, mais ajoutent presque toujours une réserve concernant la mutualité de cette attitude (certains patients sont considérés comme agressifs, ou trop désinvoltes), ou soulignent une certaine distance à respecter dans leurs rapports avec les malades : 17 médecins émettent une telle réserve, soit 65,4% des personnes interrogées. Ces réserves sont parfois même poussées à l'extrême : « je me sens parfois totalement ... instrumentalisé. On se sert de moi, et de mon savoir (...) et surtout de ce qu'on appelle mes pouvoirs ; on est en plein dans la non sollicitude » (M23).

Question 2 :

Certains médecins estiment que les notions de juste ou de justice sont difficiles à mettre en œuvre, dans la mesure où elles supposent le mélange de plusieurs attitudes parfois difficiles à concilier. L'efficacité sur le plan technique est mise en avant par certains : « on dirait presque que c'est plus facile d'apporter de l'écoute, de la tendresse, de la compassion, quand on en a la nature, ça ne demande pas de formation et que la technicité aujourd'hui devient de plus en plus compliquée et que là par contre, ça demande une compétence, et ça ça s'acquiert ; on devient peut-être de plus en plus incompétents techniquement, et la chose la plus facile qu'on peut donner c'est encore de l'écoute » (M1). « j'essaie le plus possible que la médecine que je pratique soit exacte, c'est-à-dire faire un bon diagnostic, un bon traitement et voir le patient guéri ; en ce sens se serait un acte juste » (M12). « je vais essayer de le traiter de ... la plus grande efficacité possible » (M15).

Dans plusieurs cas, la notion de justice, malgré la précision donnée concernant son sens, a été prise au sens judiciaire du terme, et de ce fait, a le plus souvent été négligée dans la réponse au profit du terme « juste » : « j'ai pas du tout un sentiment de justice vis-à-vis des gens, quoi, j'ai pas à me prononcer et à avoir un effet moralisateur ou ... dire si c'est bien, si c'est mal » (M4). « acte de justice ... je n'ai pas eu beaucoup de cas de figure incluant la justice ... ; les seuls cas, c'étaient des cas d'agression (...) mais c'était infime » (M12). « c'est uniquement actes justes, y a pas de notion de justice derrière » (M15). « ce serait plutôt juste que justice ; la justice, on n'y pense pas à tout ça » (M18). Huit personnes, soit 30,7% des personnes interrogées, ne mentionnent ni le terme de justice, ni la définition qui en a été donnée.

7 personnes, soit 29,9% des personnes interrogées, insistent toutefois sur l'idée de justice au sens où elle a été précisée : « c'est plus important, la justice » (M3). « justice sociale, évidemment ; les gens il faut les traiter de la même manière » (M7). « c'est sûr, acte de justice, c'est souvent, quand même » (M9). « tous les jours je fais des actes de justice sociale » (M16). « un moment j'ai très mal vécu (...) les fameuses RMO, entre autres ; en fait ça se voulait plus être un guide qu'un cadre (...), mais y avait tellement de règles à respecter, à tous les points de vue (...) qu'à la fin je me suis dit « stop, quoi, j'arrête » » (M23). « il faut, avec le malade, être juste, et il faut aussi faire un acte de justice. C'est-à-dire que si je vous soigne, et que je vous fais un passe-droit par exemple, les autres malades qui font la queue dans la salle d'attente vont pas du tout aimer. A ce moment-là, il va falloir que je leur explique pourquoi je vous ai pris avant. Et moi je le fais systématiquement. Parce que sinon, on les lèse ... ils sont atteints ... on les a lésé ! » (M24). « peut-être les deux » (M26).

La signification qui a été conférée au terme de juste est double : celle qui était précisée dans la question a été reprise dans 5 réponses (19,2% des personnes interrogées) : « on ne peut pas créer une règle générale, chaque patient est particulier et il faut appliquer pour chaque patient le règlement particulier pour ce patient-là » (M5). « cette singularité est probablement bien plus présente qu'elle ne peut l'être dans une relation médicale hospitalière, parce que nous avons nous la compréhension de la personne qui vient consulter dans son cadre de vie » (M10). « c'est pas pour ça que j'ai fait de la médecine générale, c'est plus pour m'occuper des gens comme ils sont que pour les faire rentrer dans un moule » (M19). « j'essaie de voir comment il pense, comment il réagit, quelles sont ses idées » (M22). « j'essaye d'être juste, parce que j'essaye de prendre en compte la personne, effectivement ... comme personnalité, sans appliquer des règles toutes prêtes » (M25).

Une autre signification émerge cependant parmi quelques réponses : celle de juste au sens d'acte identique pour tout le monde. Il est étonnant que le terme ait été pris dans 15,3% des cas sous cette acception, alors qu'il diffère diamétralement de la signification proposée dans la question : « je crois que je fais pas de différence entre les gens, à partir du moment où ce sont des gens qui me respectent, qui me plaisent, je fais pas de différence » (M8). « c'est plutôt juste, parce qu'on le fait pour tout le monde » (M11). « on doit soigner tout le monde quelque soit leur façon de penser » (M13). « il faut que ce qu'on fait paraisse juste, c'est-à-dire que le malade, quand on l'a soigné ... heu ... sache qu'on l'a compris, sache qu'on a fait tout ce que l'on pouvait, et sache qu'éventuellement, ç'aurait été le voisin, on aurait fait la même chose » (M24).

Il est probable que les personnes qui rangent la notion de juste sous l'acception d'un acte identique pour tous les patients se fondent sur un impératif tel que la conscience professionnelle, ou l'exigence d'efficacité. Dans ce cas, les actes ainsi qualifiés se rapprocheraient plutôt de la définition d'actes de justice précisée dans la question. Les médecins qui entendent effectivement le juste comme une adaptation à la personne insistent probablement plus sur l'aspect relationnel, puisqu'une telle attitude demande un effort de compréhension de l'autre.

Question 3 :

Les différences de savoir médical entre les différents patients ont été notées par la plupart des médecins. Une seule personne estime que ce facteur n'influence pas sa relation avec le malade : « non, moi ça joue pas, ça » (M2).

Le patient qui ne possède aucun savoir médical est considéré comme un patient facile par 6 médecins, soit 23% des personnes interrogées : « c'est vrai que c'est plus facile d'expliquer à quelqu'un qui sait rien » (M4). « ceux qui savent pas, c'est mon rôle, c'est de l'ordre de la justice » (M6). « au moins, la personne qui ne sait pas, on essaie de lui donner » (M9). « je préfère beaucoup mieux les gens qui ne savent rien, à ce moment-là je vais leur expliquer, dans des schémas extrêmement simples et accessibles à n'importe qui, ce qui leur arrive » (M15). « ceux qui l'ont ou ceux qui l'ont pas, y a pas de soucis » (M19). « quand ils savent pas, c'est très facile parce que justement, ils s'en remettent à moi, donc c'est le plus simple » (M25).

En revanche, les difficultés liées à la compréhension des explications données par le médecin sont soulignées par 8 médecins, soit 30,7% des personnes interrogées : « il faut adapter son discours et c'est fou ce qu'il faut ... reformuler les choses, pour être sûr qu'on a été compris ; c'est terrible lorsqu'on se rend compte que l'autre n'avait pas du tout perçu les choses telles qu'on les avait exprimées » (M1). « la difficulté : est-ce qu'ils ont bien compris le message ? » (M3). « j'explique beaucoup plus à ceux qui n'ont pas accès au savoir qu'à ceux qui l'ont ; pour bien faire comprendre certaines notions j'utilise des planches » (M10). « en général on parle pas du tout le même langage ; ils parlent pas médecin ; c'est difficile de leur faire entendre que la démarche diagnostique, c'est une démarche particulière » (M16). « y a un souci explicationnel » (M19). « Y a des patients, toutes les informations que vous pourrez leur donner, ils comprendront rien. On est obligés d'avoir une attitude qu'on pourrait nommer paternaliste » (M21). « il y a des gens qui ne savent pas lire ni écrire ; cela pose des difficultés » (M22). « la plupart ont un niveau intellectuel trop bas ; une seule infirmière qui vient, elle comprend ; mais les autres ... je leur explique » (M26).

La grande dépendance et la confiance de ces patients sont aussi évoquées : « ils [les patients qui en savent peu] sont extrêmement dépendants ; ils vous font confiance » (M1). « C'est vraiment la relation de confiance » (M11). « y en a qui disent effectivement « mais moi je suis pas médecin, je suis pas médecin, c'est vous le médecin », parce que c'est nous qui disons parfois « bon je vous donne ça, mais peut-être que vous préféreriez avoir ça, mais ils me disent, « c'est pas moi le médecin, c'est vous ». Oui, c'est sûr, c'est moi le médecin, mais je vous explique » (M13). « on est obligés d'avoir une attitude paternaliste ; les mater, c'est-à-dire les emmener au laboratoire faire leur prise de sang » (M21). « si il vous fait confiance, il vous fait pas à moitié » (M23).

