

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2011

N° 129

THESE
pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE GENERALE

par

Arnaud LE ROLLE

né le 3 juillet 1979 à Angers

présentée et soutenue publiquement le 31 octobre 2011

<p>FACTEURS INFLUENÇANT LA RECHERCHE DES SIGNES CLINIQUES EN MEDECINE GENERALE</p>
--

Membres du jury

Président du jury : Monsieur le Professeur Jacques-Henri BARRIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre POTTIER

Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

Monsieur le Docteur Pierre SPIESSER

Madame le Docteur Anne-Chantal HARDY

Sommaire

I. Introduction	11
1. Quelques définitions	11
2. Problématique	11
2. 1. Place de la recherche des signes cliniques en médecine	12
2. 2. Influence des conditions sociétales sur l'exercice de la sémiologie en médecine générale	19
2. 3. Expérience personnelle du chercheur	22
3. Objectifs	23
II. Positionnement épistémologique de l'étude et généralités sur les méthodes utilisées	25
1. La théorie ancrée	25
2. Ethnographie	28
3. Objectivité et scientificité du travail qualitatif	28
III. Phase exploratoire	31
1. Matériel et méthodes	31
1. 1. Echantillonnage des médecins généralistes	31
1. 2. Modalités de recueil des données	32
1. 3. Technique d'entretien	33
1. 4. Méthode d'analyse des données	35
2. Résultats	39
2. 1. La formation médicale	41
2. 2. Deux considérations matérielles	42
2. 3. La démarche clinique	46
2. 4. Le médecin	52
2. 5. L'interaction médecin patient	57
2. 6. Le patient	64
2. 7. Les examens paracliniques	65
2. 8. Activités hors du cabinet	66

3. Discussion transitionnelle	70
IV. Phase d'observation directe	73
1. Matériel et méthodes	73
1. 1. Echantillonnage des médecins	73
1. 2. Modalités de recueil des données	74
1. 3. Méthode d'analyse des données	76
2. Résultats	79
2. 1. Considérations matérielles	82
2. 2. Introduction de la consultation	92
2. 3. Les motifs de recours	93
2. 4. Les objectifs de la consultation	102
2. 5. Généralités sur l'examen clinique	103
2. 6. L'entretien	106
2. 7. L'examen physique	122
2. 8. Le médecin	137
2. 9. Le patient	144
2. 10. Le suivi	146
2. 11. Les tiers	149
2. 12. Activités hors du cabinet	150
2. 13. Le médecin spécialiste	160
V. Discussion	163
1. Critères d'objectivité et de scientificité	163
2. Les principales découvertes	166
VI. Conclusion	173
VII. Bibliographie	175
VIII. Annexes	179

I. Introduction

1. Quelques définitions

La sémiologie médicale est la partie de la médecine qui étudie les signes des maladies.

L'examen clinique comporte deux éléments, l'entretien avec le patient et son examen physique.

Le symptôme est le trouble fonctionnel subjectif, perçu et décrit par le patient.

Le signe clinique est la manifestation pathologique constatée objectivement par le médecin. Il peut être recueilli à l'issue de l'entretien ou de l'examen physique.

Le diagnostic est le résultat de l'analyse d'une situation médicale. Il est pris dans son acception la plus large et non réduit au diagnostic positif d'une pathologie, loin d'être nécessaire dans toute consultation de médecine générale.

2. Problématique

Pourquoi s'intéresser aujourd'hui à la problématique de la recherche des signes cliniques en médecine générale ?

Nous répondrons à cette question en l'abordant selon trois axes complémentaires :

- dans un premier temps, après un rappel des théories générales du raisonnement clinique, nous soulignerons que la recherche des signes cliniques est fondamentale en médecine ;
- nous nous pencherons ensuite sur les conditions sociétales qui semblent influencer l'exercice de la sémiologie en médecine générale ;
- enfin, nous aborderons la perception de ces influences par l'enquêteur, au travers de son expérience personnelle, perception à l'origine de son engagement dans ce travail.

2. 1. Place de la recherche des signes cliniques en médecine

2. 1. 1. Théorie générale du raisonnement clinique en médecine

Si l'on se réfère aux théories actuelles sous-tendant le raisonnement clinique, il apparaît évident que la place accordée à l'obtention des signes est hautement dépendante des stratégies utilisées pour résoudre le problème médical. En effet, le raisonnement clinique fait appel à de nombreuses fonctions cognitives interdépendantes, réalisant un processus complexe. Il est ainsi possible d'identifier trois types d'activités cognitives en jeu lors d'une stratégie diagnostique : le raisonnement inductif, abductif et déductif. [1]

① Le raisonnement inductif

Dans le raisonnement inductif, le médecin progresse vers la décision médicale en partant de la plainte du patient. Il construit le problème du patient en s'appuyant sur les données cliniques. Ce raisonnement repose sur l'interprétation de ces données, en dehors de toute hypothèse posée a priori.

Les phases successives sont la représentation de la plainte du patient, la collecte exhaustive ou orientée des données cliniques, leur interprétation, et la construction du problème.

② Le raisonnement abductif

Au cours du raisonnement abductif, le médecin s'appuie également sur les données cliniques, mais les confronte rapidement à des références théoriques pour générer des hypothèses.

La génération des hypothèses peut être active et consciente. Elle se fonde alors sur des regroupements syndromiques, des connaissances anatomiques et physiopathologiques, ou des algorithmes décisionnels, retenus tels quels dans la mémoire à long terme.

Elle peut aussi être automatique et inconsciente. C'est le cas de la reconnaissance de script, où une solution unique émerge immédiatement de la confrontation à une situation

médicale connue. La reconnaissance de script est étroitement liée à l'expérience du praticien, qui réagit alors comme un expert.

③ **Le raisonnement déductif**

Lors du raisonnement déductif, les hypothèses sont mises à l'épreuve des données cliniques selon des critères d'acceptabilité et de réfutabilité qui permettent la hiérarchisation des hypothèses, puis le choix d'une solution.

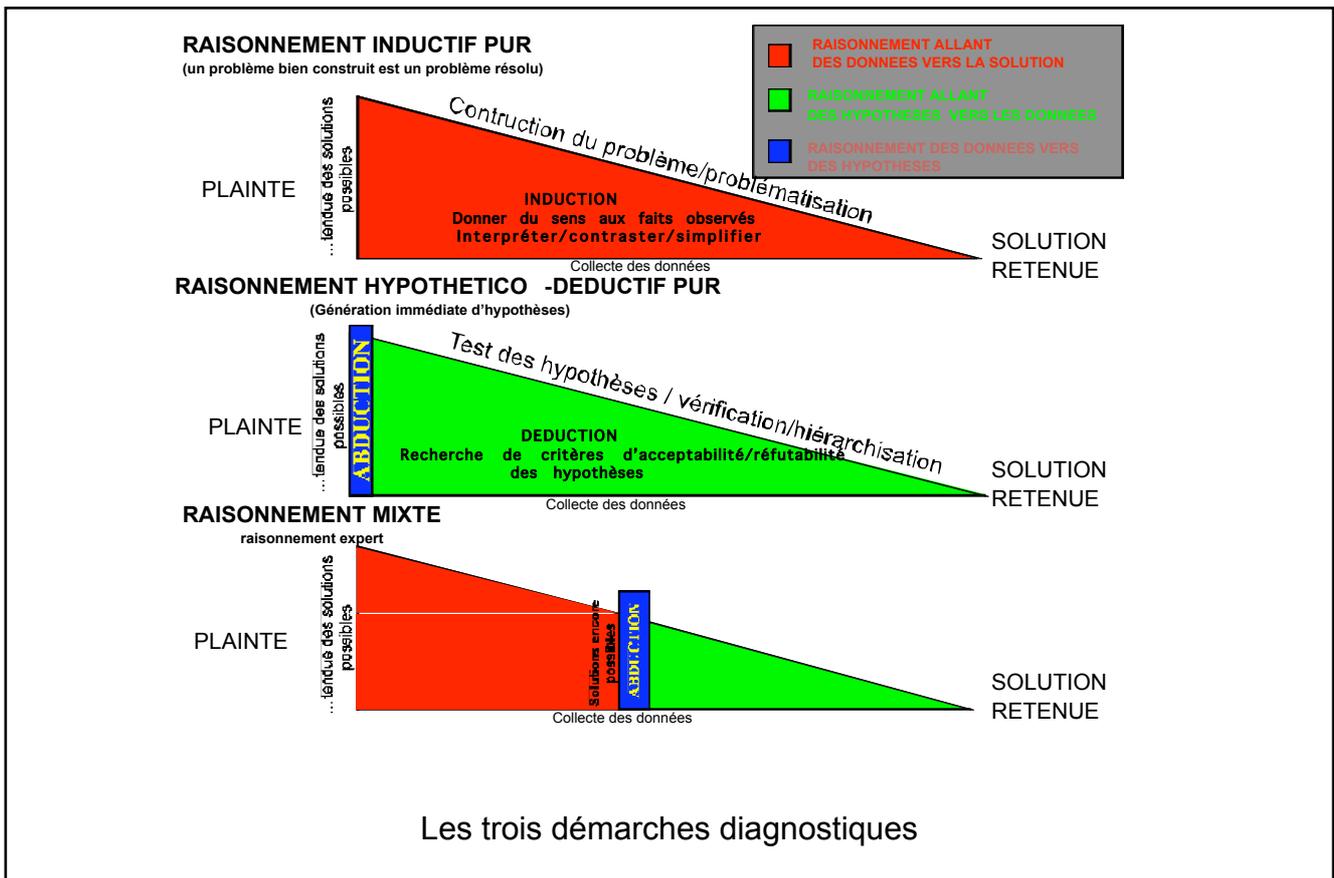
Dans ce cadre, le recueil des données cliniques est déterminé par les hypothèses envisagées, dans un but d'infirmité ou de confirmation. La recherche des signes cliniques est orientée par une ou des hypothèses préconçues, et non pas ouverte comme dans la phase inductive.

④ **Les démarches diagnostiques**

Une démarche diagnostique peut être basée sur un raisonnement inductif ou déductif pur, sur une reconnaissance de script ou sur un raisonnement mixte, mêlant induction, abduction et déduction.

C'est ce que résume le schéma de la page suivante.

Nous comprenons ici la variabilité de la place du recueil des signes cliniques dans la démarche diagnostique, en fonction du mode de raisonnement appliqué.



2. 1. 2. Une modélisation de la consultation de médecine générale : la CISP

Si elles permettent une vision globale des activités cognitives en jeu lors du raisonnement médical, les théories exposées plus haut ne tiennent pas compte des spécificités de la médecine générale.

Dans un effort de rationalisation des enjeux de la consultation en médecine générale, une classification internationale a été établie par l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes.¹ Il s'agit de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP), déclinaison de la Classification Internationale des Maladies (CIM).

La CISP est un modèle qualitatif de recensement des enjeux de la consultation de médecine générale, dont l'étude permet d'appréhender le caractère primordial de l'examen clinique.

¹ Traduction française pour World Organisation of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians, dont le titre simplifié est World Organisation of Family Doctors (WONCA).

La première version de la CISP date de 1987, la deuxième de 1998. En 2000, une version électronique actualisée est parue. En 2003, la CISP a officiellement été reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En 2005, les correspondances avec la dernière version de la CIM (CIM-10) ont été établies. [2]

La CISP propose un outil à trois entrées : le motif de recours, le type de problème de santé et la procédure de soins réalisée ou envisagée. [3]

Le motif de recours correspond à la demande du patient.

Les problèmes de santé sont de sept ordres possibles [4] : symptômes et plaintes, procédures diagnostiques et préventives, procédures thérapeutiques, résultats d'examens complémentaires, procédures administratives, autres types de demandes, et enfin diagnostics et maladies.

La procédure est la réponse donnée par le médecin à la demande du patient.

L'analyse de ces trois éléments doit permettre de coder le contenu de toute consultation, dans une exigence d'exhaustivité assumée.

Cette classification, qui vise l'exhaustivité, renseigne sur la place fondamentale de la recherche des signes cliniques en médecine, en fonction du type de problème de santé.

En effet, celle-ci est évidente dès lors :

- que le patient se présente avec une symptomatologie nouvelle (problème de santé « symptômes et plaintes »),
- qu'il existe une démarche diagnostique (problème de santé « procédures diagnostiques et préventives »).

Une jeune femme de 30 ans consulte parce qu'elle tousse depuis une semaine.

Elle est probable dès lors :

- qu'un traitement est instauré, puisque l'efficacité clinique peut être vérifiée (problème de santé « procédures thérapeutiques »),
- qu'un diagnostic est connu, puisqu'un contrôle clinique peut être jugé nécessaire (problème de santé « diagnostics et maladies »).

La recherche des signes cliniques peut également être réalisée dans le cadre de l'analyse d'examens complémentaires (problème de santé « résultats d'examens complémentaires »).

Un homme de 45 ans consulte pour une thrombopénie, imposant la recherche de signes hémorragiques.

A l'inverse, la CISP pointe les situations où la démarche clinique ne sera pas centrale, telles qu'en cas de motif de recours d'ordre social ou administratif.

Une femme de 41 ans consulte pour un problème relationnel avec son conjoint.

La place de la recherche des signes cliniques en médecine est donc variable selon le motif de recours. Néanmoins, la CISP démontre que cette recherche est importante dans une majorité de situations.

2. 1. 3. Les principaux motifs de recours en médecine générale, en France

Si la CISP recense l'ensemble des enjeux liés aux consultations de médecine générale, elle reste d'ordre qualitatif, et ne considère pas les fréquences des motifs de recours. Ces données épidémiologiques peuvent être précisées en examinant les données récentes de la littérature médicale française.

Une enquête ^[6] de la Drees ¹ réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux a estimé la fréquence des différents motifs de recours : hypertension artérielle (17 %), examen systématique ou de prévention (8 %), angoisse ou anxiété (8 %), rhinopharyngite (5,5 %), pour ne citer que les plus fréquents. Les diagnostics les plus fréquents pour les

¹ Drees : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

moins de 13 ans étaient les rhinopharyngites (20 %), les angines (10 %), les otites (7,5 %) ou les vaccinations (8,5 %). Pour les patients de plus de 70 ans, il s'agissait de l'hypertension artérielle (34 %), de l'anxiété (9 %) et de l'arthrose (10 %).

Cette étude a réparti les motifs de recours en six catégories : contrôle ou suivi d'une affection chronique stable (42 %), affection aiguë (36 %), autres recours (9 %), déstabilisation d'une affection chronique (7 %), affection en cours d'exploration (3 %), premier diagnostic d'une affection (2 %).

Dans une étude ^[7] de 1998 portant sur l'état de santé et le recours aux soins des adolescents, il est rapporté que ces recours concernent les maladies ORL (25 %), les maladies de peau (11 %), les motifs administratifs et sociaux (6,5 %), les troubles mentaux et du sommeil (6 %), les actes de prévention (5,5 %). Chez les adolescentes, 8 % des recours étaient liés à la contraception.

Une étude ^[8] de 2003 sur la polymédication chez la personne âgée a recensé les principaux motifs de recours des patients de plus de 70 ans. Les consultations retenues dans cette étude concernaient l'hypertension artérielle (41 %), l'hyperlipidémie (21 %), l'arthrose (10 %), l'angor ou l'insuffisance coronarienne (9,5 %), le diabète de type 2 (9,5 %), l'insomnie (8,5 %) et l'arthropathie ou la périarthropathie (8 %), pour ne citer que les principaux.

Au total, ces données quantitatives sur les principaux motifs de recours en médecine générale, ajoutées à celles qualitatives de la CISP, suggèrent une place centrale de la recherche des signes cliniques au sein de la consultation.

2. 1. 4. Le diagnostic de situation

Nous abordons ici la notion de diagnostic de situation, afin d'élargir notre perception des enjeux liés à la médecine générale et d'apporter une autre perspective sur la place du recueil des signes cliniques.

En médecine générale, les situations où le médecin aboutit à un diagnostic positif et étiologique précis ne sont pas forcément majoritaires. Des théories ont été forgées pour

sortir de ce paradigme trop restrictif de la démarche diagnostique et élargir les concepts rattachés au contenu d'une consultation de médecine générale.

En 2002, l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes ¹ définit la médecine générale selon six compétences fondamentales ^[9], au sein desquelles l'adoption d'un modèle holistique et l'approche globale.

La médecine basée sur les preuves (Evidence Based Medicine, ou EBM) prend en compte « à la fois les données actuelles de la science, les circonstances cliniques, les préférences et le comportement du patient. L'ensemble est traversé par les compétences du médecin résultant de son expérience [...] » ^[10] .

Dans cette perspective, la notion de diagnostic de situation élargit grandement l'acception du mot diagnostic et embrasse l'ensemble des situations cliniques auxquelles un médecin généraliste peut se trouver confronté.

Selon Lévy (2004), le diagnostic de situation se pose après une analyse suivant le « modèle OPE », étudiant les sphères organique (O), psycho-relationnelle (P) et environnementale (E) du patient.

La sphère organique (O) porte sur les symptômes du patient et les signes des maladies. La sphère psycho-relationnelle (P) étudie les inaptitudes du patient, son vécu de la situation et celui de son entourage. La sphère environnementale (E) prend en compte les aspects humains, matériels, économiques et institutionnels.

Ainsi, le diagnostic de situation est un outil analytique adapté à toute consultation de médecine générale. L'importance relative de ces trois sphères varie en fonction des situations cliniques. Dans certains cas, la consultation relèvera principalement de symptômes et d'une pathologie ; pour d'autres, la sphère organique sera reléguée au second plan, pour laisser la place à une difficulté d'ordre institutionnel, par exemple.

¹ Traduction française pour World Organisation of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians, dont le titre simplifié est World Organisation of Family Doctors (WONCA).

Il apparaît donc que, si la recherche des signes cliniques n'est évidemment pas centrale, ni même présente, lors de toute consultation médicale, elle en est néanmoins une des trois composantes clés de ce modèle holistique.

2. 2. Influence des conditions sociétales sur l'exercice de la sémiologie en médecine générale

Plusieurs évolutions sociétales peuvent jouer un rôle sur le recueil des signes cliniques en consultation de médecine générale. En effet, l'accès illimité à l'information, et précisément à l'information médicale, peut remodeler la relation médecin patient et retentir sur l'examen clinique. La baisse de la démographie médicale, par ses conséquences directes sur le volume de l'activité de chaque médecin, retentit probablement négativement sur la pratique clinique. En contrepartie, l'exigence d'efficacité dans la prise en charge médicale du patient, certainement de plus en plus prégnante au regard des enjeux économiques actuels, nous semble aiguïser la nécessité de revenir en permanence aux fondamentaux de la médecine, c'est-à-dire à l'examen clinique.

2. 2. 1. Une société de l'information

La révolution des télécommunications nous apparaît comme un facteur potentiel de modification des échanges entre le médecin et le patient. En effet, l'information est désormais ubiquitaire.

Cette intrusion de l'information dans la relation médecin patient semble créer une confusion entre information et connaissance, ainsi que l'avait établi Astolfi ^[11], qui distinguait le traitement standard et le traitement expert de l'information.

Le traitement standard de l'information est caractérisé par la réception d'informations comme une « poussière de données », en l'absence de structures cognitives d'accueil. Il fonctionne comme un flux d'informations qui traversent passivement le lecteur « sans arrêt sur image », de façon séquentielle et sans mise en relation avec les informations précédentes. Il met sur le même plan les données factuelles et les cadres théoriques. Il est au service d'un besoin pragmatique et son obtention clôt le processus avec un sentiment de quiétude satisfaite. Enfin, le lecteur y accorde foi a priori, sans soupçon. Il se

fait ainsi le réceptacle terminal des informations qu'il reçoit, utilise, reproduit, recopie et éventuellement transmet.

A l'inverse, l'expert de l'information cherche à identifier les « informations centrales » d'un document. Il opère une rétention sélective, grâce à une mobilisation cognitive, qu'il met en relation avec ses conceptions préalables. Les informations sont décontextualisées et organisées en réseau. L'expert construit une hiérarchie entre les informations, allant du particulier au général, et vice-versa. Les informations sont incluses dans un processus de recherche toujours renouvelé, après un examen vigilant et une évaluation rigoureuse. Le traitement expert de l'information correspond ainsi à l'acquisition d'une connaissance, dont une définition est l'appropriation et l'interprétation des informations par le sujet.

Les patients, grâce aux télécommunications, et notamment grâce à Internet, ont accès à l'information. Rien n'est plus simple que de s'informer sur une pathologie : sa physiopathologie, ses symptômes, ses conséquences, ses traitements. Les sites de vulgarisation médicale ont cette fonction. C'est ainsi qu'on voit désormais arriver dans les bureaux médicaux des patients annonçant le diagnostic qu'ils ont eux-mêmes posé et suggérant le traitement adéquat.

Par ailleurs, il n'est désormais pas rare de voir arriver un patient extrêmement bien documenté sur une pathologie qui lui a été diagnostiquée.

Il suffit que cette pathologie soit suffisamment rare pour que le patient apparaisse plus informé que le médecin.

Cependant, un patient peut facilement faire une confusion entre des informations relatives à ses symptômes et une connaissance véritable. Ainsi, il peut se présenter devant son médecin en ayant déjà parcouru un chemin interprétatif assimilé à une analyse clinique, qui nous semble risquer de mettre en cause la démarche médicale rationnelle.

2. 2. 2. La démographie médicale

Il suffit de côtoyer peu de temps le milieu médical pour être le témoin d'une préoccupation prégnante au sein de la profession : celle de la charge de travail et de la gestion du temps.

Selon un article sur la démographie médicale ^[12], l'effectif total des médecins généralistes en activité diminuerait jusqu'en 2019, avec alors 96.000 médecins en activité. Ensuite, ce chiffre repartirait à la hausse, pour atteindre le nombre de 105.000 médecins généralistes en activité en 2030. ¹

La densité des médecins généralistes passerait de 163 à 148 médecins pour 100.000 habitants entre 2006 et 2030, à l'échelle nationale. Ces chiffres ne tiennent pas compte d'importantes disparités régionales.

La période actuelle est marquée par une baisse des effectifs des médecins généralistes. Dans ce contexte, plusieurs questions surgissent. Comment les médecins réagissent-ils à la surcharge de travail ? Ces changements démographiques ont-ils un impact sur leur façon d'aborder l'activité de consultation ? Quelles solutions sont mises en place pour optimiser la gestion du temps disponible ?

2. 2. 3. La maîtrise des coûts de santé

La maîtrise des coûts est nécessaire à la sauvegarde de notre système de santé.

Dans son rapport 2010, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) rappelle que « le déficit de la branche maladie du régime général pour 2009 s'établit à 10,6 Md€ et devrait atteindre 11,5 Md€ en 2010 ». Notre système de soins n'utiliserait pas ses ressources humaines et financières de la manière la plus performante. ^[13]

Par ailleurs, dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) annuel, un Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est déterminé. Pour l'année 2011, l'ONDAM s'élève à 167,1 milliard d'euros. Des mesures d'économies d'environ 2,4 milliards d'euros ont été préconisées. Parmi celles-ci, la maîtrise médicalisée est sensée permettre une économie de 550 millions d'euros.

Par ailleurs, la période 2012-2014 est d'ores et déjà envisagée, afin de maintenir un taux de progression de l'ONDAM à 2,8 %. Différents outils seront mobilisés pour y parvenir,

¹ Ces chiffres varient selon différents scénarios d'évolution du numerus clausus.

dont, encore une fois, « la maîtrise médicalisée et la gestion du risque, c'est-à-dire l'efficacité de l'offre de soins [...], le respect des référentiels scientifiques ou des incitations à la performance », ainsi que « l'amélioration de l'organisation des soins ».

Dans ce contexte, il nous semble légitime de toujours interroger les pratiques professionnelles, à tous les niveaux du parcours de soins du patient. La pratique du médecin généraliste ne s'extrait pas de cette évaluation. En effet, nous supposons qu'une baisse de la recherche des signes cliniques en médecine générale exposerait à une augmentation du nombre des actes de soins, qu'il s'agisse de consultations ou d'examens paracliniques, et donc du coût des prises en charge. Défendre l'examen clinique serait un moyen d'arriver à une meilleure efficacité de soins.

Au total, nous sommes en présence d'un contexte sociétal contraignant, où l'exigence professionnelle ne cesse de croître, tant sur le plan humain, dans la relation que le médecin construit avec son patient, que sur le plan économique, dans le contexte de rationalisation des prescriptions, ou que sur le plan scientifique, en lien avec les demandes de conformité aux recommandations de plus en plus prégnantes émanant des sociétés savantes. Tous ces éléments justifient de s'intéresser aux facteurs influençant l'obtention des déterminants de la prise en charge médicale, soit les symptômes exprimés par le patient et leur interprétation, les signes cliniques.

2. 3. Expérience personnelle du chercheur

Mon expérience personnelle a inévitablement été un puissant déterminant du choix de la question de recherche pour ce travail de thèse.

En effet, au cours de mon cursus, j'ai régulièrement été confronté à des situations cliniques qui ont suscité étonnement et interrogations.

Ainsi, même si cela a pu être le cas au cours de mes stages hospitaliers, le stage en médecine générale ambulatoire a été l'occasion de découvrir la réalité de l'exercice médical auquel je me destinais. J'ai ainsi pu constater que la gestion du temps était une préoccupation constante, que les patients ne constituaient pas un groupe homogène, mais qu'ils s'exprimaient de façons infiniment variées, que les médecins ne répondaient pas à chaque consultation à toutes les demandes et que des réponses pouvaient être différées.

J'ai observé que l'examen clinique ne suivait pas toujours les mêmes étapes successives, et qu'il pouvait être extrêmement rapide, sans forcément être galvaudé. J'ai été témoin d'incompréhensions entre un médecin et son patient, parce qu'il n'existait pas de réelle volonté de communication de la part du médecin. J'ai entendu certains propos signifiants de patients ne pas être relevés par leur médecin, et vu des gestes cliniques dont la justification m'échappait.

Les exemples pourraient être multipliés. L'essentiel ici est que leur lente accumulation au cours de mes études a forgé petit à petit une ambition de dépassement des obstacles au recueil des signes cliniques, pour le bénéfice des patients.

3. Objectifs

Notre but premier était, en enquêtant sur les modalités d'exercice de l'examen clinique en médecine générale, d'effectuer un recensement le plus large et le plus neutre possible des facteurs influençant la recherche des signes cliniques.

Ce faisant, nous avons voulu identifier les difficultés auxquelles les médecins sont confrontés au quotidien, lors de leur examen clinique, ainsi que les moyens mis en oeuvre pour y répondre.

II. Positionnement épistémologique de l'étude et généralités sur les méthodes employées

Notre question de recherche appelait une approche qualitative, car il s'agissait de découvrir des facteurs influençant la recherche des signes cliniques sans aucune idée préconçue sur le sujet. Il n'était notamment pas question de dénombrer des facteurs présumés, ce qui aurait conduit au choix d'une méthode quantitative. Nous avons utilisé deux méthodes qualitatives : la théorie ancrée et l'ethnographie. Ce couplage s'est imposé de lui-même au cours de l'étude, comme nous le verrons plus bas.

1. La théorie ancrée

1. 1. Généralités

Contrairement à son nom, la théorie ancrée n'est pas une théorie, mais une méthode.

Elle vise à développer, par le recueil et l'analyse de données essentiellement (mais pas exclusivement) qualitatives, un ensemble de concepts qui, par leur organisation, fournira une explication théorique à un fait social. ^[16]

La théorie ancrée a été conceptualisée par Glaser et Strauss (1967, 1978). ^[17, 18]

C'est l'une des méthodes les plus largement utilisées en recherche qualitative. ^[19]

Elle se base sur les fondements de la recherche qualitative, qui ont été retenus comme tels par Strauss et Corbin (2004) ^[20, 21] :

- le besoin de faire du terrain pour découvrir vraiment ce qui se passe,
- la pertinence de la théorie, enracinée dans les données, pour le développement de la discipline et pour fonder l'action sociale,
- la complexité et la variabilité des phénomènes et de l'action humaine,
- la croyance dans le fait que les personnes sont des acteurs qui participent activement à la résolution des situations problématiques,
- la découverte du fait que les personnes agissent en donnant un sens à leurs actions,
- la compréhension que le sens est défini et redéfini par les interactions,

- la sensibilité à la nature évolutive et régressive des événements,
- la reconnaissance de corrélations entre les conditions, les actions et les conséquences.

La théorie ancrée s'appuie sur un va-et-vient régulier entre le terrain, d'où sont tirées les données, et la théorie en cours d'élaboration.

Lingard et Kennedy (2006) parlent d'itérations, c'est-à-dire de cycles répétés de recueil et d'analyse des données, où l'analyse des données récoltées va guider le recueil des données ultérieures. [19]

Ainsi, les premières analyses peuvent mettre en évidence des problématiques inédites, non évoquées initialement. Le chercheur ajustera alors les modalités de son enquête, dans le but de les explorer. Il pourra modifier le mode de recueil des données, ou se diriger vers d'autres participants.

1. 2. Place et fonctions du chercheur

Pour mener son enquête, le chercheur peut initialement s'appuyer sur sa propre expérience. Celle-ci peut d'ailleurs fonder le choix d'une recherche, puisque c'est à partir d'elle qu'il se forge ses opinions.

Les opinions de chacun ont des tenants et des aboutissants difficiles à démêler. L'éducation, le milieu culturel, les événements de vie, les relations interpersonnelles, le parcours professionnel, etc., jouent de façon intriquée et ont pour résultantes les comportements et les prises de position d'un sujet.

Assumant cet état de fait, le chercheur qualitatif n'opère pas de dichotomie entre ce qui le caractérise en tant que sujet et le thème de sa recherche. Au contraire, il cherche à analyser et à mettre à jour les influences supposées de l'un sur l'autre.

En effet, les présuppositions et les opinions, une fois explicitées, peuvent être dépassées, ouvrant la voie à une analyse délestée des oeillères de l'unilatéralité.

De cette démarche d'explicitation, le chercheur qualitatif fait un critère d'objectivation de son travail.

Toujours dans cette perspective, le chercheur qualitatif est sensé regrouper un certain nombre d'aptitudes, considérées comme autant de garde-fous contre une dérive subjective de ses analyses.

Ces aptitudes ont été listées par Strauss et Corbin (2004) ^[20] :

- la capacité de pouvoir prendre du recul afin d'analyser avec rigueur des situations,
- la capacité de reconnaître une tendance aux préjugés,
- la capacité de penser de manière abstraite,
- la capacité d'être flexible et ouvert aux critiques constructives,
- la sensibilité aux propos et aux actions des enquêtés,
- le sens de l'engagement et du dévouement dans le travail.

Le chercheur doit toujours préserver un équilibre entre, d'une part une rigueur méthodologique et une analyse désentravée de présupposés, et d'autre part le maintien d'une ouverture d'esprit et d'une créativité favorables à l'élaboration théorique.

En laissant son esprit flotter dans l'océan des concepts émergents, en ne s'interdisant pas de divaguer au gré des données brutes du terrain, en imaginant des idées originales, voire improbables, le chercheur peut accueillir un éventail élargi de concepts.

Evidemment, en réponse à cette volatilité, source potentielle d'enrichissement théorique, il devra confronter ses concepts à la réalité des données du terrain, afin de les étayer ou de les invalider. C'est seulement lorsque le terrain aura confirmé un concept original que celui-ci pourra être intégré à la théorie finale.

Il est ainsi possible de comprendre Strauss et Corbin (2004) lorsqu'ils retiennent plusieurs attributs nécessaires au chercheur qualitatif : opportunité, authenticité, crédibilité, intuition, réceptivité, réciprocité et sensibilité. ^[20]

2. Ethnographie

L'ethnographie est une méthode qui vise à comprendre le sens des comportements et des interactions sociales des membres d'un groupe, d'une organisation, d'une communauté. [14, 22]

Cette méthode cherche à rassembler des données par observation directe du groupe ciblé, par le biais d'un engagement direct et d'un investissement en son sein. [22]

Les interactions sociales sont des phénomènes complexes par essence. Afin de les décrire, le chercheur s'attache, au cours de son investigation, à préciser neuf dimensions, qui sont autant de guides lui permettant d'analyser la réalité observée. Ces neuf dimensions sont le lieu, les protagonistes, l'activité globale en cours, les éléments matériels présents, les gestes réalisés par les protagonistes, les actions qu'ils exécutent, la chronologie de ces actions, les objectifs visés, et les émotions ressenties ou exprimées. [22]

Ainsi, le chercheur ethnographe base son analyse sur des données issues de temps d'observation directe et d'entretiens, potentiellement informels.

Dans notre étude, nous avons observé les couples « médecin patient » comme groupe social et nous nous sommes entretenus avec les médecins.

3. Objectivité et scientificité du travail qualitatif

L'objectivité d'un travail d'ordre qualitatif peut se définir comme le « contrôle de l'intrusion du parti pris dans l'analyse tout en gardant une sensibilité à l'égard des données » (Strauss et Corbin, 2004). [20]

Afin de juger de la pertinence d'un travail qualitatif, plusieurs critères, différents de ceux invoqués dans le cadre d'une recherche quantitative, doivent être étudiés. Il s'agit de la triangulation des données, de la saturation, de la méthode d'échantillonnage, du codage multiple, de la réflexivité, de la transférabilité, de la consistance et de la crédibilité. [23]

La triangulation des données est l'association de plusieurs méthodes de recueil des données, dans le but d'explorer la réalité selon plusieurs points de vue complémentaires.

La saturation est le moment de l'investigation où aucune nouvelle donnée pertinente n'émerge du terrain et où la totalité du phénomène observé semble avoir été explorée.

La méthode d'échantillonnage est la façon dont les sujets observés ont été sélectionnés. Elle doit être pertinente par rapport à la méthode choisie.

Le codage multiple est l'analyse des données par plusieurs chercheurs, dans le but d'élargir les points de vue exprimés.

La réflexivité est l'analyse du rapport que le chercheur entretient avec le milieu étudié. Elle regarde la façon dont ses préjugés et son expérience personnelle ont influencé la modélisation de la recherche et elle la critique.

La transférabilité est la possibilité d'extension des conclusions du chercheur à d'autres contextes que celui étudié. [24]

La consistance est le fait de ne pas admettre dans la même théorie une assertion et son contraire. [25]

Enfin, la crédibilité est définie par Gohier comme le « souci de « validation » interne [...] par l'utilisation de la technique de triangulation des sources et des méthodes ainsi qu'un souci d'établir la validité de signification de l'observation (accord entre le langage et les valeurs du chercheur et ceux de l'acteur) et la validité de signification des interprétations (corroboration de l'interprétation du chercheur avec d'autres personnes, voire avec l'acteur lui-même) ». [25]

Ces huit critères permettent au lecteur d'une étude qualitative d'en estimer la valeur.

Enfin, terminons par quelques préceptes sensés garantir l'objectivité d'un travail qualitatif :

- maintenir une attitude de doute,
- considérer la théorie émergente comme provisoire,

- maximiser les comparaisons entre les données pour mettre en lumière les variations,
- multiplier les moyens d'investigations,
- pouvoir donner un sens aux faits observés,
- utiliser la littérature comme source de comparaisons.

Notre démarche de recherche s'est déroulée en deux approches qualitatives successives, une phase exploratoire et une phase d'observation directe.

Les deux parties suivantes seront consacrées successivement à ces deux phases, pour lesquelles nous détaillerons à chaque fois le matériel et les méthodes choisis et les résultats.

III. Phase exploratoire

Puisque notre étude ne se basait pas sur une théorie préexistante, la phase exploratoire a eu pour but de recueillir, d'une façon totalement ouverte, les premières pistes de réflexion et de travail.

1. Matériel et méthodes

La phase exploratoire de l'étude s'est élaborée autour trois entretiens avec des médecins généralistes. Ces entretiens ont été enregistrés puis analysés selon une démarche systématique d'analyse de contenu, aidée par l'utilisation du logiciel d'analyse qualitative NVivo®.

Nous détaillerons successivement l'échantillonnage des médecins généralistes, les modalités de recueil des données, la technique d'entretien et la méthodologie empruntée pour l'analyse des données.

1. 1. Echantillonnage des médecins généralistes

Les médecins généralistes ont été choisis directement dans l'entourage de l'enquêteur. Le premier médecin généraliste était le père d'une amie de l'enquêteur. Le deuxième avait été son maître de stage pendant les six mois d'un stage d'internat. Le troisième avait été remplacé par l'enquêteur pendant une semaine, au sein de son cabinet médical de groupe.

Il existait donc préalablement à l'enquête des liens entre les enquêtés et l'enquêteur. Ces liens étaient d'ordre personnel en ce qui concerne le premier médecin. Ils étaient d'ordre professionnel pour les deux autres, mais n'étaient pas dénués de complicité ni de bonne entente.

① Les explications d'un tel choix

La recherche qualitative se propose de mettre au jour des phénomènes sociaux. Elle étudie notamment les interactions entre les personnes. Ces interactions sont déterminées

par de nombreux facteurs, de tous ordres : professionnel, éducationnel, émotionnel, culturel... Les études peuvent révéler une incroyable complexité.

L'objet de notre étude, alors donné sous l'expression « les obstacles à l'exercice de la sémiologie en médecine générale », touche à l'exercice médical des médecins généralistes et à leur relation avec les patients.

C'est pourquoi l'empathie devait être au centre de nos échanges, dans le but d'instaurer une confiance et un respect mutuels, et d'encourager le médecin à se confier avec le plus de sincérité possible. C'est uniquement de cette façon que les propos pouvaient dépasser les conventions sociales et dévoiler la mécanique profonde des comportements.

② Données socio-démographiques

Notre préoccupation a été de faire varier quelques données socio-démographiques, même de façon limitée, pour obtenir des témoignages diversifiés.

	Dr J.	Dr M.	Dr G.
Age	54 ans	52 ans	46 ans
Sexe	Homme	Femme	Homme
Lieu d'exercice	Semi-rural	Urbain	Rural
Nombre de médecins dans le cabinet	2	3	4
Durée d'exercice	28 ans	20 ans	18 ans

1. 2. Modalités de recueil des données

Deux entretiens se sont passés au domicile du médecin, et un à son cabinet médical. Le premier entretien a duré 1 heure 38 minutes, le deuxième a duré 56 minutes et le troisième, 1 heure 12 minutes.

Chaque entretien s'est déroulé dans des conditions de tranquillité satisfaisantes. Les échanges étaient à la fois détendus et cordiaux, tout en ne déviant pas du sujet que nous avons proposé, à savoir les obstacles à l'exercice de la sémiologie en médecine générale.

Chaque médecin nous avait donné son accord pour l'enregistrement sonore de l'entretien.

1.3. Technique d'entretien

La technique d'entretien choisie est celle de l'entretien compréhensif. ^[26]

1. 3. 1. L'engagement de l'enquêteur

L'entretien compréhensif est caractérisé par l'engagement actif de l'enquêteur dans les questions, qui a pour but de provoquer l'engagement de l'enquêté. Dans d'autres techniques d'entretien, au contraire, l'enquêteur cherche à limiter au maximum son influence sur l'enquêté et sur ses réponses. Nous nous sommes accordés à l'idée selon laquelle « à la non-personnalisation des questions fait écho la non-personnalisation des réponses » (Kaufmann, 1996).

De cette façon, nous avons pensé pouvoir recueillir un discours moins neutre et moins soumis aux conventions sociales qui existent nécessairement lors de tout échange entre deux sujets.

En effet, toute relation interpersonnelle est conditionnée d'emblée. Chaque protagoniste ajuste spontanément, consciemment ou inconsciemment, son comportement à la façon dont il perçoit son interlocuteur. Cette perception est le résultat de tout ce que l'interlocuteur peut renvoyer et de toutes les informations qu'il veut bien communiquer : son aspect, son langage, son milieu socioculturel, son parcours de vie, sa profession, ses aptitudes, ses loisirs, etc. Cette réaction est bilatérale et influence le contenu de l'échange.