Les patients qui ont un bon savoir médical ne posent a priori aucun problème : « Les gens qui en savent pas mal, on tombe très vite d'accord. Parce qu'on s'explique, et qu'on exprime à l'autre le refus que l'on a de faire telle ou telle chose, parce qu'on estime que ce qu'il a entendu dire n'est pas juste, on entend ses arguments, on lui donne les nôtres. A partir du moment où il sait, où il est capable de comprendre il accepte ou non les arguments. Et puis en général on tombe d'accord l'un et l'autre, avec les arguments qu'on apporte » (M1). « ceux qui l'ont ou ceux qui l'ont pas, y a pas de soucis », « ceux qui ont un savoir, on peut discuter, là c'est plus plaisant » (M19).

En revanche, les patients qui cherchent à s'informer par eux-mêmes, les patients qui « croient savoir », comme ils sont désignés la plupart du temps par les médecins interrogés, semblent poser plus de difficultés : « celui qui sait trop pose des problèmes ; d'abord parce que déjà ça nous prend du temps à la consultation, et parce qu'il faut expliquer que pas mal de choses sont pas dues à ça, et bien sûr, y a leur côté le droit de s'informer, de savoir le plus. C'est tout à fait légitime », « ils sont plus chiantes » (M3). « Ils ont plus d'agressivité aussi » (M4). « le problème c'est pas quand on sait pas, c'est quand on croit savoir » (M6). « les gens qui croient savoir, alors ça, c'est les pires. Parce qu'ils croient savoir, et ils savent pas, entre autre le corps enseignant ; ou certains paramédicaux ; parfois c'est difficile à supporter » (M8). « l'autre qui sait ... un peu ce qui se passe, c'est plus difficile » (M9). « ceux qui ont un trop grand savoir médical, j'essaie de relativiser ça ; je leur explique que c'est parfois ... dangereux peut-être pas, mais stressant, certainement ; y a pas de recul, et quand on va faire sa propre enquête personnelle sur Internet, on cherche une réponse à un problème de santé, le problème de santé peut générer des craintes et des angoisses, (...) et c'est pas la machine qui va répondre à cela. Ça peut faire en sorte que ça s'auto entretienne (...) alors que dans la relation à l'autre (..) ça permet de faire le tri et puis de dire ce qu'il en est » (M10). « des gens qui connaissent plein de trucs et puis qui ont un niveau socio-culturel un peu plus élevé, c'est souvent avec ceux-là qu'on a des problèmes, parce qu'ils connaissent tous ces trucs-là et qu'ils arrivent et qu'ils disent, « Docteur, j'ai droit à ça » ; on a intérêt à avoir un savoir médical au top à cause justement de ces revues de santé » (M11). « quand ça se passe mal, ça veut dire qu'ils veulent trop mettre en avant leur savoir et ça ça m'énerve ; cela dit, je suis assez tolérant, et je laisse et je leur fournis quelques arguments » (M12). « les gens qui ont un savoir médical (...) mais qui ne sont pas médecins (...), ce sont des gens profondément agaçants » (M15). « les gens qui pensent avoir un savoir médical parce qu'ils ont été sur Internet ou qu'ils ont lu ceci ou cela, là je pense qu'il y a un gros problème » (M16). « y des gens qui peuvent tout savoir, ou croire tout savoir : l'instituteur ou le polytechnicien. L'instituteur qui sait tout, le polytechnicien qui explique tout. C'est une catégorie caricaturale, mais qui permet de comprendre. Alors ceux-là, il faut que j'arrive à leur dire que certes, ils savent tout, mais que s'ils viennent me voir moi c'est pour avoir ce que je sais. Par rapport à ceux qui détiennent le savoir ou qui croient savoir, ça c'est en fonction de l'estime que je peux avoir par rapport à cet autre sujet, la confiance qu'il va y avoir dans l'échange » (M17). « ceux qui m'embêtent le plus, c'est ceux qui croient en avoir, et qui ont l'impression d'un savoir, ceux-là sont les plus embêtants ; ils ont pas forcément toutes les informations ; c'est ceux-là que j'aime le moins [rire] » (M18). « ceux qui pensent l'avoir et qui ont mal compris, ça j'ai du mal à supporter, c'est vrai » (M19). « y a des patients à l'heure actuelle qui ont tendance à systématiquement remettre en cause ce qu'on peut dire » (M20). « quand ils savent quelque chose, ils sont plus pernecieux, ils posent des questions ; ils sont un peu demandeurs, inquisiteurs » (M22). « celui qui a le savoir, il va ... il va discuter votre décision, il va discuter votre diagnostic, il va discuter votre ordonnance ; y a aussi ce qu'il sait, et ce que vous croyez qu'il sait ; ça envenime excessivement les choses, c'est dramatique » (M23). « Ceux-là nous emmerdent. Complètement. On va pas leur dire. Alors, tout dépend de l'attitude ... qu'ils ont » (M24).

17 médecins sur 26, soit 65,3% des personnes interrogées, estiment avoir plus de difficultés avec ce type de personnes. Le côté relationnel est fortement stigmatisé dans les réponses apportées à la question.

Quelques médecins mettent cependant en évidence le bénéfice que peuvent apporter les connaissances de certains patients qui se sont informés par eux-mêmes : « y a des patients qui en savent beaucoup, et bien, d'ailleurs, (...) des fois qui vous mettent même en difficulté, et tant mieux d'ailleurs, parce que ça nous fait ... ça nous fait un peu réfléchir et travailler » (M21). « sur un sujet précis, surtout si c'est un sujet très pointu, ils vont être parfois bien sûr plus renseignés que nous ; là je suis honnête, je vais leur dire « oui, vous avez vu ça, je ne sais pas. C'est la dernière chose qui vient de sortir, oui, effectivement, je n'en ai pas encore été informée, j'ai pas vu ça dans la presse médicale, mais je vais me renseigner », et ça m'arrive effectivement d'aller moi-même faire des recherches ; y a un échange, c'est parfois enrichissant, parfois difficile parce qu'encore une fois, ça nous met à rude épreuve ; c'est vrai que c'est pas mal d'avoir aussi à se remettre en cause. Nous on n'a pas la science infuse, et puis ... la médecine n'est pas une science ... une science exacte » (M25). Ces médecins restent cependant en minorité (2 médecins, soit 7,7% des personnes interrogées).

Le consentement aux soins du patient est aussi évoqué dans certaines réponses : « je réfléchis avec eux, je prends des fois les décisions entre guillemets « pour eux », et puis j'essaye de les influencer du mieux possible en leur donnant la possibilité de réfléchir aux choses » (M20). « je me pose aussi beaucoup de questions sur le droit du malade, le droit à l'information, au consentement » (M21).

On constate donc que le droit à l'information et au consentement du patient est le plus souvent masqué par les difficultés relationnelles qui surgissent lorsque la démarche vient du patient, et notamment lorsqu'elle s'accompagne d'une attitude agressive ou sans appel de la part de celui-ci. L'hétérogénéité des langages employés est mis en avant deux fois (« ils parlent pas médecin » (M16), « ils ont pas filtré le monde du scientifique » (M21)), ce qui sous-entend que l'adaptation à l'autre ne peut avoir lieu que du médecin vers le patient.

Question 4 :

Les réponses à cette question sont relativement homogènes : la majorité des personnes interrogées considèrent qu'une certaine distance est nécessaire entre patient et médecin.

Le terme d'engagement appelle plusieurs types d'attitudes de la part des médecins :

- certains disent respecter la distance introduite par le patient : « je le laisse faire son chemin » (M2). « je le laisse faire de lui-même » (M11). « Il faut laisser à chacun sa part ... d'inconnu » (M13). « Je n'ai pas à forcer le passage » (M17). « je sais pas si je m'engagerais, c'est pas vraiment mon caractère » (M18). « j'essaye de garder une distance quand même ; ceux qui sont distants, non ... au départ, je laisse un peu comme ça, pour voir ; tant qu'on connaît pas bien les gens, c'est difficile ... ; je respecte ; si les gens répondent pas, j'arrête tout de suite » (M19). « je respecte la distance » (M22).

- d'autres affirment au contraire chercher à s'engager vers le malade. Les termes utilisés sont alors parfois révélateur de la manière dont peut être perçu cet

engagement par le patient : « les violer », « On est obligé de rentrer dans l'intimité des personnes, parce que des fois, ben heu ..., quand quelqu'un vient me voir pour heu ... mal de dos, mal de cou, on est obligé de leur demander si avec son mari ça va bien. C'est quand même une infraction violente dans la vie privée », « on fait une intrusion brutale » (M1). « il ne faut pas agresser, parce que c'est une forme d'agression, même si on est très poli, très gentil, ça peut être une forme d'agression, si quelqu'un vient pour une angine et qu'on va lui poser des milliers de questions. Sa pudeur, il faut la respecter aussi. La distance, c'est une forme de pudeur » (M3). « j'essaie de rendre plus à l'aise » (M6). « moi c'est vrai que ça m'est arrivé de tutoyer pas mal de patients, chose que certains ne font pas », « on rentre un peu dans l'intimité des gens » (M9). « ou les gens sont à distance par pudeur, ou parce que c'est leur caractère ou leur tempérament, et je n'ai pas de nécessité à aller plus loin, dans ces cas-là, je les laisse là où ils sont. Ou les gens sont à distance, mais parce qu'ils vont cacher quelque chose, et que ce qu'ils cachent est une réelle souffrance, alors je les viole, c'est-à-dire que je les fais mettre sur la table ce qu'ils cachent. Alors ça je sais extrêmement bien faire pleurer les gens en leur posant les questions qui font mal ; par contre, j'ai un très grand respect de corps » (M15). « y a des gens, on a du mal, (...) on a du mal à les pénétrer ... les « pénétrer » entre guillemets, c'est-à-dire essayer de savoir pourquoi ils sont là, pourquoi ... qu'est-ce qu'ils sont venus chercher, finalement » (M16). « on est dans la transgression avec le patient » (M21). « c'est un engagement, surtout en ville, surtout seul, surtout en ... en cabinet comme ça parce que il faut être présente, il faut répondre, il faut être disponible » (M25).

La distanciation ou la distance demeurent cependant ce sur quoi les personnes interrogées ont le plus insisté. Tous les médecins ont admis respecter une certaine distance naturellement, ou l'accentuer lorsqu'un patient se révèle trop intrusif à leur égard. Les justifications de cette distance sont diverses : la nécessité de conserver une objectivité vis-à-vis de la personne soignée, le respect de cette personne même, le désir de conserver une certaine « autorité » sur le patient, une mise à distance de la souffrance (pour se protéger) ; quelques médecins ont aussi parlé de préférences à l'égard de certains patients, pour lesquels la distance se réduit parfois.

Cette distanciation est parfois matérialisée, aux dires de certaines personnes interrogées : par le bureau et la place occupée par le patient et le médecin, par la non communication du numéro de téléphone personnel, par le rôle social joué par le médecin, par le vouvoiement, les honoraires.

Deux personnes mentionnent des cas d'ambiguïté avec des patientes, survenus au début de leur carrière : « certaines pensent qu'elles vont mieux être soignées si elles se ... si elles cherchent à créer un aspect simili-amoureux, bon ... Il faut être assez prudent, éviter de rentrer dans ce jeu-là. Parce que ... parce que je crois qu'on rend pas service à la patiente absolument, quoi ... Mais moi j'ai pas tellement ce profil-là, j'ai pas ... il m'arrive peu d'histoires ... Peut-être au tout début de ma carrière, on sépare moins la distance, oui » (M2). « ça m'est arrivé justement de tomber dans cette ambiguïté ; effectivement, j'ai eu des problèmes relationnels avec certains, j'étais plus jeune ; quelque chose du type de séduction » (M7).

Il est probable qu'une conscience aigüe de la transgression que constitue parfois la relation au patient entraîne les médecins à maintenir à tout prix une certaine distance, et à en témoigner, de façon à rester maître de la relation.

Question 5 :

50% des personnes interrogées ont répondu affirmativement à cette question, et 50% ont répondu négativement.

Parmi les personnes ayant répondu affirmativement, 50% parlent de leur relation avec un patient lorsque celle-ci pose des difficultés d'ordre relationnel, 25% en parlent en termes positifs, et 26,6% en parlent dans le cadre d'un problème médical ou psychologique.

Parmi les personnes ayant répondu négativement, 25% estiment qu'ils n'ont pas besoin d'aborder le sujet dans la mesure où le patient est libre de quitter son médecin si la relation ne lui convient pas.

Question 6 :

Pour cette question, nous avons choisi d'établir un parallèle avec la toute première question, qui interrogeait sur l'attitude du médecin à l'égard du patient.

Les aspects moraux et sociaux des attitudes décrites ont disparu des réponses, ainsi que la forme négative de la définition.

L'aspect analytique demeure et se focalise sur le bien-être du patient.

Les tentatives de proximité des médecins auprès des patients laissent place à un aspect de mutualité dans la relation, de confiance, de respect.

Les aspects d'adaptation, et de technicité ou d'efficacité demeurent.

La notion qui apparaît dans les réponses à cette question est celle de place occupée par chacun des protagonistes de la relation, exprimée par les médecins en tant que telle, ou par une certaine insistance sur la distance à respecter entre les personnes.

2 personnes (M3, M9) avaient exclusivement défini leur attitude par des thèmes qui n'apparaissent plus ici : ils sont donc écartés des statistiques qui vont suivre. M14 était aussi concerné, mais sa réponse n'apparaît pas ici pour cause d'inintelligibilité de la bande d'enregistrement.

52,1% des personnes interrogées ayant, dans la première question, défini leur attitude par l'un des thèmes présentés ici, reprennent dans cette réponse au moins l'un des thèmes auquel ils avaient référence dans leur première réponse. Parmi ceux-ci, 1 médecin reprend deux thèmes dans sa réponse (soit 8,3% des personnes ayant repris au moins un thème), 3 médecins reprennent le thème de la confiance, de la mutualité (soit 25%), et 8 médecins reprennent le thème de l'adaptation (soit 66,6%).

Parmi les personnes ayant défini leur attitude par une tentative de proximité dans la première question, seules 37,5% d'entre elles conservent cet aspect en y ajoutant l'idée de mutualité, et 31,2% abandonnent cet aspect d'approche du patient et insistent davantage sur la place occupée par médecin et malade. Si ces deux thèmes ne sont pas incompatibles en eux-mêmes, ils témoignent néanmoins d'une certaine évolution des réponses données entre le début et la fin de l'entretien.

Parmi les personnes ayant défini leur attitude par une adaptation au patient dans la première question, 64,2% maintiennent cette notion dans la réponse à la question 6 de la troisième partie.

Hormis M25 qui définit la juste distance par une adaptation au patient et par le respect des places du patient et du médecin, les autres réponses sont exclusivement en faveur de l'adaptation ou de la place définie.

D'une façon générale, la juste distance est considérée d'une part par les personnes interrogées comme une adaptation au patient qui se trouve face au médecin, qui se caractérise par sa variabilité, et qui est souvent réalisée de façon naturelle ou intuitive. D'autre part, elle se définit aussi par la place qu'occupent respectivement le médecin et le patient, et qui s'exprime le plus souvent en terme de distance à maintenir ou à réaliser, de façon à éviter une trop grande implication éventuellement du médecin envers le patient, mais plus souvent du patient envers le médecin.

Les différences statistiques ne sont pas significatives entre ces deux acceptions de la juste distance ; en revanche, le sens est relativement différent : là où l'adaptation au patient insiste sur l'intuitivité de la distance, la place définie du patient et du médecin laisse deviner une certaine contrainte, une crainte concernant l'empiètement du patient sur la vie du médecin, ou inversement.

	Confiance, mutualité, respect	Technicité, efficacité, professionnalisme	Analyse	Adaptation	Place définie
1	x			x	
2	x				x
3	x	x			x
4					x
5	x		x		
6		x			
7				x	
8					x
9					x
10					x
11	x				
12					x
13					x
15				x	
16	x			x	
17				x	
18				x	
19				x	
20					x
21				x	
22					x
23				x	
24	x			x	
25				x	x
26	x			x	
Statistiques	32%	8%	4%	48%	44%

Question 7 :

Huit thèmes ont été retenus pour synthétiser les réponses à cette dernière question.

Le premier thème évoque la formation continue dispensée chaque mois à l'intention des médecins libéraux intervenant dans le réseau, les échanges et les contacts qui en résultent.

Le second thème a trait aux modifications de leur comportement observées par certains médecins, induites par les méthodes du réseau.

Le troisième thème est relatif au dossier partagé : pour celui-ci, les signes + et – qui apparaissent dans le tableau indiquent si les médecins interrogés ont évoqué le dossier partagé en des termes positifs ou négatifs ; le signe ? indique une interrogation quant à son utilité.

Un quatrième thème recouvre les expressions témoignant d'une satisfaction des patients concernant le réseau.

Le cinquième thème regroupe les avis des médecins qui considèrent le réseau comme un outil.

Le sixième thème soulève le caractère artificiel du réseau ASDES, ou des réseaux de soins en général.

Le septième thème souligne le manque de recul pour se prononcer sur l'influence du réseau en matière de relation médecin-patient.

Enfin, le dernier thème regroupe les avis des médecins qui pensent que le réseau n'a rien changé à leurs relations avec les patients.

Une entrée a été ajoutée à la fin du tableau : elle permet de visualiser les réponses explicites qui ont été données en faveur d'une amélioration des relations patient-médecin due au réseau.

Ce qui ressort le plus souvent dans le bilan effectué par les personnes interrogées en fin d'entretien concerne tout ce qui a trait à la formation. Dans l'ensemble, ce bilan s'avère positif. Lorsque aucune allusion à la formation lors des réunions organisées par le réseau n'était faite spontanément par les personnes, une question de relance leur était adressée sur ce thème. D'une manière générale, c'est ce point que semble privilégier 37,5% des personnes interrogées. Il est à noter toutefois que d'autres personnes ont pu évoquer cette formation en termes positifs lors des précédentes questions.