En l'occurrence, il s'agissait de l'échange entre un médecin généraliste en exercice et un médecin généraliste ayant transitoirement endossé le rôle d'enquêteur, mais néanmoins confrère du premier. Ceci conditionnait fortement l'échange. En conséquence, le risque existait de ne pas dépasser dans l'entretien ce qui se dit habituellement entre confrères.

Notre choix de l'entretien compréhensif, avec engagement actif de l'enquêteur, permettait à la fois d'écouter respectueusement l'enquêté comme un élève écoute un professeur, jusqu'à jouer d'un peu de naïveté pour laisser s'exprimer complètement une idée ; de s'offusquer d'un propos pour en tirer des explications ; de prendre ouvertement parti contre une opinion de l'enquêté ; de partager une expérience personnelle confortant l'enquêté dans sa position. La finalité de cet entretien était de maximiser confiance et connivence avec l'enquêté, afin de comprendre en profondeur les ressorts de ses comportements.

1. 3. 2. Le terrain pris comme point de départ de la problématisation

Par ailleurs, la technique de l'entretien compréhensif est particulièrement adaptée à une construction du problème émanant directement des données de terrain.

La construction de l'objet d'une étude peut s'appuyer sur une théorie déjà constituée. De cette théorie prise comme ancrage, une hypothèse est émise. L'étude consiste alors à mettre cette hypothèse à l'épreuve des faits, afin de la confirmer ou de l'infirmer. Le résultat vient finalement s'ajouter à la théorie, pour au mieux la modifier.

Notre démarche est résolument inverse. Nous demandons ici au lecteur de se reporter au paragraphe consacrée à la description de la théorie ancrée. Rappelons simplement ici que la théorie ancrée se fonde sur les données issues directement du terrain. Ce sont les données de terrain qui sont le socle de l'élaboration de la théorie.

Comme l'exprime Kaufmann, « le terrain n'est plus une instance de vérification d'une problématique préétablie mais le point de départ de cette problématisation. » (1996)

1. 3. 3. Les guides d'entretien

Le premier entretien, inaugurateur de l'ensemble de l'investigation, s'est fait sans guide d'entretien. En réalité, c'est plutôt le médecin enquêté qui a mené la discussion...

Les deux autres entretiens ont été aidés par un guide, dont l'un a été reproduit en annexe ¹. Leur forme était rudimentaire : ils ne s'agissaient que d'une série de questions généralistes, sans ordre pré défini, abordant les principaux thèmes issus du premier entretien.

Cependant, un entretien compréhensif ne s'accorde pas à un guide d'entretien rigide. Il ne s'agit pas de poser successivement une liste de questions rédigées au préalable et de noter leurs réponses indépendamment les unes des autres.

Au cours de ce type d'entretien, l'enquêteur peut évidemment poser des questions dirigées, mais il doit aussi savoir s'adapter aux propos de l'enquêté. C'est-à-dire rebondir sur des ouvertures inattendues et ne pas laisser passer une occasion de creuser un sujet imprévu en voulant trop correspondre au guide d'entretien. Il s'agit de trouver le bon équilibre entre un entretien non dirigé risquant de tourner à la discussion de comptoir et un entretien dirigiste qui fermerait la porte à toute opportunité.

1. 4. Méthode d'analyse des données

Elle s'est déroulée selon une méthode classique d'analyse de contenu ^[27]. Nous allons cependant en détailler les différentes étapes.

Les enregistrements des trois entretiens ont d'abord été transcrits, de la façon la plus fidèle possible. Les hésitations, les phrases inachevées, les interjections, les silences, etc., ont tous été notés afin d'obtenir un document qui rende le mieux compte du sens des propos tenus. Certains passages au sens latent pouvaient ainsi mieux s'offrir à l'analyse. Les trois transcriptions sont reportées en annexe. ²

¹ Annexe 1, p. 179

² Annexe 2, p. 182

Extrait du troisième entretien. Transcription.

MG * : - [...] Et à la maison, c'est un peu pareil... si, parce que t'as... je sais pas, t'as la voisine qu'est là, l'aide à domicile qu'est là, donc tu vas parfois t'intéresser... alors t'as des infos...

A ** : - Donc du coup, tu sh...

MG : - T'as des infos.

A : - Ouais. D'un côté, tu gagnes...

MG : - ... mais d'un autre côté, tu perds aussi, alors en intimité.

* MG : médecin généraliste. ** A : initiale du prénom de l'enquêteur.

Ensuite, nous avons sélectionné certains passages jugés significatifs. Ces passages étaient de longueur variable. Ils pouvaient se résumer à une simple expression de quelques mots, ou alors constituer un fragment de phrase, une phrase entière, voire un paragraphe entier. Nous avons nommé ces passages unités de sens.

Sélection des unités de sens.

MG : - [...] Et à la maison, c'est un peu pareil... si, parce que t'as... je sais pas, t'as la voisine qu'est là, l'aide à domicile qu'est là, donc tu vas parfois t'intéresser... alors t'as des infos...

A : - Donc du coup, tu sh...

MG : - T'as des infos.

A : - Ouais. D'un côté, tu gagnes...

MG : - ... mais d'un autre côté, tu perds aussi, alors en intimité.

Ces passages exprimaient une idée, que l'on pouvait résumer sous la forme d'un code.

Code : ambivalence de la présence d'un tiers lors de la visite à domicile.

Enfin, les codes issus de l'analyse des trois transcriptions ont été regroupés pour constituer des catégories.

Il faut noter qu'à l'issue du codage, nous étions en présence de 496 codes : 114 codes tirés du premier entretien, 185 codes tirés du deuxième et 197 du troisième. Le logiciel NVivo® a grandement facilité la manipulation de ces codes, nécessaire à la catégorisation.

Celle-ci a progressivement pris la forme d'une arborescence détaillée. Les codes ont été répartis en dix catégories, elles-mêmes divisées en sous-catégories, comme par exemple les relations avec les pairs, ou l'interaction médecin patient. Des parties de cette arborescence sont montrées en annexe à titre d'exemples. ¹

L'ensemble de cette arborescence constitue le résultat brut de la phase exploratoire de notre enquête.

¹ Annexe 3, p. 281

2. Résultats

Nous aborderons successivement les catégories suivantes, issues de l'analyse de contenu des transcriptions : la formation initiale et continue, l'informatique et le temps, la démarche clinique, les acteurs de la consultation, les examens paracliniques et les activités hors du cabinet.

De plus, il est important de préciser ici que l'intégralité des idées de cette partie provient directement du codage des propos tenus lors des entretiens. Sans aucune exception. Il n'y a aucune extrapolation de la part de l'enquêteur. Le conditionnel est souvent utilisé, pour mettre en évidence le fait que nous ne généralisons pas les idées exprimées, qui sont parfois des opinions.

Enfin, nous sommes conscient de l'étendue de nos résultats. Pour en faciliter la lecture, nous avons réalisé un organigramme pour aider à naviguer librement d'un paragraphe à l'autre.

2. 1. La formation médicale

2. 1. 1. La formation initiale

La formation initiale évoluerait dans le sens d'une dépréciation de la sémiologie, avec une baisse de la culture de la sémiologie chez les étudiants. Ceux-ci seraient inégalement compétents en matière de sémiologie et auraient une propension à recourir trop rapidement aux examens paracliniques, au détriment de l'analyse sémiologique.

Méconnaissance de l'examen acoumétrique par les internes. ¹

« ... l'acoumétrie, ils savent pas ce que c'est les internes, l'examen acoumétrique, ils ne savent pas le faire, ils savent absolument pas dépister une surdité chez un enfant ou chez un adulte. Le diapason, ils savent pas s'en servir, donc... »

Par ailleurs, la formation initiale ne serait pas adaptée à la pratique des soins de premiers recours. On observerait un hiatus entre l'enseignement et la pratique de la médecine générale, autant en termes de contenu médical qu'en termes de modalités de raisonnement clinique.

Les rencontres avec des médecins enseignants, faites par l'étudiant lors de son cursus médical, influeraient sur sa formation à l'examen clinique.

2. 1. 2. La formation médicale continue

Les médecins généralistes pourraient connaître des lacunes théoriques en matière de sémiologie et ne seraient pas épargnés par la nécessité de révisions théoriques régulières.

¹ Annexe 3. 1. - Entretien avec le Dr J. ; l. 849-852

(A propos d'une soirée de formation médicale continue sur la dermatologie)

Perte de la sémiologie dermatologique. ¹

« ... premier atelier de la matinée : les lésions primitives dermatologiques... [...] Donc les collègues sortent des trucs comme ça si tu veux : naevus, naevus, naevocarcinome, euh... Donc moi je me dis, je suis pas du tout dans ce registre-là... Et moi je sors : érythème, papule, vésicule, énanthème... [...] ... mais comme quoi on voit l'idée sémiologique de départ ne vient pas à plein de gens. Ils pensent d'emblée à des maladies. »

L'intérêt de soirées de FMC portant uniquement sur la sémiologie seule est jugé diversement, utile ou inutile. Il est précisé que l'efficacité de ces soirées est variable selon l'engagement personnel du médecin, qui peut y assister plus ou moins passivement. Les jeux de rôles seraient formateurs, sources de feed-back et d'émulation.

Valeur formatrice des jeux de rôles. ²

« ... moi, ça m'apprend plein de trucs. [...] Mais c'est ça qui nous pousse à être meilleurs, enfin pour moi ! Bien sûr, des fois, j'ai dû faire des conneries, j'ai fait éclater de rire, machin. Bon bah basta quoi. »

Performance professionnelle stimulée par le regard de ses pairs.³

« ... et ça, c'est bien parce que t'es obligé d'affûter, d'abord parce que t'as les collègues qui te regardent... »

2. 2. Deux considérations matérielles

2. 2. 1. L'informatique

L'informatique semble de prime abord n'avoir que des avantages en utilisation courante.

Elle est perçue comme une aide à la formation médicale, à l'analyse des pratiques, au suivi clinique et à sa planification, à la conception de courriers plus développés, et à la tenue et à la consultation du dossier médical.

¹ Annexe 3. 1. - Entretien avec le Dr J. ; l. 1200-1201, 1252-1254, 1268-1269

² Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 889, 895-896

³ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 884-885

Aide de l'outil informatique à l'examen clinique par des formulaires spécifiques. ¹

« ... parce que si tu veux remplir les formulaires, je te parlais tout-à-l'heure... [...] la visite de, de, de grossesse... [...] T'as tout : les oedèmes, les contractions, la, le, le... le périmètre... [...] ... la hauteur utérine euh... T'as tout, quoi en fait. [...] Bah non, là, c'est vraiment très rigoureux quoi. [...] ... t'es sûr de pas oublier des trucs. »

Il a été suggéré une moins bonne tenue du dossier médical dans sa version papier.

Mauvaise tenue du dossier médical papier. ²

« ... sur le dossier papier, tu marquais rien quoi en fait. »

Amélioration de la tenue du dossier médical grâce à l'outil informatique. ³

« Par contre, maintenant, « rhino », tu mets « tympan normal », tu mets euh... tu vois, parce que en fait tu, en fait tu sais que le gamin, tu vas le revoir, ou tu l'avais vu le coup d'avant parce qu'il avait un tympan anormal et tu vas, tu vas marquer que le tympan, il est normal ou pas normal, quoi en fait. [...] ... enfin, t'as une présentation qui t'impose un peu de rigueur, tu vois en fait. [...] ... t'as un support pour marquer ton truc... »

L'informatique serait également utile à la démarche diagnostique, notamment grâce à Internet.

Pour toute difficulté, il n'a été évoqué que le problème d'une mauvaise transcription des données cliniques dans le logiciel, favorisée par une interprétation d'emblée inadéquate.

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 314-332

² Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 292

³ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 295-307

Biais de la transcription des propos du patient dans le logiciel. ¹

« ... je vois ce que l'interne, il est capable de marquer dans l'ordinateur. [...] ... très régulièrement, presque tous les internes, l'interne ne marque pas ce qui a été dit. Il marque ce qu'il a compris. A* : - Il interprète, il sélectionne... [...] ... sur le plan sémiologique, ça fausse complètement tout, parce que déjà, il donne une orientation... »

* A : initiale du prénom de l'enquêteur.

Un point de vue inverse a été proposé, selon lequel l'informatisation des cabinets médicaux n'aurait pas eu de retentissement sur la pratique de l'examen clinique. Ni l'interrogatoire, ni l'examen physique n'auraient évolué sous son influence. Et Internet ne serait utilisé que postérieurement à la consultation, à des fins de démarche diagnostique.

2. 2. 2. Le temps

D'abord, chaque médecin a parlé de la limitation du temps de chaque consultation.

Temps de consultation limité. ²

« Quand on commence à tourner à vingt-cinq consults par jour, la problématique, c'est que t'as un timing horaire qu'est là derrière... »

Chacun y avait attribué une durée prédéterminée, fonctionnant avec des consultations sur rendez-vous.

Temps disponible pour une consultation inférieur à sa durée prédéterminée, du fait de son interruption par des tâches intercurrentes. ³

« Parce que t'as quand même des entre-deux, et machin... Bah en fait, elle fait pas quinze minutes la consultation, parce que t'as le coup de téléphone de Madame Tartempion... »

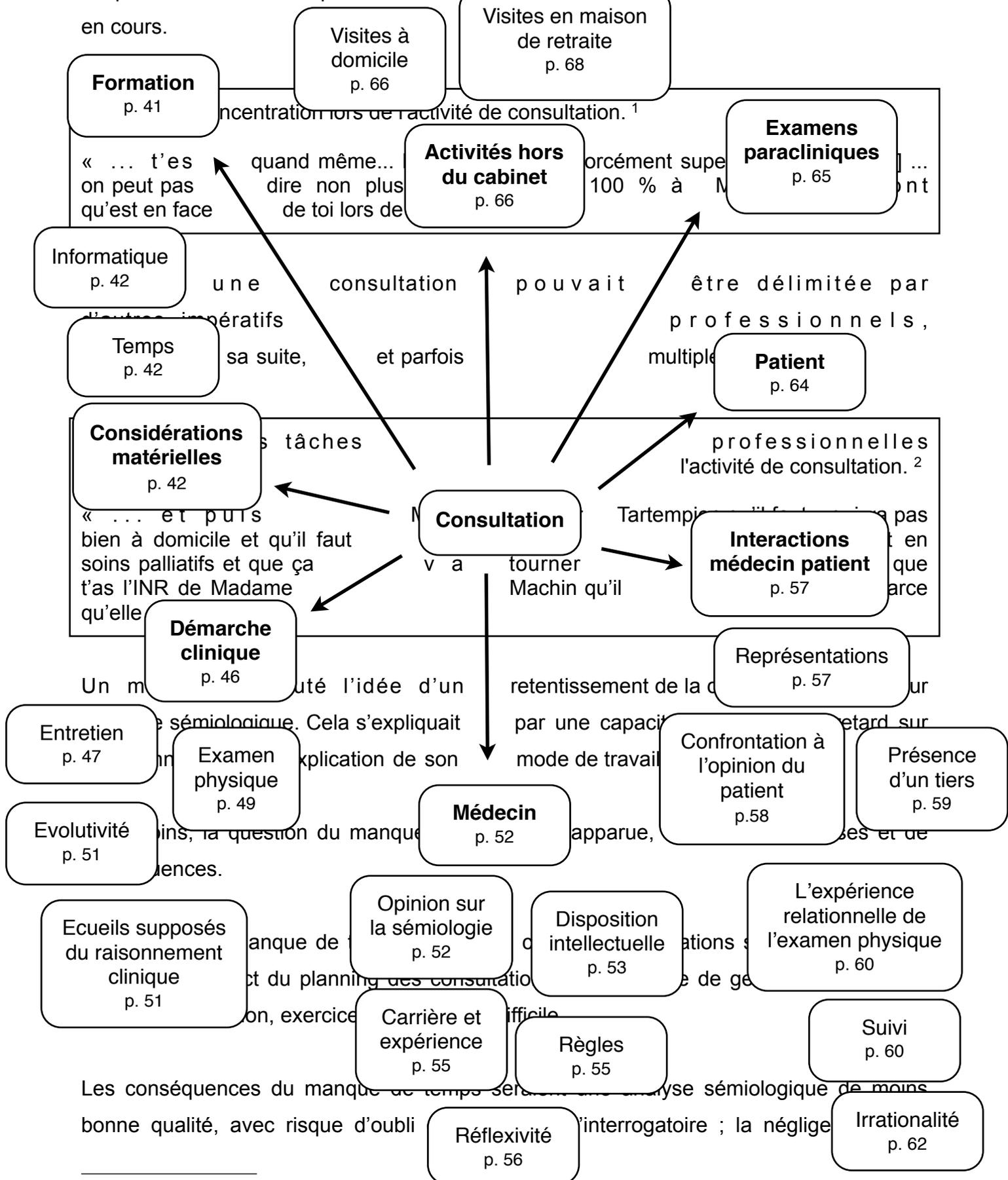
Il a été noté que la durée effective d'une consultation pouvait être inférieure à celle planifiée, par interruption par des tâches intercurrentes, et notamment par des coups de

¹ Annexe 3. 1. - Entretien avec le Dr J. ; l. 334-341

² Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 29-30

³ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 530-532

téléphone. De ces interruptions résultait une difficulté de concentration sur la consultation en cours.



¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 684-685, 690-691

² Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 685-688

demande du patient ; l'ajournement de la gestion d'une demande du patient ; l'ajournement de la réalisation d'un geste clinique, avec risque d'oubli lors de la consultation suivante. Enfin, la limitation du temps pouvait être une cause d'échec diagnostique.

Négligence d'une demande du patient par manque de temps. ¹

« ... si tu veux, de temps en temps, je crois que... oh, je pense que parfois, tu... tu fais exprès de pas entendre. »

Ajournement de la gestion de demandes de patients par manque de temps. ²

« A : - Est-ce que ça t'est arrivé de shunter... de shunter des choses en disant je les reverrai plus tard... MG : - Ah oui, bien sûr, clairement. »

Dans un registre différent, un médecin a signalé le phénomène du début de carrière moins chargé que par la suite.

Début de carrière moins chargé. ³

« Je trouvais que je prenais plus de temps au début. [...] Au début de ton expérience, oui. Mais ça ne posait pas de problème parce que j'avais du temps. [...] ... c'était toutes les demi-heures, toutes les vingt-cinq minutes, toutes les demi-heures, donc t'as beaucoup plus de temps. »

2. 3. La démarche clinique

2. 3. 1. Distinction de deux éléments : l'entretien et l'examen physique

L'examen clinique se compose de deux éléments : l'entretien et l'examen physique du patient. Leur distinction au cours de la consultation serait utile à la démarche clinique.

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 597-598

² Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 556-558

³ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 25-33

Distinction des deux temps de l'interrogatoire et de l'examen physique. ¹

« ... et bien marquer les temps. Enfin, j'aime bien moi avoir le temps de l'interrogatoire... [...] ... j'aime bien avoir le temps de l'examen clinique. [...] ... ça fait partie de mon rituel, quoi si tu veux. [...] Ah moi, je sépare. C'est utile pour moi. »

L'examen clinique peut être réalisé de façon limitée.

2. 3. 2. L'entretien

Il est une source des signes cliniques. On signale la difficulté d'obtention des antécédents familiaux. L'entretien se serait pas toujours réalisé.

L'entretien semble se présenter sous deux modalités. Celle d'une discussion ouverte, basée sur l'écoute du patient et susceptible d'accueillir l'imprévu, et celle d'un interrogatoire précis, où le médecin prend le contrôle de l'échange et l'oriente à sa façon. Cette seconde phase est moins compatible avec le surgissement de l'imprévu, mais serait nécessaire pour que la consultation aboutisse.

Distinction de deux phases dans l'interrogatoire : phase d'écoute puis phase d'intervention. ²

« J'aime bien mener l'interrogatoire quoi. C'est moi qui... J'aime bien être le chef quoi. J'aime bien... C'est pareil, dans l'interrogatoire, j'aime bien que ce soit eux qui causent au début... [...] Longuement. [...] Et puis après euh... après, c'est moi qui oriente vers ce... [...] Pas intervenir au début. »

Ciblage progressif de l'interrogatoire. ³

« Puis là, t'es là, t'es obligé de... après, c'est toi qu'es obligé de faire le gendarme, quoi. [...] ... plus la consultation à la limite avance... [...] ... plus l'interrogatoire, il va être ciblé [...]. »

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 374-382, 391

² Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 439-449

³ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 436-437, 451-453

Temps programmé d'interrogatoire ouvert. ¹

« Et c'est : « Bon ! » Je dis : « Bon, qu'est-ce qui vous amène ? O. K., O. K. Et ? Y'a autre chose ? O. K. » Je laisse le patient parler. Et après, je pose des questions. »

Ces deux phases semblent devoir se succéder, de façon plus ou moins progressive. Cependant, il peut exister une confusion entre écoute et interrogatoire ciblé du patient, c'est-à-dire une absence d'identification propre de ces deux phénomènes.

Plusieurs écueils ont été évoqués : la difficulté du tri des informations, l'interruption volontaire de l'entretien pour éviter l'expression d'une nouvelle plainte et l'occultation d'un élément de l'entretien pour satisfaire la première hypothèse diagnostique. Un entretien volontairement interrompu pourrait être une perte d'occasion de recueil d'information clinique.

Limitation du recueil d'information par interruption de l'interrogatoire. ²

« Si tu lui dis : « Bon ! » et que tu passes à la salle d'examen [...] t'as coupé le patient... de toute façon, t'as dit : « Bon ! », tu te lèves, il va là-bas, t'examines ce pour quoi il t'a parlé, sauf si tu trouves un truc aberrant à l'examen, tu as bloqué la conversation. »

« ... moi, je me le reproche hein, souvent, je peux dire souvent, une fois par jour, c'est de... de m'arranger pour bloquer l'interrogatoire... [...] ... pour passer à l'examen... [...] ... parce que je sens que la personne va éventuellement me dire autre chose. »

Occultation d'un élément de l'interrogatoire pour satisfaire le premier diagnostic évoqué. ³

« De faire abstraction d'un élément clinique qu'on m'ait donné, pour satisfaire mon premier diagnostic, et en finir plus vite parce que je suis euh... azaï. [...] Ca peut, ça peut m'arriver. »

Un phénomène spécifique a été abordé, retenu comme le « mot gâchette » de l'entretien. Il s'agit de l'expression et du recueil d'une information clinique décisive, favorisée par la gestion de l'entretien par le médecin, ou survenant de façon inopinée, c'est-à-dire en dehors de toute préméditation de la part du médecin ou du patient.

¹ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 518-519

² Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 341-347, 488-493

³ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 445-448

Le mot gâchette de l'interrogatoire. ¹

« Ils te disent le mot qui, qui va te faire partir vraiment sur autre chose, des fois. »

« Le mot gâchette, et puis pof ! c'est là que... puis t'as la personne qui s'effondre, ou que... ou qui te raconte le secret depuis belle lurette caché... alors que tu le suis depuis quinze ans. »

A l'issue de l'entretien, l'examen physique pourrait être biaisé par des conclusions trop précoces, notamment en termes d'hypothèses diagnostiques.

Emergence précoce d'hypothèses diagnostiques. ²

« ... au fur et à mesure où le patient va vous donner une, deux, trois informations, votre hypothèse diagnostique s'affine, tout-de-suite, alors que vous avez encore pleins de signes qui sont pas présents, et du coup, puisque vous affinez votre diagnostic trop vite, vous vous enfermez dans une hypothèse diagnostique, et ça, faut pas. »

« ... vous allez orienter votre examen pour corroborer votre diagnostic. [...] vous allez orienter votre examen pour corroborer, euh, la névralgie cervico-brachiale... [...] vous allez partir sur un examen clinique pour corroborer [...] ... l'hypothèse. »

Les données obtenues lors de l'entretien peuvent être précisées ou tout simplement confirmées par leur répétition au cours de l'examen physique.

Précision de l'interrogatoire au cours de l'examen physique. ³

« ... ça m'empêche pas de les ré-interroger en les examinant. [...] Mais c'est plus de la précision. [...] ... pendant l'examen clinique, c'est vraiment la précision, quoi euh... « Ca vous fait mal à quelle heure ? » quoi en fait. »

2. 3. 3. L'examen physique

D'abord, le patient doit être préparé à l'examen physique. L'absence de préparation du patient à l'examen physique gênerait son déroulement.

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 552, 1375-1377

² Annexe 3. 1. - Entretien avec le Dr J. ; l. 42, 50-59

³ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 387-389, 455-456

Absence de préparation du patient à l'examen physique. ¹

« Et la grand-mère qu'a son corset et que... qu'a mal au dos, que machin... bon... et qu'a ses bas à varices, et que je sais pas quoi... tu... waouh ! »

L'examen physique est sensé être orienté par les données de l'entretien. Une fois le médecin orienté vers tel organe ou appareil, il serait nécessaire d'en faire l'examen physique de façon exhaustive.

Exhaustivité de l'examen physique d'un organe. ²

« Moi, un examen de douleur abdominale par un interne qui ne fait pas de toucher rectal, ou une auscultation pulmonaire chez un interne qui fait pas une percussion, pour moi, c'est pas correct. [...] On doit faire un examen pour rechercher tous les signes sémiologiques de l'organe, une fois qu'on a tous les signes sémiologiques de l'organe, on fait le tri et on décide quelle orientation diagnostique on va donner. »

L'examen physique dit systématique est supposé différent entre les médecins.

Diversité de l'examen physique dit systématique. ³

« ... parce que dans ta méthodo euh... tu sais que tu palpes la thyroïde quand tu regardes les ganglions, si y'a des ganglions euh voilà... tu le fais toujours, tu regardes toujours la thyroïde. [...] Puis naturellement, tu vas tomber un jour sur un nodule thyroïdien... [...] ... que l'autre aura pas vu parce que dans son... [...] ... dans son déroulé de consultation, il fait pas ça, quoi en fait. »

Par ailleurs, l'examen physique pourrait volontairement ne pas être réalisé par le médecin.

Suppression volontaire de l'examen physique. ⁴

« ... une fois sur deux, c'est tout juste si je la fais déshabiller, parce que je lui prends la tension assise sur la chaise là-bas, parce que sinon, j'en ai pour trois heures [...] »

Une idée reçue serait celle de son inutilité fréquente.

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 717-718

² Annexe 3. 1. - Entretien avec le Dr J. ; l. 263-265, 270-272

³ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 1290-1298

⁴ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 184-185

On retrouve ici la notion d'élément sémiologique décisif, qui pourrait émaner de l'examen physique du patient, tout comme de son entretien.

L'élément sémiologique décisif. ¹

« ... t'as un élément, t'as un élément qui survient parce que... voilà... un élément en plus sur le plan sémio, et puis... (claquement de doigt) »

A l'issue de l'examen physique, une discordance peut apparaître entre ses conclusions et celles de l'entretien.

2. 3. 4. Evolutivité de l'examen clinique

L'évolutivité d'un examen clinique a été relevée. En ce sens, il semblait important de savoir répéter entretien et examen physique. Répétition et complétion de l'examen physique sont deux notions différentes.

Importance de la répétition de l'examen physique. ²

« ... l'importance de l'examen complet, même sur une deuxième ou une troisième consultation, de réexaminer son patient complètement, je reprends à zéro, je pars pas sur le diagnostic initial, je repars sur un patient qui a une plainte au jour J... [...] on recommence, on recherche les signes sémiologiques, on réexamine tout [...] ... on refait incessamment... [...] ... l'examen clinique, sémiologique que j'ai déjà fait deux fois ou trois fois, je le refais. »

2. 3. 5. Ecueils supposés du raisonnement clinique

Le médecin serait susceptible de faire des suppositions préalables à tout examen clinique, notamment basées sur l'inspection immédiate du patient. Sa connaissance de ses doléances habituelles pourrait lui faire faire abstraction de la sémiologie. Par ailleurs, un diagnostic pourrait fréquemment être posé avant tout examen clinique conduit.

La perte de compétence en matière de sémiologie pourrait éloigner le médecin d'un raisonnement clinique rationnel.

¹ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 304-305

² Annexe 3. 1. - Entretien avec le Dr J. ; l. 157-172

2. 3. 6. Spécificités de la période épidémique

L'exercice clinique en période épidémique comporterait des particularités. Cette période favoriserait le diagnostic préalable à tout examen clinique et le raccourcissement de l'entretien. Il serait très difficile d'abandonner le premier diagnostic évoqué. Cependant, l'examen physique pourrait redresser un diagnostic précoce issu de l'entretien.

Fréquence du diagnostic préalable à tout examen clinique conduit, en période épidémique.¹

« ... très souvent, je me reproche, surtout quand on est en période hivernale, et qu'il y a des trucs... [...] d'avoir fait le diagnostic avant même d'avoir examiné le patient. »

2. 4. Le médecin

2. 4. 1. Opinion du médecin sur la sémiologie

Un médecin a insisté sur son opinion de la sémiologie, primordiale selon lui. Plaidant pour une analyse sémiologique optimale tant au niveau de l'entretien que de l'examen physique, une démarche diagnostique rigoureuse, une prise en charge médicale justifiée, son positionnement était univoque et sans concession.

Primordialité de la sémiologie.²

« ... la sémiologie, c'est le B.A.-BA [...] de la consultation [...] ça commence obligatoirement par ça. » « ... l'examen clinique, qui est souverain. »

« La médecine, c'est la sémiologie. »

« ... la sémiologie est indispensable à faire une médecine de qualité, à faire une médecine économe, à faire une médecine non redondante, voilà. »

Un autre a pointé l'importance du dépassement des obstacles à l'obtention des signes cliniques.

¹ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 351-354

² Annexe 3. 1. - Entretien avec le Dr J. ; l. 27-29, 174-175, 834, 1418-1420

Aucun des trois médecins n'a exprimé de réticence par rapport à la place centrale de la sémiologie en médecine générale.

2. 4. 2. Disposition intellectuelle au cours de la consultation

La disponibilité du médecin à son travail est variable. Il peut être désintéressé du contenu de la consultation, ennuyé, voire agacé, et en conséquence, négliger une demande du patient.

Médecin embêté par la consultation. ¹

« Parce qu'elle m'en a déjà rebassiné de ce truc-là, on a déjà vu ça plein de fois, attends... [...] Et puis ça va aboutir sur rien du tout et puis que... pff... [...] Et puis ça te barbe [...] »

« ... est-ce que c'est vraiment tout le temps à cause du temps ? Ou aussi parfois à cause... « Fait chier... » (tout bas) »

La situation de l'épuisement professionnel, ou burn-out, a donné lieu à un échange approfondi avec un des médecins.

Le contexte social du médecin serait la cause d'un isolement, en cas d'absence de structure ou de personne recours.

Absence de personne recours en cas de souffrance d'un médecin généraliste. ²

« Et puis moi, tu vois, même quand aujourd'hui... je me dirais : « Qui je vais voir quoi ? » »

Le médecin en situation d'épuisement professionnel n'aurait pas tendance à se confier à un collègue généraliste et se renfermerait sur lui-même.

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 600-601, 605-606, 616-618

² Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 1097-1098

Refus de se confier à un collègue généraliste. ¹

« A : - Parce que consulter un collègue... MG : - ... on n'a pas envie de le dire... [...] on n'a pas envie... »

Il poursuivrait parfois son activité médicale. Cette situation d'isolement social entrerait en compte dans le phénomène du suicide chez les médecins généralistes. En ce qui concerne la pratique médicale, un burn-out entraînerait une perte de disponibilité pour le patient, une altération de l'examen clinique, une augmentation du temps de travail et une perte de rendement.

Epuisement professionnel, ou burn-out. ²

« ... je m'en souviens très très bien, y'avait même le stagiaire, y'a une journée, à la fin de ma journée, je ne sais pas, j'avais travaillé ; visiblement, j'avais dû faire les choses à peu près correctement parce que ma stagiaire aurait peut-être poussé des cris, ou si quelque chose... mais je ne me souviens pas de ma journée le soir. [...] Oui, ça arrive. On est complètement H. S. Le patient, on lui fait répéter quatre fois la question... « Température ? - Je vous l'ai déjà dit, Docteur. J'ai de la température. » »

Perte de rendement en cas de burn-out. ³

« ... bizarrement, tu bosses encore plus. Parce que, comme tu mets beaucoup plus de temps à réagir : une consult qu'aurait duré vingt minutes, elle dure une demi-heure, etc. »

D'autres dispositions intellectuelles peuvent influencer sur la démarche clinique. Positivement, on a relevé la motivation pour la recherche diagnostique, l'existence d'un doute initial et l'ouverture d'esprit. Négativement, on a relevé le fonctionnement de routine, la fermeture d'esprit et la difficulté de l'abandon du premier diagnostic évoqué.

¹ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 1094-1097

² Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 1066-1073

³ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 1049-1051

Motivation pour la recherche diagnostique. ¹

« ... je dis toujours : « Aujourd'hui, tu vas trouver un truc exceptionnel. » [...] c'est un exercice, je me dis toujours : « Attention, aujourd'hui, tu peux peut-être passer à côté d'un truc... » »

2. 4. 3. Carrière et expérience

En début de carrière, la découverte globale du patient favoriserait un interrogatoire plus poussé.

Découverte globale du patient, en début de carrière. ²

« ... fallait que je prenne l'habitude de connaître mes patients, que je connaissais pas du tout, ni dans leur vie familiale... [...] ... ni dans leur contexte professionnel. »

La connaissance de la sémiologie se forgerait à l'aune de l'expérience accumulée.

2. 4. 4. Les règles qu'il s'édicte

Les médecins ont rapporté des habitudes de travail qu'ils s'étaient imposées, en réponse à des difficultés rencontrées dans leur pratique de l'examen clinique. Il s'agissait de l'explicitation au patient de règles pour l'examen clinique, de l'obligation d'un examen clinique complet annuel pour tout patient, notamment ceux vivant en maison de retraite, et d'une vigilance sans cesse renouvelée envers le risque d'échec diagnostique.

Règle imposée d'un examen physique annuel complet des personnes âgées, en maison de retraite. ³

« Mais j'essaie quand même, une fois par an, mes personnes âgées, comme on les voit tous les mois à peu près en maison de retraite, de les voir dans leur lit, donc en chemise de nuit ou en pyj, pour les examiner complètement. »

¹ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 62-63, 73-74

² Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 34-37

³ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 728-730

De plus, la planification de consultations était décidée en cas de consultation supposée inhabituellement longue, de multiplicité des plaintes exprimées au cours d'une seule consultation, ou de plainte particulière nécessitant de lui consacrer une consultation complète.

Planification des consultations supposées plus longues. ¹

« Alors c'est vrai quand même qu'il y a des consultations où tu tries, enfin, que tu mets à certaines heures... consultations psy euh... ça te tombe dessus... tu sais, par exemple, les évaluations traitement à... anti... si tu institues un traitement antidépresseur, tu les renvoies à dix jours... [...] ceux-là, euh, ils ont rendez-vous à vingt heures le soir. [...] Ouais. Ceux-là, je les mets d'emblée... C'est moi qui fixe le rendez-vous d'ailleurs. [...] ceux-là, c'est vingt heures le soir, comme ça, je sais que je suis pas embêté après. J'ai le temps. [...] Parce que la consultation va nécessiter du temps. [...] « Je vous mets à cette heure-là parce que j'aurai... je, je... je pense que c'est important qu'on ait du temps pour, pour, pour échanger quoi. » »

Planification de consultations en cas de plaintes multiples. ²

« Ou alors je vais faire revenir, quand c'est un autre critère qu'il va m'amener. On parle pas là d'un syndrome fébrile ou quoi que ce soit. Je vais écouter. « Vous venez de me donner ça... Là, je peux pas. Je suis full, je suis en retard, donc, ça, ça m'embête ce que vous venez de me dire là... [...] j'ai pas le temps de le voir aujourd'hui parce que, parce que ça nécessite un examen... Vous revenez... »

L'ajournement d'une consultation était possible en cas de pathologie méconnue par le médecin, estimant nécessiter une mise à jour de ses connaissances.

2. 4. 5. Réflexivité sur sa pratique

Il pourrait être délicat pour un médecin généraliste d'assumer des lacunes, particulièrement en sémiologie. Plus généralement, il peut craindre la remise en cause de ses pratiques.

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 488-505

² Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 455-461

Crainte de la remise en cause. ¹

« Et la phrase qu'il fallait plus que je dise à la fin pour stimuler quelqu'un, c'est : « Ca nous permet de nous remettre en cause. » [...] Parce que c'est ce dont ont peur la plupart des gens, des médecins. »

Celle-ci peut aussi être acceptée, et alors déboucher sur une évolution de son exercice.

Un médecin a rapporté l'importance de la reconnaissance des limites de ses compétences et la nécessité d'une auto-évaluation de sa pratique.

Un des bien-fondés de la pratique d'un médecin serait l'obtention de bons résultats dans la prise en charge globale de ses patients.

Confirmation de la pratique de l'examen physique par les bons résultats. ²

« ... savoir faire en fonction de ta pratique à toi, c'est-à-dire que toi si tu as besoin parce que tu as des critères que tu y mets, que juste là, il s'avère que tu es passé à côté de, de... de très peu d'appendicites, et que tu n'as pas fait hospitaliser ou opérer beaucoup de patients qui n'en avaient pas, c'est que tes critères diagnostiques à toi sont quand même pas si mauvais que ça. »

2. 5. L'interaction médecin patient

Plusieurs phénomènes relatifs à l'interaction entre le médecin et le patient sont apparus : les représentations mutuelles de l'un envers l'autre, les opinions du patient, la présence de tiers, l'expérience relationnelle qu'est l'examen physique, et l'impact du suivi.

2. 5. 1. Représentations

La représentation du patient par le médecin serait ambivalente, entre sujet relationnel et objet médical.

¹ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 922-925

² Annexe 3. 1. - Entretien avec le Dr J. ; l. 1459-1463

Ambivalence de la représentation du médecin de son patient, entre sujet relationnel et objet médical. ¹

« ... est-ce qu'il reste le sujet de... relationnel ou il redevient l'objet médical, d'ailleurs... enfin, l'objet médical avec une... une patho, avec un truc intéressant à trouver, un truc euh... »

De son côté, le patient pourrait se représenter le médecin comme un prestataire de service.

Le médecin perçu comme prestataire de service. ²

« ... ceux qui viennent faire leur marché, quoi en fait. »

2. 5. 2. Confrontation au point de vue du patient

Le médecin peut se trouver confronté à l'avis du patient sur la conduite de son examen clinique, ainsi qu'à son avis sur ses pathologies, en rapport avec l'accès facilité de nos jours aux informations médicales.

Evolution des pratiques liées à la documentation croissante des patients sur les pathologies. ³

« ... ce qui nous fait évoluer un petit peu aussi, mais ça, je sais pas si c'est tous les collègues, c'est le fait aussi que maintenant, les gens ont accès à des données qu'ils n'avaient pas avant. Bon. Les gens maintenant, arrivent avec quatre feuilles Internet sur euh... l'algodystrophie hein... »

Pourtant, le feed-back provenant du patient serait modéré, selon un médecin.

Le patient peut faire l'objet d'un contre-transfert négatif de la part du médecin.

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 637-639

² Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 1268

³ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 987-990

Contre-transfert négatif du médecin envers le patient. ¹

« Je pense qu'elle commençait à me gonfler... »

2. 5. 3. Cas de la présence d'un tiers

La présence d'un tiers lors de la consultation, fréquente et naturellement acceptée, semble jouer sur son contenu, de façon ambivalente. L'entretien et l'examen physique pouvaient s'en ressentir.

Ambivalence de la présence d'un tiers lors de la visite à domicile. ²

« ... je sais pas, t'as la voisine qu'est là, l'aide à domicile qu'est là, donc tu vas parfois t'intéresser... alors t'as des infos... [...] mais d'un autre côté, tu perds aussi, alors en intimité. »

Les écueils possibles seraient un décentrage excessif de l'attention du médecin vers le tiers, un entretien plus stéréotypé et un amoindrissement de l'examen physique.