En revanche, 33,3% des participants à l'étude jugent que le réseau ne change rien à leur relation avec les patients, qu'il s'agisse des patients inclus ou des autres. Ce chiffre est relativement important, et nous nous y arrêterons plus longuement dans la discussion.

25% des personnes interrogées notent toutefois un changement dans leur comportement à l'égard des patients, et 25% estiment que les patients sont satisfaits de la prise en charge dont ils ont fait l'objet.

Parmi les personnes qui estiment que le réseau n'a rien changé à leur relation avec les patients, deux avouent quand même un changement de leur comportement, soit 25% d'entre elles, et une personne témoigne de la satisfaction des patients, soit 12,5%.

Les autres thèmes sont moins fortement représentés, mais concernent des points ponctuels d'organisation.

16,6% des participants à l'étude estiment cependant ne pas avoir assez de recul pour se prononcer sur une éventuelle influence du réseau concernant leur relation avec les patients.

Seules 20,8% des personnes interrogées se sont exprimées explicitement sur l'amélioration de leur relations avec les patients grâce au réseau : 80% d'entre elles reconnaissent cette amélioration (soit 4 personnes), et 20% d'entre elles en émettent l'hypothèse, tout en gardant une réserve (soit une personne).

	Echange, réunions, formation	Modification du comportement	Dossier partagé	Patients contents	Réseau vu comme un outil	Artificialité du réseau	Pas assez de recul	Ne change rien	Le réseau améliore la relation avec le patient
1	x	x	+						Peut-être
2	x		+						
3	x			x			x		Oui
4				x		x	x		
5								x	
6							x		
7								x	
8	x				x				
9				x				x	
11								x	
12							x		
13					x			x	
15	x		?						Oui
16			-		x			x	
17					x				
18				x					
19		x							
20				x					Oui
21						x			
22		x							
23		x						x	
24	x	x	+		x				Oui
25		x						x	
26				x					
Statistiques	37,5%	25%	20,8% dont 60% + 20% - 20% ?	25%	20,8%	8,3%	16,6%	33,3%	20,8% dont 80% oui 20% peut-être

Discussion

I – Critique de la méthodologie

- La première critique que l'on peut apporter à cette étude porte sur le choix des variables prises en compte pour les participants à cette recherche : les médecins interrogés ont en commun d'intervenir au sein du réseau ASDES, et d'exercer dans les Hauts de Seine. Toutefois, les bassins de population qui constituent les patientèles de ces médecins sont très hétérogènes : certains médecins reçoivent des patients issus d'un milieu social favorisé, tandis que d'autres exercent parmi des populations parfois en grande difficulté sociale. Cette hétérogénéité s'est avérée déterminante pour certaines réponses et a probablement introduit un biais que nous n'avions pas prévu.
- La distinction spécialiste/généraliste semble aussi avoir eu une influence sur les réponses. Il est probable que la nature de la relation entre un médecin généraliste et un patient n'est pas exactement comparable à celle entre un médecin spécialiste et un patient. La nature du problème qui conduit le patient à consulter n'est pas la même, et celui-ci n'est pas toujours amené à revoir le spécialiste à long terme. Toutefois, ceux-ci n'étant que trois, et leurs réponses ne se distinguant pas significativement des autres, nous n'avons pas jugé utile de les écarter.
- Si les avis des médecins concernant l'action du réseau ASDES a toute son importance, il semble néanmoins que le recul ne soit pas encore suffisant. Les patients inclus le sont au maximum depuis trois ans, ce qui, aux dires de certains médecins, est trop récent pour pouvoir se prononcer en terme de réussite, ou d'évolution dans la relation.
- Enfin, la critique majeure que l'on peut formuler ici est celle de n'avoir interrogé que des médecins, concernant une relation qui se construit à deux. Interroger les patients n'a pas été faisable pour des raisons matérielles et de temps. Mais on ne peut ignorer le biais introduit par l'univocité des témoignages. Ce qui relève de l'attitude des patients ne résulte que de ce que les médecins ont pu en dire.

II – Comparaison des résultats à la théorie

1 – Les notions pressenties

Dans l'introduction, un certain nombre de notions avaient été présentées et développées, dans le but de les utiliser pour analyser les résultats obtenus à l'issue des entretiens. Il est à présent nécessaire de confronter ces résultats aux données théoriques, afin de rendre compte de leur validité face à la pratique.

A – Attitude

Les résultats obtenus ne vont pas dans le sens de l'opinion courante concernant les attitudes traditionnellement attribuées aux médecins et aux patients. Les médecins décrivant leur attitude d'un point de vue professionnel et technique sont minoritaires, tandis que ceux qui insistent sur l'adaptation au patient, qui mettent en avant le côté relationnel sont largement majoritaires. Un tel type d'attitude fait appel à des qualités d'observation et de psychologie qui, certes, exigent que le médecin tienne compte de la situation du patient et s'y adapte, mais surtout, qui mettent en jeu les qualités personnelles du médecin et font intervenir ce que nous avons nommé le pôle subjectif de l'attitude, c'est-à-dire le pôle qui produit la situation. Une telle affirmation peut paraître paradoxale : comment, en effet, parler d'une attitude qui s'adapte à la situation et dire en même temps que cette situation est produite par l'attitude ? L'attitude du médecin s'adapte au patient dans la mesure où chaque patient, de par son caractère particulier, appelle à un type de relation plus ou moins déterminé. Dans ce sens, l'attitude du médecin est modulée sur le plan du *comportement*. Mais d'un autre côté, l'attitude produit la situation parce que les patients choisissent le médecin. Comme l'exprime l'une des personnes interrogées, « on a souvent une clientèle qui nous ressemble un peu » (M16). Les patients ont choisi au moins en partie leur médecin en fonction de sa *personnalité*. Comme l'explique Alain Touraine, les attitudes sont « définies comme variables intermédiaires entre la personnalité et le comportement ». Or dans la description de leur attitude, l'accent est mis la plupart du temps sur l'expression de cette personnalité. La perception de leur attitude médicale semble donc, pour les médecins, orientée vers le pôle subjectif.

L'attitude des malades est ici plus difficile à cerner, d'abord parce qu'elle ne faisait l'objet d'aucune question, mais aussi parce que les témoignages qui ont émergé à ce sujet au cours des entretiens sont issus des médecins eux-mêmes, et ne sont sans doute pas vraiment représentatifs de la réalité. Toutefois, l'examen des difficultés rencontrées par ces professionnels montre que les problèmes relationnels sont majoritaires. Ils sont dus soit à une agressivité ressentie à l'égard du médecin, soit à des exigences considérées comme démesurées ou injustifiées. Les difficultés relatives aux caractères qui ne s'accordent pas montrent bien que la relation a effectivement lieu

de part et d'autre sur le plan de la subjectivité, indépendamment de toute relation professionnelle.

En revanche, les patients qui sont décrits par les médecins comme trop exigeants et considérés comme des patients difficiles ne sont pas perçus sous l'angle subjectif de leur attitude, mais plutôt du côté du pôle cognitif. Ces patients sont en effet dans une démarche – certes maladroitement – de recherche de santé, ils témoignent d'un comportement utilitaire qui correspond au pôle cognitif de l'attitude telle qu'elle a été décrite par Alain Touraine. On comprend alors les difficultés qui peuvent surgir entre un professionnel qui cherche à exprimer sa personnalité pour adoucir une relation initiée par une souffrance, et un malade qui se place délibérément dans une situation de demande ou de récrimination, parfois injustifiées.

En outre, les résultats des questions I3a et b viennent confirmer l'orientation de l'attitude des médecins vers le pôle subjectif. Plus de la moitié des médecins avouent que certaines situations ou certains patients leur ont déjà rappelé un vécu personnel. Presque la moitié d'entre eux disent en retirer une meilleure compréhension du patient, mais 42,8% affirment malgré tout conserver une certaine neutralité ou du recul par rapport à cela. Cette notion de vécu personnel montre bien la complémentarité des deux pôles : ce vécu est réinvesti dans la sphère professionnelle, de manière à approcher le patient de façon plus adéquate. Toutefois, la distance sur laquelle les médecins insistent tant demeure omniprésente. Il y a bien un sens dans l'épanchement des sentiments, qui va du patient vers le médecin, mais quasiment jamais du médecin vers le patient, comme si le professionnel voulait éviter à tout prix la fusion avec celui qui lui dévoile tout. En conservant un sens unique dans ce type de communication, les médecins s'assurent la possibilité de maîtriser la relation. Cette conception explique sans doute aussi en partie le fait que les médecins vivent si mal les demandes incessantes et parfois injustifiées de certains patients, qui eux, sortent de ce schéma dans lequel ils seraient les seuls à se livrer.

a – Sollicitude

L'une des notions introduites dans notre corpus théorique est la sollicitude. Les médecins ont été interrogés sur la signification qu'ils accordaient à ce terme, et les résultats obtenus sont très hétérogènes. Il est probable qu'un peu plus de recul sur la question aurait amené des réponses plus explicites sur le sens donné à cette notion de sollicitude.

Ce qui transparaît toutefois le plus nettement dans les réponses, c'est la mise en défaut de l'aspect de mutualité que revêt le concept. Si les médecins estiment exercer une certaine sollicitude envers leurs malades, il semble en revanche que la réciproque ne soit pas toujours vraie. Certes, il est difficile d'estimer la proportion de patients « difficiles », qui ne respectent pas le médecin qu'ils sont venus consulter. On peut supposer que la grande majorité des malades ont une relation « normale », cordiale avec leur médecin. Toutefois, si les réponses sont aussi unanimes pour ce qui concerne le manque de respect, l'agressivité de certains patients, il est possible de supposer que ces situations sont courantes, et suffisamment mal vécues pour qu'elles soient évoquées à chaque fois. Un seul médecin (M25) relativise le manque de sollicitude du

patient envers elle, en avançant le fait que son objectif est avant tout la guérison du patient.

Les regrets exprimés par les médecins face à ce type d'attitude témoignent de la dimension affective qui intervient dans la relation avec le patient. « L'union intime entre la visée éthique de la sollicitude et la chair affective des sentiments » évoquée par Ricœur se trouve confirmée ici. Mais le modèle théorique de la relation fondée sur la sollicitude trouve aussi ses limites, dans la mesure où il n'envisage cette sollicitude qu'à l'égard d'un malade souffrant, dépendant du savoir et du savoir-faire d'un médecin qu'il ne peut alors que respecter. Or un tel schéma ne correspond plus à la réalité dont font état les personnes interrogées. La sollicitude du médecin, lorsqu'elle existe effectivement, peut venir se buter contre les exigences et la revendication d'une liberté que l'on ne peut nier au patient, mais qui viennent perturber l'élaboration classique d'une relation patient-médecin.

Il semble donc que la relation médecin-malade fasse l'objet d'une évolution : l'abandon de l'attitude paternaliste qui caractérisait autrefois le médecin est aujourd'hui avéré, mais il ne faut pas négliger l'évolution qui touche l'attitude des patients eux-mêmes. Si la plupart des patients maintiennent sans doute une relation fondée sur la confiance, la tendance est néanmoins à la prise de responsabilités, qui, dans certains cas, peut dériver vers une attitude de toute-puissance exigée par le patient lui-même.

b – Actes justes / actes de justice

Une telle qualification des actes médicaux peut surprendre, mais elle n'en comporte pas moins une certaine légitimité, que Paul Ricœur établit dans plusieurs écrits. Celui que nous considérons procède à une comparaison des processus de décisions médicales et de décisions judiciaires. Ce qui est commun à ces deux processus, c'est un corpus de règles, qu'il s'agit d'interpréter pour produire un jugement – prescription médicale d'un côté, parole de justice de l'autre, que l'on peut regrouper sous l'expression actes de justice. Or la particularité des actes qui sont effectués dans ces circonstances réside dans le fait que ces règles doivent être appliquées à un cas particulier. La personne doit donc être considérée dans sa singularité : la prescription doit être adaptée à son cas ; les informations que le médecin doit lui délivrer sur son état de santé doivent être conformes à ce que le patient est en mesure d'entendre et de comprendre, ce qui constitue alors un acte juste. En ce sens, acte de justice et acte juste sont distincts mais complémentaires, et interviennent au même titre dans l'élaboration des décisions médicales.

L'intitulé de la question (l'emploi du pronom relatif « ou ») a certainement conduit les personnes interrogées à penser qu'elles devaient choisir entre les deux expressions, l'objectif étant en réalité d'obtenir un aperçu de la façon dont ces expressions pouvaient être interprétées. Néanmoins, les réponses recueillies montrent que la nuance est bien saisie entre ce qu'il convient de faire pour tous les patients, sans distinction de culture, de religion ou autre, et ce qu'il convient de faire pour chacun en particulier, même si la première attitude prévaut dans les réponses. Certaines personnes adhèrent à la définition d'actes de justice, d'autres nomment acte juste le fait de faire les mêmes actes pour tout le monde. Quoi qu'il en soit, les subtilités

sémantiques cèdent la place aux précisions apportées dans les réponses, et la notion d'égalité dans les soins émerge de façon majoritaire.

Cette prévalence d'une constance dans les attitudes ne va pas précisément dans le sens des réponses données à la question I1, où les personnes interrogées affirmaient pour la plupart s'adapter au patient et agir en fonction des réactions et du caractère de celui-ci.

On ne peut néanmoins remettre en cause, pour le moment du moins, les résultats à cette question, puisque l'on peut présumer qu'elle a été mal interprétée par certaines personnes. Si toutefois les actes médicaux compris comme des actes de justice essentiellement devaient s'imposer, c'est la visée d'une juste distance qui serait alors à remettre en cause.

B – Distance

Ainsi que nous l'avions précisé dans l'introduction, nous avons choisi d'envisager la relation patient-médecin en terme de distance, puisque c'est justement la distance qui pose quelques ambiguïtés : il s'agit donc de structurer cette distance.

La distance adéquate entre médecin et patient est difficile à réaliser, et les réponses montrent que les médecins sont parfaitement conscients de cette ambiguïté. Ils sont nombreux à considérer qu'une certaine distance doit être maintenue, et lorsqu'un engagement plus poussé envers le patient est nécessaire, par exemple pour lui faire dire ce qu'il cache et qui le fait souffrir, les termes employés montrent toute la violence qui est ressentie, par le patient comme par le médecin : « les violer », « infraction violente dans la vie privée », « une forme d'agression », « je les viole », « transgression ». L'engagement envers le patient est presque toujours vécu comme une nécessité, et rarement comme un choix. Dans ce sens, on constate à nouveau le témoignage du respect dont les personnes interrogées disent user à l'égard de leurs patients.

Le plus souvent, l'accent est mis sur la distance à maintenir avec les malades, notamment avec ceux qui chercheraient à s'investir un peu trop dans une relation qui ne serait plus une relation médecin-malade. Même avec les patients pour lesquels la relation demeure fondée sur une confiance réciproque, les médecins cherchent en général à maintenir une distance suffisante, et dont ils restent maîtres. Cette insistance ne se limite d'ailleurs pas à la question III4. Au cours des entretiens, nombreux sont ceux qui ont insisté à plusieurs reprises sur l'importance d'une telle distance à maintenir.

Un point étonnant et significatif est à souligner ici : presque un quart des personnes interrogées ont mentionné le fait qu'elles ne soignaient pas leur famille, ou qu'elles étaient réticentes à le faire, alors qu'aucune question n'abordait directement le sujet. Ce fait montre toute l'importance symbolique de la distance et la place stratégique de l'affectivité dans les rapports. La proximité qui existe entre les différents membres d'une même famille – proximité physique, sociale, éducative et affective – empêche d'avoir l'objectivité et l'impartialité qui doivent présider à tout acte médical (comme à tout acte judiciaire, si l'on reprend la comparaison menée par Paul Ricœur).

Cette distance trouve en outre une matérialisation sous différentes formes, mentionnées à plusieurs reprises au cours des entretiens : le bureau entre le patient et le médecin, le vouvoiement, les honoraires à régler, une certaine étanchéité entre la vie

personnelle du médecin et les patients (numéro de téléphone personnel non transmis), voire même la place sociale occupée par le médecin.

C – Savoir médical

La question concernant l'influence du savoir médical sur les relations patient-médecin est celle qui a donné lieu aux réponses les plus fournies. Les résultats de cette question montrent toute l'importance du savoir dans l'élaboration de ce lien particulier. On peut même avancer que le savoir est une donnée émergente dans la relation classique, et en devient ainsi l'un des pivots. Avec l'apparition des nouvelles technologies de communication, et l'engouement des médias pour tout ce qui touche à la santé, le savoir devient une donnée sociologique qui prend une importance accrue. En étant accessible au plus grand nombre, ce savoir médical prend toutefois le risque de se trouver vulgarisé, donc d'être partiel, lorsqu'il n'est pas tout simplement erroné. La communication et l'échange de ces informations deviennent alors fondamentaux, et le médecin se trouve chargé d'une nouvelle tâche d'information, mais aussi d'explicitation. Il est clair que l'émergence de ce savoir médical parmi la population cause de grandes difficultés relationnelles aux médecins. L'attitude agressive de certains patients, la remise en cause d'un savoir qu'ils étaient, il y a peu encore, seuls à posséder, et la déformation des informations glanées peuvent heurter, voire irriter les professionnels de santé. Toutefois, l'évolution des variables intervenant dans la relation doit être prise en compte. Le progrès et le développement constant des savoirs eux-mêmes obligent par ailleurs les médecins à remettre sans cesse à jour leurs connaissances. L'attitude des deux médecins interrogés qui considèrent que les savoirs des patients sont une remise en cause bénéfique de leurs propres connaissances est, de ce point de vue, exemplaire.

Néanmoins, les difficultés relationnelles ne peuvent être toutes réglées par une telle attitude, ne serait-ce que par le comportement de certains patients qui persistent, envers et contre tout, à croire des informations pourtant erronées.