Décentrage excessif de l'attention du médecin vers le tiers. ³

« A : - ... un tiers que tu n'as pas envie de shunter parce que elle t'apporte un certain nombre d'informations... MG : - Elle t'apporte des infos, mais d'un autre côté, y'a un risque, un gros danger de focaliser la consultation, l'interrogatoire sur cette personne-là, et donner les explications qu'à cette personne-là. »

Différence de conduite de l'interrogatoire en présence du conjoint. ⁴

« ... il se passe pas la même chose quand t'en as deux qui viennent pour un renouvellement et que tu fais la consult l'un après l'autre, que quand t'as séparément deux consultations différentes. Ton interrogatoire va être différent. »

Lors de la consultation d'un adolescent, le parent pouvait être écarté, mais après négociation et sous condition tacite d'une synthèse en sa présence en fin de consultation.

¹ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 242 bis

² Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 823-828

³ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 859-863

⁴ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 813-815

Ecartement transitoire négocié d'un parent lors de la consultation d'un adolescent. ¹

« ... sortir la mère parce que tu veux... enfin, tu veux dialoguer avec l'enfant, ou l'ado, ça c'est régulier, quoi en fait. Ca, tu le fais régulièrement. Les gens comprennent, en général. »

2. 5. 4. L'examen physique comme expérience relationnelle

L'examen physique pourrait être l'expression du lien relationnel entre le médecin et son patient, par sa dimension intime, notamment avec le rôle de la tactilité. Cette expérience relationnelle permettrait en retour une facilitation de la conduite de l'examen physique.

Rôle de la tactilité dans la dimension relationnelle de l'examen physique. ²

« Quand t'es avec ta petite grand-mère euh... ta petite grand-mère que t'examines, tu l'examines, mais tu... tu peux parfois aussi lui tenir la main, quoi en fait. C'est pas qu'un examen clinique. Si tu veux, tu... tu vois, tu... y'a du tactile, y'a du toucher, quoi en fait. [...] quand tu lui tiens la main, quand tu lui auscultes les poumons, t'es pas obligé de, de venir la main... [...] mais n'empêche que, si tu lui tiens la main, elle va pas te l'enlever. Elle te l'enlève pas, la, la petite dame. »

Mais cet aspect nécessiterait l'implication humaine personnelle du médecin lui-même, en corrélation avec son expérience. Les internes, moins expérimentés, y seraient peu sensibles.

2. 5. 5. Le suivi médical

Les conséquences du suivi au long cours d'un patient paraissent ambivalentes, positives ou négatives.

Positivement, les médecins ont rapporté une augmentation de la sensibilité clinique avec un patient connu, la richesse humaine du suivi et l'importance de la connaissance de la présentation clinique habituelle du patient.

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 850-852

² Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 1103-1105, 1132-1136

Importance de la connaissance de la présentation clinique habituelle du patient. ¹

« Elle avait pas la même tête que d'habitude. Et elle, elle se plaignait pas plus. [...] Si je l'avais pas connue, je me serais peut-être cantonnée à, à ce pour quoi... [...] A ce pour quoi elle venait. [...] C'est la connaissance de la patiente qu'a faite (sic) que j'ai réagi comme ça. Je l'aurais pas connue, elle sortait de mon cabinet avec son traitement. »

Négativement, ils ont cité l'impression de connaissance exhaustive du patient, l'habitué du médecin à un tableau clinique chronique pathologique, la difficulté d'abstraction de sa connaissance du patient, parfois nécessaire, la perte d'objectivité de l'examen clinique et la perte de sensibilité clinique.

Perte d'objectivité dans l'examen clinique du patient suivi au long terme. ²

« ... c'est le travers de notre profession, quand on connaît trop les patients. [...] Et le médecin, je, je lui jette pas la pierre, mais il s'en était pas aperçu, parce que ça s'était produit sur sept ou huit ans. Il s'était empâté, il était devenu machin, pseudo-dépressif, ralenti... et voilà. Et en fait, il avait une hypothyroïdie. »

Par ailleurs, sans que cela ait une connotation unique, le suivi médical est à l'origine de la connaissance du mode habituel de doléances du patient. D'une part, une modification du mode de doléances pourrait être repérée à bon escient. Mais d'autre part, il existe une possibilité de dévoiement, en cas de présuppositions de ces doléances, avec un risque d'échec diagnostique à la clé.

Présupposition des doléances du patient. ³

« ... de temps en temps, je m'en veux, parce que je pars trop du principe que je connais le patient. Et que je connais ses items, ses doléances : « J'ai mal là, j'ai mal là, et puis j'ai mal là, j'ai encore mal là, et puis j'ai mal dormi cette nuit... » »

« ... je me dis : « Elle va encore me raconter ça, elle va encore me raconter ça... » »

¹ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 79-82, 111-113, 154-155

² Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 200-208

³ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 157-159, 244

En outre, le suivi peut provoquer une catégorisation subjective du patient. Un exemple est celui d'un patient classé « somatisant ». Un autre, celui d'un patient classé « difficile à interroger ».

Difficulté d'interrogatoire de certains patients. ¹

« Y'en a, ils sont ininterrogeables, enfin... soit parce qu'ils causent tout le temps, soit c'est noyé dans un tas de machins, dans un tas de plaintes, un tas de trucs ou un tas de je sais pas trop quoi d'ailleurs... »

Au cours du suivi, le médecin pourrait manifester un regain d'intérêt brutal pour son patient chronique, à la faveur d'une évolution clinique particulière, mais également de façon inattendue, voire inexplicée.

Majoration de l'intérêt porté par le médecin sur son patient par l'émergence d'un nouvel élément clinique. ²

« A part ça, t'es surpris aussi, t'es surpris aussi parce que parfois aussi, t'as quand même le, le... le chieur qui te fait chier... puis, y'a un jour, il va te dire un truc et puis ça... je sais pas, y'a... toc ! un déclic euh... mutuel entre guillemets, et puis tu raccroches le wagon. Il redevient, ce patient-là, c'est pas qu'il redevient intéressant, mais presque, quoi en fait. Il redevient... il redevient intéressant médicalement, tu vois... »

2. 5. 6. Irrationalité

Phénomène inattendu par l'enquêteur, la présence d'irrationnel dans l'activité de consultation, notifiée par deux des trois médecins interrogés, dont un a signalé son goût pour cet aspect de sa pratique.

Le dépassement de la rationalité dans la pratique de la médecine générale. ³

« la magie de la rencontre »

« la poésie de la médecine générale... [...] Moi je, moi je, j'adore ça, moi ça... Ce, c'est la vraie rencontre, ça. »

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 417-419

² Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 624-628

³ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 1393, 1414, 1418-1419

Selon eux, de la rencontre entre le médecin et le patient peut surgir de l'irrationnel. La consultation peut alors prendre un tournant tout à fait imprévu par les protagonistes, ce qui déclenchera, le cas échéant, une prise en charge spécifique.

Métamorphose inattendue du contenu de la consultation, d'origine indéterminée. ¹

« Moi, j'ai vu des consultations, vraiment, pour des motifs euh... complètement banaux... (sic) [...] se transformer... et je ne sais pas pourquoi, y'a des gens des fois, ils te le disent après d'ailleurs, qu'ils étaient pas venus là pour ça, et euh... et ça se transforme en... en truc complètement différent de ce que l'un et l'autre attendaient. »

L'examen physique peut comporter une part d'irrationalité, ou tout au moins une part non rationalisée. Un médecin a parlé de « sixième sens clinique ».

Possible irrationalité de l'examen physique. ²

« ... c'est pas du tout cartésien, mais je crois qu'on développe un sixième sens. »

« Et vraiment, sa tête me plaisait pas. [...] « Ecoute, je te l'envoie, délit de sale gueule, y'a quelque chose, je sais pas quoi, mais y'a quelque chose. » »

De façon connexe, un sentiment d'irrationalité pouvait émerger de la présence simultanée de signes cliniques inexplicables et d'événement de vie traumatisant.

Coexistence de plaintes somatiques inexplicables avec un événement de vie traumatisant. ³

« ... des gens qu'ont, qu'ont des plaintes somatiques euh... que tu traites depuis je sais pas combien de temps... Tu, tu le soupçonnes à un moment donné, tu le soupçonnes. [...] Et puis, un jour, paf ! C'est le père qui s'est pen... [...] Elle se présentait, bon y'a eu toute une, toute une batterie de trucs pour les pathologies euh... digestives, qu'elle avait laissée tomber, et puis euh... et puis finalement, quand même, là, y'a eu un décès récent et puis... et puis, pof, ça l'a ressorti, quoi. Et, et, et elle m'a ressorti le coup de son père décédé, pendu. »

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 1386-1391

² Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 76-77, 94, 117-118

³ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 1432-1445

2. 6. Le patient

Trois phénomènes inhérents au patient ont été repérés.

Premièrement, les demandes au cours d'une même consultation seraient fréquemment multiples. La réaction du médecin serait diverse, celui-ci pouvant accepter de ne pas donner de réponse à chaque demande.

Deuxièmement, il s'agit de la variété du temps nécessaire à chaque patient pour exprimer une plainte. Ce temps peut être long. Le respecter ou non aurait des conséquences cliniques.

Respect du temps nécessaire à chaque patient pour exprimer sa plainte. ¹

« T'as les gens hyper timides et si tu les laisses... tu laisses même dix secondes où tu vas rien dire, ils vont finir par parler. Et là, faut surtout pas les interrompre. »

Dernièrement, les médecins interrogés soulignent l'existence d'un point de vue du patient sur la conduite de son examen clinique. En effet, un patient peut accepter sans condition l'examen clinique qu'on lui propose, mais il peut aussi refuser la réalisation d'un geste clinique. Il peut enfin disqualifier l'examen clinique dans son ensemble, par exemple en cas de renouvellement d'ordonnance.

Point de vue du patient sur la conduite de son examen clinique. ²

« ... t'as des patients qui vont te faire le reproche parce que t'as oublié, t'as oublié de prendre la tension, alors qu'ils sont pas du tout venus pour ça et que ça n'a aucun intérêt de prendre la tension... »

« Moi, j'ai une femme, euh... Elle vient tous les ans, une fois par... Elle vient qu'une fois par an... [...] je la vois une fois par an, mais elle se fout à poil complètement, sans que je lui demande, en fait, si tu veux... [...] Si elle se déshabille complètement, c'est aussi que elle a envie que, enfin, qu'il y ait une, une... qu'il y ait un frottis, qu'il y ait enfin, un examen gynéco, qu'il y ait une palpation des seins, parce que, pour elle, ça... je pense que, le contrôle annuel euh... doit comporter ça, quoi en fait. »

¹ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 539-540

² Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 1205-1207, 1234-1240, 1252-1255

Disqualification de l'examen clinique par le patient lors d'un renouvellement d'ordonnance. ¹

« MG : - « Oh bah, vous allez bien me faire mon renouvellement comme ça, quoi en fait. »»

« ... puis t'en as d'autres euh... enfin, d'après ce que... ils viennent pour le renouvellement de traitement anti-hypertenseur, il faudrait leur prendre que la tension. [...] ... ils ont leur... leur Coversyl®, il faudrait leur prendre que la tension, quoi, et encore. Et encore, ceux qui viennent sous Coversyl®... qui, qu'ont du Coversyl®, et à qui faudrait faire le, le... l'ordonnance sans les voir. »

Refus par le patient d'un geste de l'examen physique. ²

« ... Monsieur ..., PSA à je sais plus combien... j'ai jamais pu lui mettre un doigt dans le derrière, hein... enfin... [...] il savait probablement un truc et que il voulait pas... Puis, je pense, je sais pas, il devait y avoir une signification là-dessus, j'en sais rien... mais il a refusé, oui, enfin... »

2. 7. Les examens paracliniques

Un des médecins a insisté sur la nécessaire justification des examens paracliniques par la sémiologie. L'absence de cette condition entraînerait chez lui un refus systématique de prescription. La sémiologie devait en outre être utilisée à des fins d'interprétation de ces examens.

Importance d'une analyse sémiologique complète sur le plan cardiaque pour l'interprétation d'un électrocardiogramme. ³

« ... parce que ce qui est important, c'est pas de faire ton électro, c'est, c'est de savoir ce que tu vas interpréter de ton électro en fonction des signes cliniques sémiologiques que tu avais. [...] Ca veut dire que si tu vas pas chercher tous tes signes cliniques, et ben tu vas chercher des signes de nécrose sur ton truc, tu vas pas les trouver. »

Le recours aux examens complémentaires serait plus important chez les étudiants et diminuerait avec l'expérience.

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 1189-1190, 1209-1211, 1262-1264

² Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 1172-1179

³ Annexe 3. 1. - Entretien avec le Dr J. ; l. 1042-1044, 1052-1053

Rapidité de recours des étudiants aux examens complémentaires. ¹

« ... moi, je, je râle après mes... enfin, je râle, j'échange beaucoup... [...] avec les internes quand euh... Bah, je dis : « Attends, l'examen clinique, l'interrogatoire, le... Allez, attends avant de demander les examens, on a le temps, on peut revoir le truc, on peut réexaminer. Attends, euh... Attends ! » [...] Ca va vite à l'examen... »

De son côté, le patient peut inciter au dépassement irréflecti de l'étape sémiologique en demandant, directement ou tacitement, un bilan biologique.

Demande irrationnelle de bilan biologique par le patient. ²

« Par exemple, la demande qu'on fait régulièrement, c'est : « J'suis fatigué, j'suis fatigué, depuis un moment, je me traîne et tout, Docteur, faut me faire un bilan sanguin. » [...] Voilà, donc je leur dis : « Vous avez quoi comme plainte ? - Bah... je suis fatigué », je dis : « Vous êtes fatigué, vous avez des symptômes ? Mis à part le symptôme fatigue, vous avez des symptômes ? Vous êtes essoufflé, vous êtes... vous avez le coeur qui palpite ? Vous avez perdu du poids ? Vous avez une perte d'appétit ? Vous avez des troubles du transit ? » »

Le coût des examens complémentaires a été cité.

2. 8. Activités hors du cabinet

On aborde ici les spécificités de deux situations : les visites à domicile et les visites en maison de retraite.

2. 8. 1. Les visites à domicile

De façon générale, il a été noté l'âge élevé des patients vus à domicile. Les visites à domicile auraient tendance à baisser, ce qui a été d'une part regretté car cette baisse génère une perte d'information clinique, mais d'autre part loué, car il en résulte un gain de temps.

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 1068-1075

² Annexe 3. 1. - Entretien avec le Dr J. ; l. 456-463

Gain de temps par baisse des visites à domicile. ¹

« A la fois, je suis très contente de plus en faire parce que... parce que, parce que, parce que on est débordé donc... [...] ça fait gagner du temps [...] »

La présence fréquente d'un tiers serait la cause d'un manque de confidentialité et d'intimité.

Difficulté d'écartement d'un tiers lors de la réalisation de l'examen physique en visite à domicile. ²

« A : - C'est pas toujours facile de faire sortir le tiers, même à domicile ? MG : - Ah bah c'est pas facile, c'est pas forcément facile, hein. [...] C'est pas toujours simple, hein. C'est... quand il y a les enfants, quand c'est la fille qui s'occupe de tout, si tu veux euh... elle a envie d'être là, quoi. [...] Et puis... ou... moi, alors, qui fais pas mal de soins palliatifs, virer la femme, le conjoint euh... C'est pas simple, hein. [...] Je peux te dire que c'est pas simple. »

Le médecin pourrait éprouver parfois un sentiment d'intrusion lors de cet exercice.

Les conditions matérielles rendraient plus difficiles la réalisation de l'examen physique.

Difficulté de réalisation de l'examen clinique lors des visites à domicile, à cause des conditions matérielles. ³

« Conditions matérielles d'examen clinique qui sont quand même pas les mêmes. Mais c'est aussi pareil pour les maisons de retraite. [...] ... faire, par exemple, un examen gynéco à une personne âgée dans, dans le vieux lit de... qu'est tout mou et qu'est tout creux et que tu vois pas le... Sous la doudoune, tu vois que dalle, quoi en fait. »

De plus, les médecins interrogés n'utilisaient pas de support informatique pour leurs visites à domicile, rendant nécessaire la mise en jeu de leur mémorisation du dossier médical. A la suite d'une visite, le dossier médical informatique serait moins bien rempli.

¹ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 676-679

² Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 891-901

³ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 704-714

Moins bonne tenue du dossier médical informatisé à la suite d'une visite a domicile. ¹

« ... je saisis la compta, donc je mets euh... je sais pas moi, je mets « pneumopathie droite » ou je sais pas quoi, et puis je mets « Oroken® » en face, ou « Augmentin® » ou je sais pas quoi, enfin, si tu veux. Mais c'est... hyper bref là par contre. [...] ... c'est hyper bref par rapport à ce que je rentre pour quelqu'un qui vient en consultation. »

La démarche diagnostique, dont l'entretien, serait modifiée par la vision du domicile, source d'informations cliniques supplémentaires, et par la possibilité de transmission écrites provenant d'autres soignants.

Meilleure compréhension clinique grâce à la visite à domicile. ^{2, 3}

« Moi, je suis arrivée une fois chez un patient, ça faisait des années que j'essayais de lui faire perdre du poids, en lui disant qu'il fallait qu'il soulage son petit-déjeuner et tout, machin, et un jour, je suis arrivée chez lui à cinq heures du mat', ou six heures du mat', parce que sa petite faisait une crise d'asthme, et j'ai vu les frasques sur la table du petit-déjeuner de quatre heures du matin, puisqu'il était agriculteur, avant qu'il ne parte. Et j'ai compris que ce que je disais depuis quatre ans... J'avais pas bien ciblé, quoi. »

« ... depuis quelques mois, quand je viens, j'ai remarqué quand même que le sol était plus dégueulasse que... et y'avait des taches sur sa robe que y'avait pas avant, quoi. »

Influence de la vision du domicile sur l'interrogatoire.⁴

« ... tu peux pas ne pas t'imprégner des conditions que tu vois... »

2. 8. 2. Les visites en maison de retraite

On retrouverait la difficulté de réalisation de l'examen physique, en y ajoutant la contrainte du respect du fonctionnement quotidien de la maison de retraite. Certains horaires ne seraient pas compatibles avec un examen clinique.

¹ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 789-794

² Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 688-693

³ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 739-741

⁴ Annexe 3. 3. - Entretien avec le Dr G. ; l. 730-731

Difficulté de l'examen clinique à certains moments de la journée, en maison de retraite. ¹

« Ou faut se dépêcher parce que faut les emmener à table. Toi, t'arrives, il est midi moins le quart. A midi, ils passent à table, donc tu les as dans leur fauteuil, dans leur machin... [...] ils sont dans leur fauteuil, prêts à manger, déjà le bavoir autour du cou. »

Un élément crucial serait le type de collaboration avec l'équipe de soins, élément variable selon les établissements. La présence d'une infirmière lors de la visite aiderait.

Diversité de l'aide apportée par l'équipe de soins, en maison de retraite. ²

« Y'en a où y'a pas de souci, on va te les déshabiller tout de suite, va y'avoir quelqu'un, on va mettre son repas au fr... au chaud et y'a aucun souci. Puis y'en a d'autres, c'est la guerre. A ce moment-là, tu fais tout toi-même. »

Aide de la présence d'une infirmière lors de la visite en maison de retraite. ³

« ... à la maison de retraite quand tu as euh... quand t'as l'infirmière qui te donne les données, ou quand tu les, tu les as avec simplement le dossier et la personne âgée que t'as en face de toi. [...] c'est l'infirmière que tu vas interroger en... Tous les coups, tu vas avoir rapidement... Bah, attends, elle te fait une synthèse, tout ça, tous les trucs qui va pas (sic), et comme t'es pressé, ça va, ça t'arrange, quoi. »

A noter la diversité de la qualité des soins prodigués aux résidents par les équipes de soins, en fonction des établissements.