Il semble donc qu'une prise de conscience de l'évolution des modes d'accès aux savoirs soit, d'une part, indispensable pour les praticiens. D'autre part, une réflexion s'impose sur la façon d'accueillir les personnes revendiquant un savoir, et sur la façon de répondre à leur demande – demande qu'il est nécessaire d'identifier au préalable, la réponse n'étant pas la même si le patient est en souffrance, ou s'il cherche seulement à s'imposer.

Les nouveaux modes d'appropriation du savoir transforment, de fait, les rapports des hommes entre eux. Et l'hétérogénéité des savoirs tel qu'elle se donne à voir dans la relation médecin-patient témoigne d'une évolution plus fondamentale dans les rapports sociaux. La distinction entre savants et ignorants, et avec elle, les rapports de supériorité et de puissance, tendent à s'estomper, pour laisser place à une nouvelle organisation des savoirs. Les tensions ne pourront probablement s'apaiser que dans la mesure où chacun des protagonistes de la relation sera entré dans cet échange d'information, et aura perçu l'autre non plus comme un adversaire, mais comme un partenaire. Elles persistent sans doute dans la mesure où les connaissances se développent alors que parallèlement, l'« ancien » mode de relation patient-médecin subsiste sous certains aspects.

Une proposition visant à apaiser les tensions produites par un conflit des savoirs pourrait consister, pour le médecin, à anticiper en interrogeant le malade sur ce qu'il

sait et sur la nature de ses sources, avant d'exposer lui-même son avis sur le traitement à suivre.

En cas de désaccord persistant, une recherche conjointe pourrait être proposée, ou bien l'avis d'un autre médecin pourrait être sollicité, sur la proposition du médecin consulté ou du patient.

Ce qu'il est important, dans tous les cas, de privilégier, c'est la façon même dont les informations circulent entre les individus, quelle que soit la nature de ces informations. Faire fonctionner des données en circuit fermé fait courir le risque de manipuler des informations périmées ; en revanche, avoir recours, même sur les conseils d'un patient, à des moyens nouveaux ou à des sources nouvelles, permet d'élargir le champ des données et d'assurer un climat plus apaisé dans la relation – quitte à infirmer les informations si la source ou le mode d'accès ne sont pas fiables.

Malheureusement, le problème qui ne manquera pas d'émerger alors est celui du temps, problème auquel il est difficile de trouver une solution.

D – Le temps

Les réponses apportées par l'ensemble des personnes interrogées sont relativement satisfaisantes par rapport aux hypothèses émises en introduction : nous étions partis du postulat que le temps de consultation était trop court, d'une façon générale, et qu'il ne permettait pas au médecin et au patient de s'engager dans une relation suffisamment poussée pour qu'elle soit satisfaisante. 84,6% des médecins interrogés affirment pourtant qu'il est possible de « jouer » avec le temps, autrement dit d'utiliser ce temps pour accéder aux objectifs qu'ils se sont fixés. La fonction instrumentale du temps, à défaut d'être toujours exploitée comme telle, est du moins reconnue par la majorité. Si plus du tiers des médecins ayant reconnu cette fonction instrumentale disent parvenir à maîtriser ce temps en allongeant les temps de consultations ou en multipliant celles-ci, plus d'une personne sur cinq considère malgré tout le temps comme une contrainte, voire comme la difficulté principale à laquelle ils doivent faire face.

Sur les cinq personnes considérant le temps comme une contrainte, quatre d'entre elles avouaient, à la question I2, avoir des difficultés d'ordre relationnel avec certains patients ; ces médecins représentent 33,3% des personnes ayant mentionné ce type de difficultés en I2. Toutefois, la grande majorité des personnes qui affirment jouer sur le temps de consultation font aussi état de problèmes relationnels dans cette même question. Ces difficultés ne sont donc pas l'apanage des médecins qui vivent le temps comme une contrainte. On peut néanmoins supposer que les médecins qui sauront jouer sur ce temps de consultation auront plus facilement raison des différends avec les patients, que ceux qui le perçoivent comme une contrainte et le subissent quotidiennement.

2 – Le réseau

A – Bilan des réponses

Une première constatation peut être faite relativement à la manière dont le réseau est perçu par les patients (toujours selon les médecins interrogés). Si une grande

majorité se montrent d'accord pour être inclus, une partie non négligeable de patients opposent une certaine hésitation ou réticence, voire même un refus, face à la signature ou aux questions auxquelles ils doivent se soumettre.

En outre, aux dires des personnes interrogées, la plupart des patients inclus se désintéressent très vite de cette inclusion ; ils acceptent parfois simplement parce que leur médecin le leur demande, « pour lui faire plaisir », et finissent même par l'oublier au bout d'un moment.

On peut s'interroger sur les conséquences d'un tel désintérêt. A priori, le fait que les patients ne se souviennent plus de leur inclusion dans le réseau ASDES n'a pas d'incidence sur la qualité de leur prise en charge. Toutefois, cela pose le problème du droit du malade à être informé, à accéder à son dossier médical, et à consentir aux traitements. En n'étant pas au fait de ses modalités d'accès aux soins, le patient perd une partie de son autonomie, puisqu'il ne peut, dans ces circonstances, maîtriser totalement ce qui lui arrive.

Le second point à aborder concerne les médecins eux-mêmes. Si quelques médecins pointent certaines défaillances du réseau (M11 et M26 mentionnent des cas non résolus, M26 accuse le réseau de détourner la clientèle), la majorité des personnes interrogées se déclarent satisfaites des services rendus par le réseau ASDES.

Mais des ambiguïtés apparaissent avec la question II5, qui cherchait à savoir si le réseau avait permis de changer les relations avec les patients inclus. Seuls 21,7% des médecins pensent que le réseau a effectivement changé leurs relations avec les patients inclus par leurs soins, contre 73,9% qui affirment le contraire, d'une façon souvent catégorique. Ces réponses sont en général justifiées, et sont confirmées dans les réponses à la question suivante, puisque seules deux personnes estiment observer une différence dans leurs relations entre les patients inclus et les patients non inclus.

La question II7 vient pourtant apporter un éclairage différent : 87,5% des personnes interrogées pensent que le réseau est en mesure de régler certains problèmes qu'ils peuvent rencontrer. Parmi les apports du réseau mentionnés dans les réponses, trois médecins avouent porter un regard différent sur certains patients depuis que ceux-ci ont été inclus. Or ces médecins font partie de ceux qui, à la question II5, avaient répondu négativement. Posée directement, la question II5 n'a pas permis d'obtenir un grand nombre de réponses positives, mais des questions plus générales ont permis à certains médecins d'exprimer ce dont ils n'avaient peut-être pas conscience. On retrouve la même situation dans les réponses à la question III7, qui interroge les médecins sur le bilan qu'ils peuvent effectuer relativement à l'inclusion dans le réseau, en matière de relation médecin-patient. M3, qui hésitait en II5, affirme explicitement que le réseau a amélioré des relations avec les patients inclus, de même que M15 qui répondait négativement en II5.

Au total, on peut donc dire qu'un tiers des médecins observent une évolution ou une amélioration dans leurs relations avec les patients inclus, ce qui n'est pas négligeable. Les autres médecins insistent davantage sur l'aspect professionnel que sur l'aspect relationnel, en estimant que le réseau leur apporte un meilleur comportement professionnel, une meilleure attention, et disent faire bénéficier ces gains à tous leurs patients. Certains médecins avouent à présent poser certaines questions qu'ils n'auraient pas osé ou pas pensé poser si le réseau n'avait pas abordé le sujet. On peut légitimement croire qu'une telle évolution dans les comportements ne peut rester sans

incidence sur la relation. Des patients qui se sentent écoutés, compris, à qui l'on pose les bonnes questions auront probablement une confiance accrue dans la personne qui les aura ainsi pris en charge.

Le fait que la majorité des médecins interrogés ait nié qu'une meilleure relation se soit installée avec les patients inclus est probablement dû au fait qu'une telle affirmation puisse être ressentie comme injuste par rapport aux patients non inclus. Comme les réponses la question III2 l'ont montré, un grand nombre de médecins disent effectuer les mêmes actes pour tout le monde. Ce comportement relève de la conscience professionnelle, d'un objectif auquel les praticiens essaient de rester fidèles. Avouer que des relations puissent être meilleures avec certains patients qu'avec d'autres du fait d'une prise en charge différente remet en cause cet objectif. De toute évidence, notre but n'était pas de démontrer une telle chose. Ce que nous pouvons tirer néanmoins de ces résultats, c'est que le fait d'inclure des patients dans un réseau de soins permet au médecin d'élargir les bienfaits qu'il retire lui-même de cette nouvelle prise en charge à ses autres patients.

B – Les notions qui apparaissent

Un point que nous n'avions pas pensé à aborder dans les questions s'est imposé dans de nombreux entretiens : celui de la formation dispensée par le réseau. Hormis les spécialistes, la majorité des médecins interrogés ont souligné la qualité de la formation dispensée par le réseau ASDES et les bénéfices qu'ils en tiraient, tant du point de vue professionnel que du point de vue personnel (deux médecins ont souligné l'apport du réseau sur le plan de la réflexion personnelle).