¹ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 718-720, 771

² Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 778-780

³ Annexe 3. 2. - Entretien avec le Dr M. ; l. 828-835

3. Discussion transitionnelle

Il est important de développer les limites que nous reconnaissons à ces résultats. Elles sont à la fois la justification et le socle de la suite de notre investigation.

3. 1. Une question initialement trop restrictive

Au cours des entretiens, la question clairement énoncée était : « Quels sont les obstacles à la pratique de la sémiologie en médecine générale ? »

A l'issue de cette phase exploratoire, nous nous sommes rendu compte que cette formulation, si elle avait sa légitimité, n'en était pas moins restrictive. Nous n'avons pas cherché à explorer l'aspect complémentaire, celui des facteurs favorisant la pratique de la sémiologie.

Ceci dit, nous avons pourtant recueilli un certain nombre de ces éléments facilitateurs, car ils ont spontanément émergé à la faveur des échanges. Nous les avons alors pris en compte en les codant. Mais il est vrai que l'orientation partielle que nous avons choisie comme point de départ nous a empêché d'embrasser le phénomène dans sa globalité.

➤ Comment dépasser cette limite ?

L'énoncé de notre question de recherche a été modifié. Dans la suite de notre enquête, nous recherchions « les facteurs influençant la recherche des signes cliniques en médecine générale ».

3. 2. Quelle valeur attribuer aux données ?

Les résultats sont tirés d'entretiens. Nous attirons l'attention du lecteur sur la délicatesse d'interprétation de ces données.

En effet, lors d'un entretien, les propos tenus peuvent relever d'opinions, d'idées préconçues, d'erreurs de jugement. L'enquêteur doit accueillir ces idées avec une certaine distanciation et les questionner. Pourquoi telle opinion a-t-elle été émise ? Est-ce une

opinion socialement convenue ou est-elle véritablement enracinée dans une argumentation solide ?

Une opinion, telle qu'elle est émise, est toujours significative, comme les autres propos tenus, mais l'enquêteur, s'il veut élaborer une théorie fiable, doit dépasser le niveau de l'opinion pour accéder au sens profond qu'elle recèle.

A l'inverse, l'enquêté peut rapporter une expérience vécue. De notre point de vue, les propos à contenu expérientiel, c'est-à-dire directement tirés de l'expérience vécue par l'enquêté, ont une grande valeur. En effet, ils donnent accès à une portion de vie, dont on se propose d'explorer les ressorts.

Evidemment, la façon dont une expérience est racontée est toujours sujette à caution. L'enquêté peut arranger le déroulement des événements, embellir l'expérience. C'est à l'enquêteur d'essayer d'en découvrir la véritable teneur.

➤ **Comment dépasser cette limite ?**

Nous avons procédé à la triangulation des données, c'est-à-dire la diversification de leur mode de recueil, qui a pour but de dépasser les inconvénients spécifiques de chaque type d'investigation.

Afin d'augmenter la fiabilité des résultats, nous avons donc opté pour l'observation directe des médecins. Nous avons demandé à des médecins leur accord pour assister à leurs consultations au cabinet médical et à leurs visites.

3. 3. Faible densité des catégories obtenues

Les catégories obtenues sont le fruit de l'analyse des propos de trois médecins. Chaque thème n'a donc été abordé que sous un angle particulier, voire deux. Il n'a pas été exploré complètement.

Précisons cette notion par un exemple : la variété du temps nécessaire à chaque patient pour exprimer sa plainte.

Nous avons souligné que ce temps pouvait être long. Nous n'avons pas abordé la possible rapidité d'expression d'une plainte par le patient et ses éventuelles conséquences.

De même, en ce qui concerne l'expression d'une plainte, la durée n'est pas la seule caractéristique que l'on peut étudier. On peut s'interroger également sur son caractère compréhensible ou obscur, ou sur son contenu médicalement justifié ou complètement farfelu. Une plainte peut aussi être exprimée de façon pressante ou simplement suggérée du bout des lèvres.

Comment toutes ces caractéristiques influent sur l'examen clinique du patient par le médecin ? Nous n'avons pas interrogé cela. En d'autres termes, la catégorie portant sur l'expression d'une plainte par le patient n'a pas été complètement explorée. On dit alors qu'elle a une faible densité.

➤ **Comment dépasser cette limite ?**

L'observation directe a également été choisie pour nous permettre d'accéder à la variation de concepts qui avaient simplement évoqués, et trop partiellement décrits, lors des entretiens. Elle devait nous aider à les décrire de façon plus systématique, c'est-à-dire à augmenter la densité de nos catégories et la fiabilité de nos résultats.

IV. Phase d'observation directe

1. Matériel et méthodes

La seconde phase de l'étude s'est constituée de temps d'observation directe de cinq médecins généralistes pendant leur activité de consultation, au cabinet ou en visites à domicile. Au total, nous avons assisté à 81 consultations. Les données ont été analysées différemment de celles de la phase exploratoire, afin de favoriser la théorisation.

Nous aborderons tour à tour l'échantillonnage des médecins généralistes, les modalités de recueil des données et la méthode choisie pour leur analyse.

1. 1. Echantillonnage des médecins généralistes

Nous avons voulu procéder à un échantillonnage théorique. ^[20]

Selon Glaser et Corbin (2004), l'échantillonnage théorique consiste à choisir le terrain de l'étude, lieux et personnes, de façon à maximiser les opportunités de découvrir des variations parmi les concepts nourrissant la théorie en cours de construction.

En accord avec le choix de la théorie ancrée, cet échantillonnage est évolutif au cours de l'enquête. Dans un premier temps, alors que la théorie n'existe pas encore, l'échantillonnage est caractérisé par son ouverture. Il n'est pas spécifique. Son principal objectif est d'éviter de focaliser la recherche trop précocement et d'en restreindre d'emblée la portée. On parle d'échantillonnage ouvert.

C'est ainsi que les trois premiers médecins ont été choisis. Les docteurs L. et M. ont été choisis à proximité de l'enquêteur, au hasard des pages jaunes. Le docteur F. a été choisi parce qu'il s'agissait d'une femme exerçant dans un village, sans critère supplémentaire.

Dans un second temps, les premiers concepts apparaissent au rythme de l'analyse des premières données de terrain. La théorie se forge. Le chercheur peut alors s'en inspirer pour déterminer la suite de l'échantillonnage, en favorisant les possibilités de comparaison entre les concepts.

Cette idée de comparaison est primordiale au sein de la théorie ancrée. En effet, en explorant un phénomène sous des angles toujours plus variés, puis en procédant au rapprochement de ces différentes observations par comparaison, le chercheur pourra espérer l'embrasser dans toute sa pluralité.

Cet échantillonnage est spécifique. On parle d'échantillonnage de variance.

Ainsi, le Docteur P. a été choisi pour sa forte activité de consultation quotidienne, dans l'objectif d'observer la variation de la pratique de l'examen clinique dans cette circonstance. Le Docteur B. a été choisi pour son importante activité de consultation en dehors du cabinet médical, avec le même objectif.

Ce processus d'échantillonnage comporte une troisième phase, encore plus fortement déterminée : l'échantillonnage discriminant.

Données socio-démographiques

	Dr L.	Dr F.	Dr M.	Dr P.	Dr B.
Age	41 ans	39 ans	56 ans	45 ans	40 ans
Sexe	Homme	Femme	Homme	Homme	Homme
Lieu d'exercice	Urbain	Rural	Urbain	Urbain	Urbain
Nombre de médecins dans le cabinet	2	2	2	4	4
Durée d'exercice	13 ans	10 ans	28 ans	12 ans	11 ans
Critère(s) de choix	-	Femme et exercice rural	-	Activité intense	Importance des visites à domicile

1. 2. Modalités de recueil des données

Lors de la plupart des consultations au cabinet médical, les données ont été recueillies par prise de notes sur un cahier. Cependant, l'enregistrement sonore des consultations a été

préférée pour les visites à domicile, pour des raisons pratiques, ainsi que pour l'observation du Dr B., dont c'était l'activité investiguée. Finalement, nous avons enregistré certaines consultations du Dr B. à son cabinet.

L'enquêteur était installé dans une partie du bureau médical, en général à côté du médecin, de sorte à observer ses manipulations sur l'ordinateur.

L'accord du patient pour que l'enquêteur assiste à sa consultation a été facilité par l'affichage dans la salle d'attente d'une information justifiant sa présence par un travail de recherche. Au début de chaque consultation, le médecin généraliste ajoutait souvent quelques mots pour présenter le chercheur à son patient.

L'accueil a été très généralement favorable. Les patients étaient souvent ouverts à la présence d'un tiers lors de leur consultation, notamment lorsque leur médecin, en qualité de maître de stage, avait pour habitude d'accueillir un étudiant, externe ou interne, en formation dans son cabinet.

L'enquêteur restait silencieux lors des consultations. En effet, dans ce contexte de recherche, il nous a semblé adapté de recourir à une observation directe non participante. Le but étant d'observer le déroulement des consultations en le perturbant le moins possible, il ne fallait pas que l'enquêteur intervienne dans l'échange entre le médecin et son patient.

Le patient sorti, il arrivait qu'une courte discussion s'engage entre le médecin et l'enquêteur, en fonction de ce qui venait de se produire : explicitation d'un contexte familial, justification d'une prescription médicale, résumé de consultations antérieures...

Néanmoins, à l'observation directe non participante, majoritaire, se sont ajoutées quelques phases d'observation directe participante. La participation de l'enquêteur a été sollicitée à l'impromptu par le médecin lui-même lors de consultations. L'enquêteur s'attachait alors à conserver l'attitude la plus naturelle et à collaborer à la situation sans détonner. La prise de notes était alors réalisée immédiatement après cette participation, voire en fin de consultation.

1. 3. Méthode d'analyse des données

1. 3. 1. Les notes

Les notes prises manuellement ont été transcrites sur ordinateur. Chaque consultation a donné lieu à un compte-rendu de consultation (CRC). Tous les comptes-rendus de consultation sont placés en annexe. ¹

A partir de ces fichiers, nous avons réalisé le codage de chaque consultation. Ce codage était plus libre que celui effectué pour les entretiens de la phase exploratoire en ceci que chaque code ne faisait pas toujours référence à un extrait précis du compte-rendu... même si c'était souvent le cas. Un code pouvait être issu de l'interprétation d'une ou de quelques lignes, d'un passage plus long, voire de l'ensemble de la consultation.

Extrait de compte-rendu de consultation du Dr F.

25	Le Dr F. parle doucement au nourrisson en la retournant, pour la prévenir. Silence de la mère, qui regarde. Petite voix du Dr F. : « Je vais mesurer la tête, la puce. » Poursuite interrogatoire : petits bruits ? Taille. Poursuite oculaire, otoscopie.
30	« Antécédent de pb de hanche ? » Examen buccal, recherche de fente palatine : « Allez Mademoiselle... Oui, c'est moins bon qu'une tétine... » Pesée. Retour à la table d'examen. « On va faire un petit peu de gym, jeune fille. » Examen des hanches. Tonus axial, marche automatique, décubitus ventral.
35	Ambiance calme, silencieuse, petites voix. « C'est fini, les misères. »

Code : Dimension humaine de l'examen physique d'un nourrisson.

Afin d'en tracer l'origine, chaque code est référencé. Dans la partie suivante, la référence est mise entre parenthèses, après le code, en bas de page. Le lecteur, s'il le souhaite, peut ainsi se reporter au document source du code.

¹ Annexe 4, p. 282

Ensuite, nous avons procédé à la catégorisation des codes, en les organisant en catégories et sous-catégories, pour aboutir à la structure donnée dans les résultats.

Nous souhaitons préciser ici que les comptes-rendus de consultation sont la transcription exacte des notes prises sur le vif. Il n'y a pas eu à ce niveau la moindre modification des notes : ni développement, ni retrait, ni rédaction. C'est la raison pour laquelle leur forme est sans doute peu propice à la lecture. Ils sont avant tout un outil de travail.

1. 3. 2. Les enregistrements sonores

Les enregistrements sonores ont été importés dans le logiciel NVivo®, notamment conçu pour l'analyse de documents sonores.

Nous aurions pu coder directement les enregistrements en les écoutant à volonté. Pour des raisons pratiques, essentiellement la facilitation du codage, nous avons choisi de passer par des documents intermédiaires écrits, appelés verbatims dans NVivo®.

Chaque enregistrement donc a donné lieu à un verbatim, divisé en plages de temps numérotées. Le codage a été fait à partir de ces verbatims. Chaque code fait référence à une ou plusieurs plages de l'enregistrement ad hoc. Toutes les références des codes sont reportées en bas de page. Tous les verbatims sont placés en annexe. ¹

Enfin, la catégorisation a été faite comme pour les codes tirés des notes.

¹ Annexe 5, p. 350

Voici un exemple de notre démarche de codage.

Verbatims de consultation du Dr B.

	Plage de temps	Contenu
2	0:39,9 - 2:12,3	" Bonjour, on venait voir Madame J. [...] On vient parce qu'elle a des œdèmes, m'a-t-on dit. - Oui. [...] Ses jambes sont assez enflées, hein... - Et elles sont encore enflées ? Parce qu'on m'a dit que non. - Ah bah là, je sais pas, je l'ai pas vue depuis deux jours, moi. - On va aller la voir. "
6	6:59,0 - 7:15,1	Le Dr B. inspecte et palpe les jambes : " Ouais, elle a de l'œdème... " La patiente crie lorsqu'il appuie sur ses œdèmes. " On nous a dit là-haut que c'était terminé... On va dire que c'est semi-terminé, voire pas terminé. "

Code : Discordance des informations cliniques données par différents soignants sur un patient.

Référence : Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plages 2 et 6

2. Résultats

Quatre-vingt-une consultations ont été observées.

Les résultats sont classés par thèmes. Ils reflètent la catégorisation issue du codage.

Leur présentation suit un plan qui sépare artificiellement les différents éléments de la consultation médicale, alors qu'ils sont en réalité très étroitement mêlés. Ainsi, certains phénomènes ont été cités en plusieurs endroits. Un phénomène met en effet souvent en jeu plusieurs éléments de la consultation médicale et peut ainsi être vu selon plusieurs perspectives.

Les résultats sont d'abord le descriptif des phénomènes observés. A chaque fois que cela a été possible, les phénomènes influant directement sur l'examen clinique ont été spécifiés.

Dans cette recherche des facteurs influençant le recueil des signes cliniques en médecine générale, notre intérêt a été de mettre à jour tout ce qui peut entraver ce recueil. In fine, tout en identifiant ces obstacles, nous avons mis en exergue les solutions mises en pratique par les médecins et observées au cours de l'enquête.

Nous avons mis les phénomènes qui retentissent sur l'examen clinique, ainsi que les solutions observées, en retrait par rapport au reste du corps de texte et en italique. Ces passages sont annoncés par un fléchage et complètement intégrés au corps de texte.

Enfin, les chiffres en exposant font tous référence à un code rattaché à un document source, auquel le lecteur pourra se reporter s'il le souhaite. Tous les documents sources sont placés en annexe.

Voici un exemple de la présentation que nous avons adoptée, qui distingue le corps de texte des passages traitant de l'impact sur l'examen clinique et des solutions observées.

La préparation à l'examen physique.

Outre l'installation physique du patient, on peut inclure dans la préparation du patient à l'examen physique l'instauration d'un climat de confiance. C'est la particularité de l'examen physique d'un enfant, pour lequel diverses ficelles peuvent être utilisées par le médecin pour en faciliter la conduite.

➤ **Solutions observées**

Une chenille en plastique pour le distraire ¹, un flux de paroles continu à son intention pour capter son attention ², une discussion se rapportant à son doudou ³, le fait de lui présenter le stéthoscope avant de l'ausculter, de lui parler avec une voix rigolote pour l'intéresser. ⁴

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Mais la confiance peut ne pas s'instaurer du tout. Parfois, elle existe, fragile, en début de consultation, et disparaît à un moment précis : l'enfant « bascule » ⁵, souvent se met à pleurer, et l'examen physique devient beaucoup plus compliqué. Il est alors très difficile, voire impossible selon l'âge de l'enfant, de restaurer la confiance initiale, malgré les tentatives du médecin. ⁶

Comme pour la phase exploratoire, le lecteur pourra naviguer librement d'un paragraphe à l'autre, en fonction de ses centres d'intérêts. L'organigramme suivant lui permettra de se déplacer facilement au sein des différentes parties.

2. 1. Considérations matérielles

2. 1. 1. Le temps

Le rapport au temps est d'abord conditionné par la charge de travail programmée, parfois importante. La contrainte augmente en cas de nécessité d'acte urgent, au sens où on l'entend en médecine générale. ¹

① Temps programmé et temps réel

Le temps consacré aux consultations, tel qu'il apparaît sur un planning, est différent de celui que le médecin peut réellement consacrer à ses patients.

Lorsqu'un créneau de quinze ou vingt minutes est prévu pour une consultation, le temps effectif qui lui est dévolu en pratique peut être inférieur. Ceci est dû à l'interruption de l'activité de consultation par d'autres tâches qui incombent au médecin. C'est ce qui s'est produit lors de l'arrivée imprévue d'un visiteur médical. ²

A l'inverse parfois, du temps se dégage de façon inattendue : il est arrivé qu'un patient ne se présente pas à son rendez-vous. ³

Parce que son activité programmée le permettait, un médecin a pu gérer posément une sollicitation impromptue. ⁴

② Consulter sans rendez-vous

Un médecin a raconté à un patient, ainsi qu'à l'enquêteur, son expérience passée de consultation sans rendez-vous.

¹ Activité du jour très chargée (Audio 2 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 1)

² Perte de temps de consultation à cause de visites médicales non programmées (Cs 17 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011) Interruption de l'activité de consultation et retard, à la suite d'une visite médicale imprévue (Audio 2 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 10)

³ Dégagement de temps par annulation d'une consultation (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 1)

⁴ Temps disponible pour la gestion de tâches extérieures à l'activité des consultations programmées (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011)

Ce médecin a reconnu une plus grande variabilité de la durée de ses consultations, c'est-à-dire une plus grande adaptabilité aux motifs de recours des patients. ¹ Cependant, il a mis en exergue l'impossible gestion du flux des patients. Cette expérience s'est soldée par un échec et ce médecin a commencé à fixer des rendez-vous à ses patients.

➤ **Solution évoquée**

Ce médecin a émis l'idée, sans la développer, d'établir un système de rendez-vous assorti d'une certaine souplesse. ²

③ **Le rapport au retard**

La notion de retard est directement liée à l'existence d'un planning de rendez-vous. Par définition, le médecin consultant sans rendez-vous ne sera jamais en retard.

Si le médecin consulte sur rendez-vous, il aura souvent en tête l'idée d'être à l'heure ou en retard. ³ Le retard pris sur le planning est diversement assumé. Le médecin peut être conscient de son retard sans vouloir rattraper le temps perdu aux dépens des consultations suivantes. ⁴

A ce propos, un patient a questionné un médecin sur la nécessité de limiter systématiquement la durée d'une consultation. ⁵ Tout en reconnaissant que cela lui imposait un rythme de travail qui ne lui convenait pas sur un plan médical, le médecin a

¹ Plus grande variabilité de la durée de consultation, lors d'un fonctionnement sans rendez-vous - Inconfort de la consultation sans rendez-vous pour les patients (Audio 1 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 9)

² Idée de consultation sur rendez-vous aux horaires souples (Audio 9 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 1)

³ Prise de retard par rapport au planning de rendez-vous des consultations (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 1-2) Retard sur le planning des consultations (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 1) (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 1) Conscience d'un retard sur le planning des consultations (Cs 13 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 1)

⁴ Médecin assumant son retard sur le planning de consultations (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 56-57) Médecin n'essayant pas de rattraper son retard sur le planning des consultations (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 56-57)

⁵ Remise en cause de la durée programmée d'une consultation (Audio 1 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 8)

argué de la nécessité de maintenir un certain rendement de travail pour pouvoir financer sa structure de travail, une maison médicale. ¹

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Un médecin a déclaré qu'un retard n'avait pas de conséquence sur sa conduite de l'examen clinique, car il l'assumait totalement auprès de ses patients. Il leur expliquait qu'un retard était la conséquence de la nécessité de consacrer plus de temps aux consultations qui l'exigeaient. ²

Il est apparu à l'inverse qu'une prise de retard pouvait avoir un retentissement direct sur le déroulement de la consultation, et notamment entraîner un raccourcissement de l'entretien. ³

④ **Le manque de temps**

Le médecin acquiert au cours de son exercice un certain nombre de comportements adaptatifs, en réponse au manque de temps.