En tant que « tiers », le réseau, et les personnes qui y oeuvrent, sur les plans médicaux ou sociaux, sont autant de moyens pour les médecins de « passer la main » lorsque la situation les dépasse, ou ne se trouve plus dans leur champ d'action. Il semble que le réseau joue parfaitement ce rôle du tiers, dans la mesure où il permet au médecin et au patient d'avoir un autre référent capable de prendre le relais de la prise en charge. D'une façon générale, il apparaît que la prise en charge au niveau médical et social est satisfaisante. Pour ce qui est de la relation, diriger un patient vers un intervenant extérieur peut permettre d'aplanir certaines difficultés, pour repartir sur de bonnes bases au niveau de la relation. M1 souligne que la prise en charge sociale d'un patient qui ne payait pas ses consultations a permis de gommer cette tension et de reprendre une relation beaucoup plus détendue.

Dans ce sens, on peut donc penser de façon légitime que le réseau constitue un agent potentiel de distanciation entre médecin et patient, puisque la relation sort du cadre du strict « colloque singulier ». Plusieurs médecins ont admis leur soulagement à orienter parfois un patient vers des correspondants extérieurs, que ces correspondants fassent d'ailleurs partie ou pas du réseau ASDES, ou même de tout autre réseau.

Mais il est vrai que la communication entre professionnels de santé ne peut être réalisée de façon convenable que si ces correspondants se connaissent et se font confiance mutuellement. En cela, les formations organisées par le réseau sont indispensables : rémunérées, elles constituent d'une part une reconnaissance de l'obligation de formation continue soumise aux médecins. D'autre part, elles sont l'occasion, outre les connaissances qu'elles apportent, de regrouper des médecins libéraux qui sont le plus souvent très isolés. Le fait de pouvoir échanger, poser des

questions et comparer les pratiques est un point qui a été souligné à plusieurs reprises par les personnes interrogées.

L'existence de ces formations, et le fait qu'elles soient particulièrement bien suivies, permet de penser qu'elles ont aussi leur influence dans les relations que ces médecins entretiennent avec leurs patients : elles constituent un support qui permet au médecin d'avoir l'assurance de pouvoir compter sur des correspondants connus, et sont, probablement, un moyen pour les praticiens d'avoir une meilleure assurance au niveau des décisions qu'ils prennent, les regroupements de confrères permettant de s'assurer régulièrement de ses propres pratiques. Si l'on se réfère à nouveau à la « petite éthique » de Paul Ricœur, on ne peut s'empêcher de penser que le réseau permet, de ce point de vue, de confirmer « l'estime de soi » indispensable au médecin pour exprimer sa sollicitude au malade, et ce, dans une visée éthique.

3 – La juste distance

D'après les résultats des entretiens, la juste distance est perçue ou réalisée de deux façons différentes, qui ne s'excluent pas mais sont relativement distinctes. Près de la moitié des personnes interrogées disent réaliser cette juste distance en s'adaptant au patient qui se trouve face à elles. 44% des médecins considèrent toutefois que la juste distance s'exprime dans le respect de la place de chacun. Cette dernière conception insiste tout particulièrement sur la distance à maintenir pour ne pas « se faire manger » (M13) par les patients. Nous l'avons vu avec les notions d'engagement et de distanciation, les médecins préfèrent, d'une façon générale, rester maître de la relation. Ce sont eux qui posent les règles, notamment en terme de distance ou de place à respecter. Les personnes qui disent s'adapter au patient s'inscrivent aussi dans ce type de démarche, dans la mesure où ils sont les membres actifs de la relation.

Le point de vue des patients nous fait ici cruellement défaut pour comparer les significations données à cette notion. Il est en effet difficile de présumer si les patients se sentent acteurs de la relation au même titre que les professionnels de santé, ou s'ils se maintiennent dans une attitude passive. Une telle attitude est souvent décrite par les médecins, et a permis à certains de soulever le problème du consentement du malade : la plupart de ces patients s'en remettent complètement à leur médecin et les laissent décider de tout ce qui concerne leur santé.

Le fait que la plupart des médecins se réclament d'une distance minimale à conserver, ou d'une place à respecter, peut être rapproché de leur conscience aigüe de la proximité, voire de la transgression qu'ils entretiennent avec les patients. Comme si cette transgression devait être régulée par une distanciation plus marquée dans les rapports coutumiers. La définition théorique de la juste distance comme distance « ni trop grande, ni trop réduite » paraît donc inadéquate ici.

En effet, nombre de médecins l'ont mentionné, poser certaines questions relève de l'agression, de l'irruption dans la vie privée des gens ; la distance est alors extrêmement réduite, et elle se fait même parfois à l'encontre de ce que souhaiterait le patient. Mais en même temps, il est quelquefois nécessaire pour le médecin de les poser, afin qu'une prise en charge adaptée puisse être organisée pour soulager la souffrance découverte. Il est certain qu'à ce moment-là, il est nécessaire pour le patient, comme pour le médecin, que celui-ci se dégage un peu de la promiscuité

atteinte pour que le malade fasse son chemin et règle un conflit qui n'est finalement que le sien.

Quoi qu'il en soit, indépendamment des cas extrêmes, l'auscultation elle-même constitue une transgression qui doit être rattrapée par l'attitude particulière du médecin, attitude que l'on peut nommer sollicitude dès lors qu'elle cherche le bien du patient, sans tomber dans la fusion affective.

Ainsi, la juste distance correspondrait plus à un état de la relation qu'à une place prédéterminée, le va-et-vient obligatoire entre engagement et distanciation étant l'une des caractéristiques principales de cette juste distance, qui varie, aux dires des personnes interrogées, selon les patients, mais aussi avec les mêmes patients selon les circonstances de leurs visites. On peut dire que la juste distance ne serait atteinte qu'avec la réalisation d'un équilibre au sein de la relation patient-médecin, équilibre qui reposerait sur la certitude pouvoir s'engager en comptant sur la possibilité toujours accessible d'un retrait. Ce retrait, la structure du réseau semble pouvoir l'apporter, au moins en partie, aux médecins libéraux.

Conclusion

A l'issue de ce travail, nous pouvons donc constater que les données théoriques sur lesquelles nous avons pris appui au préalable nous ont certes permis de structurer les hypothèses et les questions posées lors de l'entretien, mais ont surtout fait l'objet d'une certaine remise en cause dans la confrontation à la pratique.

Dans un premier temps, il semble que nous ayons sous-estimé l'importance du savoir médical dans la relation telle qu'elle s'établit à présent entre médecin et patient. Le savoir est une source de puissance, et comme toute source de puissance, il peut causer des dommages s'il est mal employé. Ici, en l'occurrence, les difficultés soulignées par les médecins interrogés montrent que les tords sont occasionnés par une distorsion au niveau du discours. Même si les connaissances apportées par l'un et l'autre des protagonistes de la relation sont en théorie les mêmes (elles constituent un discours sur le corps et la santé), la façon dont elles sont comprises et utilisées n'est pas la même pour chacun. Le médecin raisonne selon un ensemble de règles apprises au cours de sa formation, et le patient non professionnel raisonne selon sa propre logique, qui ne tient pas compte de la spécificité de son objet. Il est évident que l'on ne peut exiger de chaque patient qu'il s'adapte au raisonnement médical. En revanche, le médecin peut plus facilement s'adapter au mode de raisonnement du patient.

Il s'agit alors d'un véritable exercice de pédagogie, et le rôle d'éducateur de santé que peut endosser le médecin trouve ici tout son accomplissement. Le plus difficile est sans doute de se libérer des rapports de force traditionnellement engendrés par une confrontation des savoirs. Mais si le savoir de l'un possède la légitimité de pouvoir soigner, celui de l'autre n'en possède pas moins sa propre légitimité, celle de chercher à se responsabiliser au travers de la connaissance de son corps. Ce savoir-ci, même s'il peut s'avérer erroné, a donc le droit d'être entendu et pris en compte. Ce peut être en outre, comme l'ont souligné deux médecins, une nouvelle source de savoir pour le praticien lui-même. Reste l'irréductibilité des incompatibilités de caractère, au-delà desquels il est difficile d'aller ; mais le patient choisit son médecin, et en général, ces relations-là ne s'éternisent pas.

La notion théorique de juste distance est sans doute celle de laquelle l'examen des pratiques nous aura le plus éloignés. Loin d'être cette distance intermédiaire et adéquate que l'on pouvait supposer, la juste distance est en réalité une mouvance entre des attitudes dictées par les patients et les circonstances. Les notions de distance qui ont été diversement abordées durant les entretiens ont montré d'une part la conscience aigüe qu'ont les médecins du caractère particulier de leur activité dans ce qu'elle a de plus transgressif, et d'autre part, ont dévoilé cette espèce d'indécision entre engagement, ou adaptation au patient, et distanciation. Une distanciation qui se justifie autant par l'exigence d'objectivité que requiert leur pratique, que par le désir de protéger leur vie privée et leur propre sensibilité.