➤ **Solutions observées**

L'optimisation du temps disponible s'est fait jour de multiples façons. Cela peut être la photocopie d'un compte-rendu pendant que le patient se déshabille ⁴, la consultation de mails pendant que le patient rédige son chèque ⁵ ou pendant une attente téléphonique lors de la prise d'un rendez-vous chez un médecin

¹ Médecin soumis à un rythme de travail ne lui convenant pas - Nécessité d'un rendement de travail en secteur libéral - Contradiction entre qualité des soins prodigués et contrainte de rendement (Audio 1 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 8)

² Absence de retentissement sur l'examen clinique d'un rapport au temps marqué par la contrainte (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 23-25)

³ Raccourcissement de l'entretien (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 1-11)

⁴ Optimisation du temps par réalisation de tâches professionnelles pendant la consultation (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 26-27, 57-58)

⁵ Optimisation du temps disponible par intrication de plusieurs tâches (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 30)

spécialiste¹, la réalisation d'un Strepta-test[®] au milieu de l'examen physique², la communication avec la secrétaire par MSN (MicroSoft Network[®], plus communément Messenger[®])³, la lecture des derniers comptes-rendus de consultation d'un spécialiste pendant que le patient cherche un document⁴, l'impression d'une ordonnance avant une visite à domicile⁵, etc.

Un tensiomètre automatique a permis de poursuivre l'entretien ou l'examen physique pendant la mesure de la pression artérielle.⁶

Une autre attitude a été celle du refus ou de la limitation stricte des sollicitations extérieures à la consultation.⁷

¹ Optimisation du temps par réalisation de tâches professionnelles pendant la consultation (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 23-25)

² Recherche permanente d'optimisation du temps disponible (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 9-18) (Cs 16 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 8-36)

³ Optimisation du temps disponible (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 33-35)

⁴ Optimisation du temps disponible par utilisation d'un moment creux (Cs 18 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 8-12)

⁵ Impression d'une ordonnance de renouvellement avant une visite à domicile (Audio 14 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 3) (Audio 19 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 3)

⁶ Gain de temps par simultanéité de l'entretien et d'un geste clinique (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 5)

⁷ Refus des coups de téléphone lors d'une consultation (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 34)

Informations
p. 88

Tâches concurrentes
p. 82

Visites en maisons de retraite
p. 153

Courriers des spécialistes
p. 160

L'activité de consultations est fréquemment interrompue par des tâches concurrentes¹,
Tâches concurrentes se répondent au téléphone.² Ce peut être, comme nous l'avons dit plus haut,
recevoir un visiteur médical qui n'a pas pris rendez-vous³

Visites à domicile
p. 150

Activités hors du cabinet
p. 150

Tiers
p. 149

Impact
Introduction de la consultation
p. 92

Motifs de recours
p. 93

Objectifs de la consultation
p. 102

Généralités sur l'examen clinique
p. 102

Consultation
l'examen clinique

interruptions déroulement de la
peu suivit
Cela a été le

conservation portant sur
ostéoporose,
un appel téléphonique.
Patient
semblent avoir audu⁴

Opinions
p. 145

Examen physique
p. 122

Médecin
p. 137

Entretien
p. 106

Généralités
p. 122

Règles de positionnement
p. 137

Différences de langage
p. 125

Conditions matérielles
p. 125

Positionnement sur la démarche clinique
p. 139

Intérêt pour le motif de recours
p. 139

Généralités
p. 130

Examen physique systématique
p. 130

Généralités
p. 130

Etat d'esprit
p. 140

Connaissances théoriques
p. 141

Contenu
p. 114

Examen physique orienté
p. 134

Catégorisation
p. 142

Dépistage
p. 142

Dimension humaine
p. 137

Dimension humaine
p. 137

Catégorisation
p. 142

Dépistage
p. 142

La maman déshabille le petit.

Nous avons toutefois observé qu'elles pouvaient également faire progresser la consultation d'une étape à une autre. ¹

Lecture des radiographies et de résultats d'ostéodensitométrie.
La patiente demande des explications sur les résultats de cet examen. [...]

Coup de fil interrompant la conservation.

Le Dr L. élargit le débat : « Comment ça va ? »

Un médecin s'est dit exaspéré par les coups de téléphone incessants. ²

➤ **Solutions observées**

Ce médecin se permettait de bloquer son téléphone pour ne pas être dérangé pendant ses consultations ³, ou bien de ne pas répondre lorsque le téléphone sonnait. ⁴

Un autre ne tolérait qu'un seul appel par consultation, le flux étant géré par la secrétaire. ⁵

¹ Progression de la consultation dans ses étapes successives par la survenue d'un événement extérieur à la consultation (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 21-23) (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 7)

² Médecin exaspéré par l'interruption permanente de l'activité de consultation par des appels téléphoniques (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; I. 48-51)

³ Blocage des coups de téléphone pendant l'activité de consultation (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; I. 37-39).

⁴ Non réponse volontaire à un coup de téléphone pendant une consultation, en ville (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; I. 30-35)

⁵ Règle imposée : pas plus d'un coup de téléphone par consultation (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 40-41)

2. 1. 3. L'informatique

① Bénéfices de l'informatique

Outre un accès immédiat aux données cliniques antérieures du patient facilitant son suivi clinique ¹: les antécédents médico-chirurgicaux, les allergies, etc. ², elle a été le support de l'enregistrement des données cliniques du moment ³, par exemple l'évolution clinique d'une pathologie chronique évolutive. ⁴ L'informatique a également aidé à la planification du suivi médical ⁵ et à l'accès aux courriers médicaux, utiles au suivi de son patient ⁶. Mais pour cela, il faut avoir les avoir numérisés préalablement... ⁷

L'accès rapide à l'ensemble des ordonnances antérieures a facilité la remémoration des pathologies en cours de traitement. Un médecin s'est souvenu que son patient était traité pour une onychomycose en relisant la dernière ordonnance. ⁸ Le contrôle clinique de cette pathologie avait été oublié.

¹ Aide de l'outil informatique à la remémoration du dossier médical (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 2-3) Information de l'état civil et les antécédents d'un nouveau patient dans le logiciel (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 4-6) Aide de l'outil informatique au suivi clinique (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 39) (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 27) Aide de l'outil informatique pour la notification des allergies (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 31-32) Aide de l'outil informatique au suivi clinique (poids) (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 34)

² Utilisation de l'informatique pour enregistrement des antécédents, des allergies (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 65-67)

³ Remplissage du dossier médical informatisé (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 47) Aide de l'outil informatique au suivi clinique de l'enfant (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 41) (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 31)

⁴ Description de l'évolution d'une pathologie connue dans le dossier médical informatisé (Cs 14 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 29-31) Aide de l'outil informatique au suivi clinique (Cs 16 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 3)

⁵ Aide de l'informatique à la planification du suivi médical (Audio 4 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 10)

⁶ Aide des courriers médicaux du dossier médical dans le suivi clinique du patient (Cs 13 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 27-31)

⁷ Numérisation d'un compte-rendu de spécialiste pour ajout au dossier médical informatisé (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 23-24)

⁸ Aide de l'ordonnance à la remémoration d'une pathologie aiguë en cours de traitement (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 29-32) Contrôle clinique d'une pathologie en cours par remémoration de cette pathologie à la lecture de la dernière ordonnance (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 25-26)

Enfin, l'informatique a également aidé à la pratique clinique lors des visites à domicile. Un médecin a utilisé un ordinateur portable pour se connecter au logiciel médical et accéder aux dossiers médicaux depuis l'extérieur. ¹

② **Éléments de contreponds**

Evidemment, il peut arriver qu'un problème technique remette tout cela en cause... ²

De façon très spécifique, il y a eu une consultation où la réalisation d'un schéma aurait facilité le compte-rendu de l'examen clinique. Il s'agissait de noter l'aspect d'un tympan... Le schéma n'a pas été fait et le tympan a été décrit textuellement, le logiciel informatique ne possédant pas la fonction appropriée. ³

③ **Remplissage du dossier médical informatisé**

Le dossier médical informatisé du patient n'est pas rempli de la même façon par tous les médecins, ce qui influe directement sur l'accès aux données cliniques du patient lors des consultations ultérieures.

Certains médecins n'ont informé la consultation que d'un ou deux éléments cliniques, dont souvent la pression artérielle.⁴ Les signes cliniques négatifs n'ont alors pas été précisés. ⁵ Citons les transcriptions de quelques consultations faites par un médecin dans le dossier médical informatisé ⁶ :

¹ Aide de l'informatique à l'accès au dossier médical informatisé en visite à domicile (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 8)

² Difficulté d'accès au dossier médical informatisé en cas de problème informatique, à domicile (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Pages 10 et 18) Dysfonctionnement de l'utilisation d'un ordinateur en visite à domicile (Audio 14 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2)

³ Inadaptation du dossier médical informatisé à la notification d'un examen physique orienté (Audio 7 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 7)

⁴ Remplissage très succinct du dossier médical informatisé (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 35) Remplissage stéréotypé du dossier médical informatisé : report unique de la pression artérielle (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 53)

⁵ Absence de notification des signes négatifs dans le dossier médical informatisé (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 35, 53)

⁶ Remplissage succinct du dossier médical informatisé (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 18-19) (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 26)

« TA 13/8,5, les OMI diminuent mais persistent » ; « TA 13/8 TR RAS vb et pb fille »

D'autres n'ont transcrit que le diagnostic retenu, sans élément clinique l'argumentant. ¹

« J'ai des taches dans le dos. » [...]

Salle d'examen : inspection rapide en soulevant le T-shirt : « Pityriasis versicolor. » [...]

Informatique : « pityriasis versicolor »

A l'inverse, la majorité des signes cliniques présents ont pu être transcrits. ² Un médecin transcrivait systématiquement son examen clinique de façon exhaustive, en incluant les signes négatifs. ³

« CR radio, douleur genou droit face interne depuis excès de jardinage, bon état général, genou sec, pas de tiroir, pas de laxité, douleur flexion forcée et palpation LLI, auscultation cardiopulm RAS, pouls distaux ok, pas de goitre. »

2. 1. 4. Autres supports du dossier médical

① Le dossier médical papier

L'utilisation d'un dossier médical informatisé a pu s'articuler avec celle d'un dossier médical papier préexistant ⁴, de diverses façons.

¹ Notification isolée d'un diagnostic dans le dossier médical informatisé, sans signe clinique (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 68)

² Notification dans le dossier médical informatisé des signes cliniques retrouvés à l'examen physique orienté, en l'absence de diagnostic formel (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 29)

³ Remplissage du dossier médical informatisé incluant les signes cliniques précis issu du toucher rectal (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 37-39) Inclusion de signes négatifs dans le compte-rendu de la consultation dans le dossier médical informatisé (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 37-39) (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 28-30) (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 29-30) (Cs 13 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 17-20) (Cs 16 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 34-37) (Cs 19 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 32-36)

⁴ Variété d'utilisation du dossier médical papier et du dossier médical informatisé (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 5-6) Complémentarité du dossier médical papier et du dossier médical informatisé (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 5-6)

Ce dernier conservait son importance lorsqu'il s'agissait de commencer à suivre un patient antérieurement vu par un autre médecin. La récupération de ce dossier papier a été un enjeu des premières consultations de suivi d'un nouveau patient ¹, notamment pour l'étude détaillée de ses antécédents. Dans cette situation, le médecin a créé un dossier informatisé et y a transcrit les données cliniques de son choix. ²

Les courriers médicaux ou les résultats d'examens complémentaires ³ n'étaient pas toujours inclus au dossier médical informatisé.

② Le carnet de santé

Le carnet de santé est le support d'informations cliniques... pour peu qu'il soit régulièrement rempli ! ⁴

Lorsqu'il l'est, principalement chez l'enfant ⁵, il devient un outil de suivi, et notamment de dépistage. L'étude des courbes de croissance d'un enfant a permis la recherche d'un retard staturo-pondéral. ⁶

Dans le cas de la consultation d'un adulte, le carnet de santé n'a été utilisé qu'une seule fois au cours des consultations observées. ⁷

¹ Récupération du dossier médical complet d'un nouveau patient (Audio 1 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 1)

² Création et actualisation du dossier médical informatisé d'un nouveau patient (Audio 1 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 3)

³ Variété d'utilisation des versions papier et informatisée du dossier médical (Cs 13 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 27-31)

⁴ Remplissage du carnet de santé lors du suivi d'un enfant (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 46) (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 36) Carnet de santé support d'informations cliniques chez l'enfant (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 46) (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 49)

⁵ Utilisation du carnet de santé pour le suivi clinique d'un enfant (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 3)

⁶ Réalisation des courbes de croissance du carnet de santé lors du suivi d'un enfant (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 48) Dépistage de retard staturo-pondéral (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 48)

⁷ Utilisation du carnet de santé pour le suivi clinique d'un adulte (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 40)

2. 2. Introduction de la consultation

Une consultation peut commencer de nombreuses façons.

Le médecin peut formuler une question ouverte favorisant l'expression du patient, telle que : « Quoi de neuf ? »¹, « Alors ? »², « Qu'est-ce qui vous amène ? »³ ou « Comment vous sentez-vous, Madame ? »⁴ Lorsque l'entretien est succinct, une telle question peut introduire l'étape de l'examen physique : « A part ça, comment ça va ? »⁵

➤ **Impact sur l'examen clinique**

*Ce type de formulation a suscité la formulation de plaintes supplémentaires.*⁶

L'expression « Ca va ? » est très commune dans le langage courant. Elle l'est moins en introduction d'une consultation médicale. Observée en fin de matinée, nous nous sommes demandé si elle ne correspondait pas à une baisse de disponibilité du médecin.⁷ Cette expression n'incite effectivement pas le patient à exprimer ses plaintes.

¹ Introduction de la consultation par une question ouverte (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 1)

² Question ouverte voulant accueillir la parole du patient (Cs 11 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 4)

³ Introduction de la consultation par une question ouverte favorisant la parole du patient (Cs 13 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 1) (Cs 16 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 5) (Cs 19 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 2)

⁴ Question ouverte de début d'entretien (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 4)

⁵ Question ouverte suscitant l'expression du patient, au début d'examen physique (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 6) (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 12-13)

⁶ Nouvelle plainte exprimée à la faveur d'une question ouverte (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 55-56)

⁷ Introduction de la consultation par une question orientant la réponse (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2)

Un médecin commençait souvent l'entretien par une formule pouvant gêner, par sa nature, l'expression d'une plainte. ¹ Ce pouvait être : « Pas de problème particulier ? » , « Pas de plainte particulière ? » ou « Rien à signaler ? » ²

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Nous n'avons pas observé de patient s'opposer frontalement à cette injonction. Une plainte pouvait néanmoins être exprimée.

D'autre part, un médecin a d'emblée commencé un entretien par un interrogatoire ciblé sur une pathologie connue, avant même que le patient n'ait ouvert la bouche ³, et une autre fois par une formule évoquant implicitement cette pathologie. ⁴

2. 3. Les motifs de recours

Les motifs de recours sont inépuisables : demande de médicaments ⁵, suivi d'une ostéoporose ⁶, renouvellement d'ordonnance ⁷, demande d'informations médicales ⁸, suivi systématique d'un nourrisson ⁹, fièvre inexplicée ¹⁰, analyse des résultats d'une

¹ Obstacle opposé par le médecin à l'expression d'une plainte (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 9) Propos du médecin ne favorisant pas l'expression d'une plainte (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 41)

² Introduction de l'examen physique par une question ne favorisant pas l'expression d'une plainte. (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 10)

³ Médecin orientant d'emblée la consultation sur l'évaluation clinique d'une pathologie connue, par un interrogatoire ciblé (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 1-2)

⁴ Introduction de la consultation par une question ouverte sur l'évolution d'une pathologie connue (Cs 14 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 1)

⁵ Motif de recours : demande de médicaments (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 4)

⁶ Motif de recours : suivi d'une ostéoporose (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 11)

⁷ Motif de recours : renouvellement d'ordonnance (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 1)

⁸ Recours au médecin généraliste pour demande d'informations d'ordre médical (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 4-8)

⁹ Motif de recours : suivi systématique d'un nourrisson (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 1)

¹⁰ Motif de consultation : fièvre inexplicée (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2)

mammographie¹ , vaccination² , suivi de grossesse³ , éruption cutanée⁴ , obtention d'une ordonnance après consultation d'un podologue⁵ , aide pour une procédure administrative⁶ , toux avant coronarographie⁷ , contrôle clinique d'une yersiniose⁸ , etc.

Ils ont des caractéristiques hautement variables.

2. 3. 1. L'absence d'énonciation d'un motif de recours

L'énonciation du ou des motifs de recours n'est pas constante. Ils peuvent être clairement exprimés⁹ ou non.

Un patient a spontanément fait le récit détaillé de ses symptômes, de leur mode d'apparition, de leur évolution dans le temps et des mesures d'automédication qu'il avait prises.¹⁰

¹ Motif de consultation : étude de la dernière biologie et d'une mammographie récente (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 2-3)

² Motif de recours : vaccination ; médecine préventive (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 2)

³ Première consultation de suivi de grossesse (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 4-5)

⁴ Motif de consultation : boutons sur la main gauche (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 2)

⁵ Motif de consultation : obtention d'une ordonnance après consultation d'un soignant paramédical (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 1-8)

⁶ Motif de consultation : procédure administrative (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 1-2)

⁷ Motif de recours : toux avant coronarographie (Cs 22 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 3-5)

⁸ Motif de recours : contrôle clinique d'une pathologie aiguë récente (Audio 12 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 1)

⁹ Expression claire et univoque du (ou des) motif(s) de recours (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 4) (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 8) (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 2) (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2) (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2) (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 5) (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2) Expression claire et concise du motif de recours (Audio 2 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2) Annonce initiale de plusieurs motifs de recours (Audio 11 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2)

¹⁰ Narration spontanée et claire par le patient de l'évolution de ses symptômes (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 8-12) Expression spontanée et claire par le patient de ses symptômes, facilement traduisibles en signes (Cs 13 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 2)

Mais parfois, le patient suppose que le médecin connaît la raison de sa venue, notamment en cas de consultation de renouvellement d'ordonnance, et n'exprime même pas sa demande. Un médecin a été amené à formuler lui-même la demande du patient. ¹

Il a semblé plusieurs fois que le renouvellement d'une ordonnance était perçu comme une formalité, et partant, non exprimé par le patient venu consulter pour un autre motif de recours. C'est au terme de la consultation qu'un patient a réclamé l'ordonnance, contraint en quelque sorte de le faire lorsqu'il s'est aperçu que le médecin ne l'avait pas prévu. ²

2. 3. 2. Le nombre des motifs de recours

Même si une seule demande peut être faite par le patient lors d'une consultation ³, celle-ci donne lieu en règle générale à plusieurs demandes. ⁴

Une patiente, au cours d'une seule consultation, a multiplié les plaintes. ⁵

Femme de 45 ans. « J'ai perdu ma voix. » [...] La patiente signale avoir « mal aux jambes ». « Je me demande si je suis pas enflammée de partout. » [...] « C'est pas ma journée aujourd'hui, je suis fatiguée. » [...] « En dansant, j'ai le cousin de Régis qui m'a déboîté le poignet. »

Nous remarquons à cette occasion que nous n'avons à aucun moment observé le médecin réguler, ou encadrer, l'expression des plaintes, lorsqu'elles se multiplient. ⁶

¹ Expression du motif de recours par le médecin, à la place du patient (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 13)

² Demande de renouvellement de prescriptions en fin de consultation (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plage 12 et 13) Demande de renouvellement complet du traitement habituel non exprimée car supposé par le patient (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plage 16)

³ Motif de recours unique (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 8) (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 13) (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 5) (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 2)

⁴ Multiplicité des motifs de recours pour une consultation (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 5) Demandes multiples lors d'une consultation (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 1-2, 13-14, 39-40, 44-45)

⁵ Expression de multiples plaintes par le patient (Cs 21 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

⁶ Absence de modération par le médecin de l'expression des plaintes du patient (Cs 21 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

Un patient nouveau ou timoré a semblé exprimer moins de demandes qu'un patient connaissant bien le médecin. ¹

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Phénomène connexe, il nous a semblé que l'importance accordée à un second (ou deuxième) motif de recours, et a fortiori aux suivants, pouvait être nettement inférieure à celle accordée au premier, et ce, sans corrélation bien claire avec l'enjeu de ce motif. Il y pourrait y avoir spontanément une dévalorisation des motifs autres que le premier exprimé, au moins transitoirement.