La juste distance se rapprocherait donc d'une visée qui aurait pour objectif une relation juste avec le patient, au sens où cette relation s'adapterait à la singularité de celui-ci. Sur le chemin de cette visée, le réseau, en tant que tiers et représentant de l'institution qui rend possibles les rapports sociaux, permet de rétablir l'équilibre rompu par l'engagement nécessaire du médecin envers le patient.

L'influence du réseau de soins sur la relation patient-médecin n'est pas une donnée incontournable ; il est évident que certaines relations, surtout lorsqu'elles sont bonnes, ne retirent d'une inclusion dans un réseau tel qu'ASDES que des bénéfices médicaux ou sociaux. Mais des relations difficiles peuvent trouver une issue salutaire au moyen d'une prise en charge globale et effectuée par des intervenants extérieurs, comme c'est le cas à la Polyclinique de Nanterre. En permettant de résoudre les problèmes « satellites » des patients, le réseau donne à ceux-ci l'occasion de renouer avec le médecin un dialogue fondé sur la confiance, et déchargé de tout ce qui peut perturber la relation. En cela, nous pouvons dire que le réseau influence effectivement la relation patient-médecin. Ne pourrions-nous pas souhaiter, alors, qu'émerge une prise de conscience quant à la possibilité d'utiliser le réseau comme un outil, capable d'améliorer aussi cette relation médecin patient ?

Annexe

Questionnaire ASDES

Sexe

Nombre d'années d'exercice

Date d'inclusion dans le réseau

La relation habituelle :

- 1) D'une façon générale, comment définiriez-vous votre attitude à l'égard d'un patient ?
- 2) Quels types de difficultés rencontrez-vous dans vos rapports habituels avec vos patients ?
- 3a) Lors d'une consultation, avez-vous déjà subi un sentiment en lien avec des représentations personnelles ?
- 3b) Si oui, quelle attitude avez-vous adoptée face à ces difficultés ?
- 3c) Avez-vous parlé à votre patient de ces difficultés ?
- 3d) Pensez-vous que jouer avec le temps soit une manière d'aplanir de telles difficultés ?

Le réseau :

- 1) Combien de patients avez-vous déjà inclus dans le réseau ?
- 2) Comment se sont déroulées ces (ou cette) inclusion(s) ?
- 3) De quelle manière avez-vous parlé du réseau à vos patients ?
- 4) Quelles ont été les réactions de ceux-ci lorsque vous avez évoqué le réseau ?
- 5) Pensez-vous que le réseau a changé vos relations avec les patients qui y sont entrés par votre intermédiaire ?
- 6) D'une façon générale, observez-vous une différence dans vos relations entre les patients que vous avez inclus dans le réseau et les autres ?

7) Pensez-vous que le réseau puisse améliorer, voire traiter les difficultés que vous pouvez rencontrer ?

Réflexion concernant la relation :

1) Que pensez-vous de la notion de sollicitude, entendue comme respect mutuel entre deux individus ?

2) En quoi vos actes se rapprocheraient-ils des expressions de Paul Ricœur « acte juste » (juste parce que la personne est prise en compte dans sa singularité) ou « acte de justice » (au sens d'application de règles médico-sociales et légales à un cas particulier) ?

3) Selon vous, la notion de savoir médical influence-t-elle votre relation :

- avec ceux qui n'ont pas accès à ce savoir ?
- avec ceux qui ont ce savoir ?
- avec ceux qui ont une approche de ce savoir plus ou moins complète ?

4) Comment les notions de distanciation et d'engagement vis-à-vis du patient vous sont-elles utiles dans votre pratique de tous les jours ?

5) Vous arrive-t-il de parler avec un patient de votre relation mutuelle ?

6) Que vous inspire l'expression de « juste distance » dans la relation médecin-patient ?

7) En terme de relation patient-médecin, quel bilan pouvez-vous faire relativement à l'inclusion dans le réseau ?

Bibliographie

- [1] Bagros, P. *Le discours médical : quelle pédagogie en médecine ?* 2001.
- [2] Cadoré, B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité*. Catalyses ed. 1994.
- [3] Christian Hervé, D.T., David Weisstub, *Visions éthiques de la personne*. L'Harmattan ed. 2001.
- [4] Davous, N., *Droit et devoir d'ingérence du médecin vis à vis du patient diabétique insulinodépendant*. 1993-1994: Paris.
- [5] Devalois, B., *Les conditions de la mise en réseau des acteurs de soins pour l'accompagnement de patients cancéreux en phase palliative, à partir d'une analyse des pratiques*. 1998-1999: Paris.
- [6] Elias, N., *Du temps*. Fayard ed. 1996.
- [7] François, I., *Evaluation des pratiques en matière de repérage et de prise en charge des femmes subissant des violences conjugales*. 2001: Paris.
- [8] François, I. *Secret professionnel / Secret médical*. 2002.
- [9] Gadamer, H.-G., *Philosophie de la santé*. Ed. Grasset et Fasquelle et Ed. Mollat ed. 1993.
- [10] Glyn Elwyn, A.E., Richard Gwyn, Richard Grol, "Toward a feasible model for shared decision making : focus group study with general practice registrars". *British Medical Journal*, 1999. 319: p. 753-756.
- [11] Hervé, C. *Droits et devoirs des personnes soignées et des personnes soignantes*.
- [12] Hervé, C. *La personne*. 2002.
- [13] Hervé, C., *La relation soignant-soigné*. 2002.
- [14] Honnorat, C. *Apprentissage de l'exercice médical - Le malade et sa maladie*. 2002.
- [15] Moutel, G., « Les réseaux de soins ville-hôpital : une approche de médecine globale ». *Le Courrier de l'Ethique Médicale*, 2001. 1: p. 27-30.
- [16] Ricoeur, P., *Soi-même comme un autre*. Le Seuil ed. 1990.
- [17] Ricoeur, P. *L'éthique médicale*. 1996.
- [18] Ricoeur, P., « Justice et médecine, la problématique de la Personne y est également posée », in *Visions éthiques de la personne*, L'Harmattan, Editor. 2001: Paris. p. 55-62.
- [19] Touraine, A., « La notion d'attitude », in *Psychologie, cancers et société*, L.e.d. temps, Editor. 1995: Paris. p. 65-72.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
INTRODUCTION.....	3
I – COMMENT OBJECTIVER LA RELATION MEDECIN-MALADE ?	3
1 – LA NOTION D’ATTITUDE	4
A – Définition.....	4
B – Attitude des protagonistes.....	4
a – Attitude du médecin.....	4
b – Attitude du patient	5
c – Ces attitudes définissent la distance entre médecin et patient	6
2 – LA DISTANCE OU L’ESSENCE DE LA RELATION	6
A – La relation définie comme distance.....	6
B – Structuration de cette distance	7
a – Secret médical.....	7
b – Vie privée	7
c – Consentement	8
3 – LA « JUSTE DISTANCE »	8
II – QUEL AGIR SUPPOSE CETTE JUSTE DISTANCE POUR LES PROTAGONISTES ?	9
1 – ASPECTS SOCIOLOGIQUES	9
A – Savoir médical	9
B – Le temps	10
2 – LE RESEAU DE SOINS	10
A – Son rôle.....	10
a – Un agent de distanciation entre le médecin et son patient.....	11
b – Il institutionnalise la place de chacun.....	11
B – Son action	11
a – Quels sont les enjeux ? (Pour le patient, pour le médecin, pour l’institution).....	11
b – Quels doivent être ses objectifs ?	12
3 – RESEAU DE SOINS ET VISEE ETHIQUE	12
A – La « petite éthique » de Ricœur.....	12
B – Le réseau de soins peut-il être ce « troisième terme » qui permettrait à la relation thérapeutique de s’épanouir dans cette « juste distance » ?.....	13
III – LE RESEAU ASDES : PRESENTATION	13
1 – LES RESEAUX VILLE-HOPITAL.....	13
2 – LE RESEAU ASDES	13
MATERIEL ET METHODE	15
I – OBJECTIF DE LA RECHERCHE	15
II – METHODE D’EVALUATION.....	15
III – OUTIL D’EVALUATION	15
1 – POPULATION CIBLEE	15
2 – ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	16
IV – PRISE DE CONTACT	16
V – METHODE D’ANALYSE.....	17

RESULTATS	19
I – DESCRIPTION DE LA POPULATION	19
II – RESULTATS	19
III – ANALYSE	61
DISCUSSION	89
I – CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE	89
II – COMPARAISON DES RESULTATS A LA THEORIE.....	90
1 – LES NOTIONS PRESENTIES	90
A – Attitude	90
a – Sollicitude.....	91
b – Actes justes / actes de justice	92
B – Distance	93
C – Savoir médical	94
D – Le temps	95
2 – LE RESEAU	95
A – Bilan des réponses	95
B – Les notions qui apparaissent.....	97
3 – LA JUSTE DISTANCE	98
CONCLUSION.....	101
ANNEXE	103
BIBLIOGRAPHIE	105
TABLE DES MATIERES	107