Un médecin a montré une réticence initiale à l'étude d'un motif de recours exprimé après une demande de renouvellement. C'est seulement après quelques minutes qu'il est revenu sur ce problème. ² Une autre situation a montré que l'étude d'un motif exprimé en seconde position pouvait être plus rapide et moins ordonnée. ³

➤ **Solutions observées**

Toutes les demandes ne sont pas solutionnées pendant la consultation au cours desquelles elles sont exprimées. Cela a été le cas des demandes survenues en toute fin de consultation, dont la réponse a été programmée à une consultation ultérieure. ⁴

¹ Motif de recours unique en cas de patient timide ou mal à l'aise (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 1-3, 22)

² Réticence initiale à la gestion d'un second motif de recours - Risque de négligence du second motif de recours exprimé (Audio 8 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 3)

³ Gestion plus rapide, peut-être moins ordonnée, d'un motif de recours exprimé dans un second temps (Audio 10 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Pages 9 et 10)

⁴ Planification à une consultation ultérieure de la réponse à une demande annexe (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 68-69)

2. 3. 3. Le moment d'expression du motif de recours

Dans la grande majorité des cas, le motif de consultation est le point de départ de la consultation. ¹ Mais il peut aussi survenir plus tard, lors de l'examen physique ² ou après ³.

Salle examen

Patiente suivie par le réseau diabète. S'allonge. Mesure de la TA : « 12/5. » Mesure de la FC. Patiente habillée sauf chaussures. Recherche des pouls pédieux et tibiaux postérieurs : présents. Pesée : « 69. Ça a baissé un peu. »

Retour bureau

La patiente signale des douleurs du dos et des hanches : « Une douleur dans tout le côté droit... Le paracétamol, ça fait rien du tout. »

Deux situations se présentent : celle qui permet une réponse rapide et celle qui nécessiterait de reprendre une démarche clinique. ⁴

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Lorsque la plainte est survenue après l'examen physique, l'importance qu'on lui a accordé a semblé moindre. ⁵ Un patient a ainsi signalé des vertiges, après son examen physique déterminé par une autre plainte, et n'a reçu aucune réponse. ⁶

¹ Expression claire et concise d'une plainte en début de consultation (Cs 21 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 5)

² Expression d'une plainte au cours de l'examen physique (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 7-8, 15-16) (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 18) (Cs 19 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 9) (Cs 20 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 8-10) (Cs 21 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 18-36)

³ Expression de demandes après l'examen physique (Cs 13 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 25) (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 39-40) (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 67) (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 8-18)

⁴ Demande d'information de fin de consultation ne nécessitant pas d'examen clinique (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 52-53)

⁵ Moindre attention portée à une plainte exprimée en fin de consultation (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 21, 28, 37-40) (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 28-29)

⁶ Baisse de l'attention portée à l'expression d'une plainte en fin de consultation (Cs 15 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 33-34)

Le fait est que nous n'avons pas observé qu'une telle plainte pouvait susciter la réalisation d'un second examen physique, une fois le patient et le médecin réinstallés au bureau, à la suite du premier examen physique. ¹

Un renouvellement d'ordonnance a été demandé en milieu ² ou en toute fin de consultation, à la suite de la gestion d'un autre problème.

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Il a pu se faire sans examen clinique associé ³, ou alors être accompagné d'un entretien laconique. ⁴ Nous lions cela à la connaissance que le médecin a du patient et de son traitement.

Parfois, l'examen clinique fait, comprenant certains gestes systématiques, répondait aux exigences d'un renouvellement d'ordonnance avant que la demande n'en ait été faite. ⁵

2. 3. 4. La nature du motif de recours

Il nous semble primordial d'analyser la nature du motif de recours.

Un symptôme peut être énoncé d'une façon abstraite, peu utilisable sous cette forme. ⁶

« Au niveau antalgique, on en est où ? » Douleur modérée : reprise antalgique palier 1.
« Y'a ma tête qui va pas bien en plus avec. »

¹ Absence d'examen physique orientée par une plainte, lorsque celle-ci est exprimée en fin de consultation (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 21, 28, 37-40)

² Expression de la nécessité du renouvellement d'ordonnance en milieu de consultation (Audio 7 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 4)

³ Demande de renouvellement d'ordonnance faite en fin de consultation, subsidiairement à un autre motif de recours (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 32-33) Demande de renouvellement de médicaments en fin de consultation (Cs 11 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 26)

⁴ Demande de renouvellement de prescription médicamenteuse en fin de consultation (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 40-42)

⁵ Demande de renouvellement complet d'ordonnance en toute fin de consultation (Cs 22 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 34-35)

⁶ Expression d'un symptôme non immédiatement traduisible en un signe clinique (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 35)

Parfois, c'est un mot de patois qui est employé pour décrire le symptôme, dont le sens n'est pas forcément compris par le médecin. ¹

Salle d'examen.

Mobilisation de l'épaule : ok. Pas un pb articulaire.

Palpation des masses musculaires à droite. Un point douloureux subscapulaire : « Ca riboule. » Explication du terme, car le Dr M. ne le connaît pas.

Il peut s'agir d'un symptôme équivalant immédiatement à un signe clinique. ²

La patiente signale un épisode de ménorragie, de faible abondance, datant de quelques jours, n'ayant pas récidivé.

Il arrive que le patient utilise le terme d'un signe clinique pour dénommer son ou ses symptômes. Il existe là un saut qualitatif, qui peut être le lieu d'une approximation.

➤ **Solution observée**

Un médecin a fait préciser à une patiente ce qu'elle entendait par le mot diarrhée. ³

Si le patient a déjà interprété ses symptômes, il peut en formuler la cause ⁴, ou même poser un diagnostic. Un patient a parlé de ses crises de goutte, sans que les signes cliniques ne soient précisés. ⁵

¹ Utilisation par le patient d'un vocabulaire régional ou local inconnu du médecin, pour décrire un symptôme (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 14)

² Expression d'un symptôme signifiant immédiatement un signe clinique (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 14-15) Expression d'un symptôme sous la forme d'un signe clinique facilement identifiable (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 4)

³ Explication d'un signe clinique supposé (Audio 12 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2)

⁴ Interprétation erronée par le patient de l'origine d'un symptôme (Audio 11 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Pages 3 et 4)

⁵ Expression par le patient du motif de recours sous une forme déjà élaborée traduisant sa propre interprétation de ses symptômes (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2) Motif de recours exprimé sous forme d'un syndrome ou d'un diagnostic posé par le patient lui-même (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2) (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2) (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 1-3) (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 8)

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Cette situation est à double tranchant. Elle a pu faciliter la tâche du médecin, en lui donnant une solution immédiatement.¹ Mais une autre fois, le patient s'est trompé.²

➤ **Solutions observées**

Face à la situation où un patient a d'emblée interprété ses symptômes en les réunissant sous un syndrome clinique et en leur attribuant un diagnostic, un médecin s'est maintenu dans une perspective inductive.³

Un patient s'est présenté avec une interprétation élaborée de ses symptômes. Le médecin a conservé, très consciemment, une méfiance vis-à-vis de cette interprétation pour éviter d'être induit en erreur.⁴

Evidemment, le patient n'ayant pas forcément conscience de ces distinctions, il peut exprimer ses motifs de recours en utilisant simultanément plusieurs des modalités décrites ci-dessus.⁵

2. 3. 5. L'expression d'un motif de recours par un tiers

Le motif de recours n'est pas toujours exprimé par le patient lui-même. C'est le cas évident pour les nourrissons et les enfants en bas âge.⁶ C'est également le cas chez les personnes âgées trop fatiguées pour s'exprimer, prenant alors pour porte-parole un parent

¹ Aide du médecin à la démarche clinique par l'interprétation par le patient de ses symptômes (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2)

² Interprétation erronée par le patient de son symptôme (Cs 11 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 7-8, 28-29)

³ Raisonnement premier de type déductif pur (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 4-7) Maintien d'un raisonnement inductif malgré hypothèse syndromique ou diagnostique proposée par le patient (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2, 11)

⁴ Méfiance entretenue vis-à-vis de l'interprétation par le patient de ses symptômes (Cs 11 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 28-29)

⁵ Expression de la plainte sous forme de symptômes immédiatement traduisibles en signes cliniques et de symptômes équivoques (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 2)

⁶ Expression des symptômes d'un nourrisson / enfant par un tiers (parent) (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 11-12, 15-17, 27)

ou un soignant. Nous préciserons ce phénomène dans la partie consacrée aux visites à domicile.

Un patient peut formuler une demande pour un tiers absent, fréquemment pour son conjoint. Un patient a demandé la prescription de médicaments pour sa femme¹ ; une patiente, un antalgique pour son mari² ; une autre, la prescription de soins de kinésithérapie pour une personne de son entourage³ ; une dernière, la prescription d'un sédatif pour son mari.

La patiente : « Donnez-lui un calmant pour la journée, je ne le trouve pas tellement bien. »

Parfois, les demandes pour le tiers se multiplient.⁴

Fin de consultation : demande de Voltarène® gel pour sa femme qui a des douleurs de poignet, de somnifères, et de chaussettes de contention. Dr P. ok : prescription de Voltarène®, de Donormyl® et de chaussettes de contention. « Voilà, M'sieur. »

➤ **Impact sur l'examen clinique**

*L'acceptation par un médecin de ces demandes a impliqué de fait l'absence d'examen clinique de la personne concernée.*⁵

Ceci étant dit, dans la majorité des cas observés, les tiers concernés étaient des patients connus du médecin et les prescriptions étaient des renouvellements.

¹ Demande par un patient d'une prescription de médicament pour un tiers (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 39-40) Demande de médicament pour un tiers absent (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 5-6)

² Demande de prescription médicamenteuse pour un tiers absent, sans examen clinique (patient connu) (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 34-35)

³ Demande de fin de consultation pour un tiers absent (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 40-43)

⁴ Demande de fin de consultation pour un tiers absent (médicaments, matériel médical) (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 45-46)

⁵ Renouvellement de séances de kinésithérapie sans examen clinique, pour un patient absent, mais connu (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 40-43)

2. 4. Les objectifs de la consultation

Les motifs de recours du patient et les objectifs de consultation que se donne le médecin sont deux notions bien différentes.

Ces notions viennent à se confondre lorsque le médecin se contente de répondre à la demande du patient.¹ Cela a semblé favorisé par le comportement réservé d'un patient.²

Après avoir répondu à la demande principale formulée par le patient, un médecin a pris l'initiative d'élargir le contenu de la consultation en abordant une autre problématique.³ Une pathologie chronique a été évaluée lors d'une consultation suscitée par un problème aigu⁴, et inversement.⁵ Un point a été fait en matière de médecine préventive.⁶

Ainsi, nous avons observé à de nombreuses reprises un hiatus entre les motifs de recours du patient et les objectifs que le médecin se donnait progressivement au cours de la consultation.⁷

¹ Simple réponse à la demande du patient (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011) (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011)

² Absence d'élargissement de l'échange par le médecin, en cas de patient timide ou mal à l'aise (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011)

³ Elargissement du contenu de la consultation par rapport au motif de recours, en cas de temps disponible (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 13-28)

⁴ Evaluation clinique d'une pathologie chronique, à l'occasion d'une consultation relevant d'une symptomatologie aiguë (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 11-22, 27-28) Elargissement de l'entretien à une autre problématique de santé (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 9)

⁵ Evaluation d'une pathologie récente parallèle au motif de recours exprimé (Audio 10 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 3)

⁶ Elargissement du contenu de la consultation par le médecin (Audio 10 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Pages 3 et 8)

⁷ Valorisation d'une consultation par le contrôle clinique d'une pathologie antérieurement prise en charge (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 7-9) Elargissement du contenu de la consultation, à l'initiative du médecin, par rapport au motif de consultation du jour (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 7-9) Contenu de la consultation dépassant les nécessités liées au motif de recours exprimé (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 17-29) Elargissement du contenu de la consultation à une démarche de dépistage et de surveillance clinique systématique, par rapport au motif de recours (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 17-29)

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Nous avons vu ce hiatus mener à une discussion de sourds, où chacun campe sur l'idée qu'il s'est faite du but de la consultation. ¹ Il s'en est suivi une perte de qualité de l'examen clinique par fermeture du médecin aux données cliniques. ²

2. 5. Généralités sur l'examen clinique

2. 5. 1. L'examen clinique parfois inutile

Signalons en premier lieu que l'examen clinique n'est pas toujours utile. Cela a été le cas de consultations centrées sur l'étude d'examens complémentaires ³, sur la transmission brute d'informations médicales ⁴ ou sur une demande de médicaments en prévision d'un voyage. ⁵

En cas de diagnostic supposé évident, l'examen clinique a été très rapide. ⁶ On a trouvé cette situation en cas de contexte épidémique, après diagnostic d'un cas index. ⁷

Toutefois, l'entretien et l'examen physique restent deux éléments majeurs de l'activité de consultation. Classiquement, ils constituent deux temps distincts.

¹ Discussion de sourds en cas de différence d'objectif fixé à la consultation par le patient et par le médecin (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 25-41)

² Fermeture du médecin à l'examen clinique du patient par l'objectif spécifique qu'il s'est fixé (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 20, 25-28, 37-38)

³ Motifs de recours ne nécessitant pas d'examen clinique (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 2-3)

⁴ Inutilité de l'examen clinique en cas de consultation centrée sur des résultats d'examens complémentaires (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 11-16) Absence de nécessité d'examen clinique (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 4-8) Recours au médecin généraliste pour demande d'informations d'ordre médical (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 4-8)

⁵ Demande préventive de traitement (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 39-40)

⁶ Rapidité de l'examen clinique en cas de diagnostic supposé évident (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 6)

⁷ Accélération de l'examen clinique en cas de pathologie contagieuse, après diagnostic du cas index (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2, 34-35)

2. 5. 2. Organisation de l'espace du bureau médical

Cette distinction est marquée par l'organisation du bureau médical et l'utilisation de son espace, avec un endroit dévolu à l'entretien et un autre à l'examen physique.¹ Nous n'avons pas observé de cabinet médical ne se divisant pas de cette façon.

➤ *Impact sur l'examen clinique*

Les actions prenant place au bureau médical s'enchaînent de façon plutôt linéaire, les unes après les autres.² A l'inverse, dans l'espace dédié à l'examen physique, souvent, différents types d'action se succèdent continuellement.³ Un hiatus peut alors apparaître entre les gestes du médecin et la discussion qu'il poursuit avec le patient.⁴

Mais si l'espace semble constamment matérialiser une séparation entre entretien et examen physique, dans la réalité, ces deux étapes ne se produisent pas toujours selon une séquence fixe. Elles sont le plus souvent intriquées, à divers degrés.⁵

¹ Succession d'un temps d'entretien au bureau et d'un temps d'examen physique dans un espace dédié (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 31, 61) Distinction dans le bureau médical d'un espace dédié à l'entretien (bureau) et d'un espace dédié à l'examen physique (table d'examen) (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 31, 61) Espace bureau et salle d'examen distincts (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011) Distinction de deux endroits dans le bureau médical : côté bureau et côté table d'examen (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

² Phase au bureau : étape monodéique / linéaire (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2-8)

³ Phase à la table d'examen : simultanéité de tâches différentes (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 10-24)

⁴ Discordance entre action et discours lors de l'examen physique (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 10-24)

Hiatus entre action et discours lors de l'examen physique (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 10-24)

⁵ Simultanéité de l'entretien et de l'examen physique (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 10) (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 14-30) Simultanéité de l'entretien du parent et de l'examen physique d'un nourrisson (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 6-36) (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 19-26) Poursuite de l'entretien au cours de l'examen physique (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 28-41) (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 11-19) (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 13-33) Intrication de l'entretien et de l'examen physique (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 10)

2. 5. 3. Consultation cloisonnée ou décroisonnée

Un médecin peut cloisonner sa consultation en respectant scrupuleusement plusieurs étapes successives.

➤ **Impact sur l'examen clinique**

L'entretien est alors réalisé principalement au bureau, en début de consultation. Ensuite, le temps de l'examen physique constitue un fort coup de frein à la discussion, le médecin se concentrant sur ses gestes. Un silence relatif s'installe. Le patient s'adapte en s'exprimant peu pendant qu'il est examiné.

A l'inverse, le médecin peut mener sa consultation en mêlant continuellement entretien et examen physique.¹

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Le temps d'entretien au bureau est alors court ou inexistant. La discussion est constante du début à la fin de la consultation. Une plainte peut être formulée à chaque instant.² Une nouvelle problématique de soins peut être abordée par le médecin après qu'il a terminé son examen physique.³ Il apparaît alors une inadéquation entre l'organisation dichotomique de l'espace et le déroulement décroisonné de la consultation.

En résumé, l'activité clinique est constituée d'une grande diversité de tâches successives ou simultanées.⁴

¹ Médecin évitant la dichotomie de sa consultation par son comportement (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011) Décloisonnement de la consultation (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

² Décloisonnement de la consultation permettant l'expression de plaintes à tout moment (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

³ Entretien détaillé ciblé sur un signe clinique après l'examen physique (Cs 11 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 25)

⁴ Intrication des différentes tâches cliniques au cours de la consultation (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 10-24)

2. 6. L'entretien

Avant toute chose, nous abordons quelques aspects de la communication entre le médecin et le patient.

2. 6. 1. Différences de langage

Une communication de bonne qualité entre le patient et le médecin est indispensable. Mais les langages respectifs du patient et du médecin ne sont pas nécessairement les mêmes. On constate parfois un fossé flagrant entre eux. Nous avons observé un médecin n'arrivant pas, pour élaborer son raisonnement clinique, à faire employer par le patient les mots que lui-même utilisait. ¹

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Cette différence de langage pouvait induire en erreur le médecin sur l'interprétation d'un symptôme. ²

① **Difficultés issues du patient**

De façon prosaïque, certains patients ont une élocution extrêmement difficile, qui limite fortement la portée de l'entretien. ³ Des patients très âgés et asthéniques peuvent à peine parler ⁴. Un patient sourd peut être délicat à comprendre. ⁵ Tous les enjeux de l'entretien deviennent moins accessibles (caractérisation d'un symptôme ⁶, histoire de la maladie, etc.).

¹ Différence de langage entre le médecin et le patient pour décrire des symptômes (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 9)

² Risque d'interprétation erronée du discours du patient, suggéré par la formulation de la question posée par le médecin (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 9)

³ Difficulté d'élocution du patient (Audio 1 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 1)

⁴ Interrogatoire ciblé impossible chez certains patients (Audio 15 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2)

⁵ Difficulté de compréhension des propos du patient (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 4-6)

⁶ Absence d'exploration d'un symptôme, en cas d'interrogatoire laborieux (Audio 15 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 6)

Une personne démente est moins interrogeable, voire pas du tout, proportionnellement à la gravité de son état. ¹

➤ **Solution observée**

Le médecin peut alors adapter son langage au patient, de façon plus ou moins optimale. ²

Pour comprendre le patient, des efforts sont parfois nécessaires. ³ *Après quoi, il semble logique d'en vérifier l'efficacité.* ⁴

Patiente sourde, appareillée, parlant vite et beaucoup, assez compréhensible, mais nécessité de lui prêter une oreille très attentive.
Le Dr F. parle fort, articule, fronce les sourcils, est très attentive.
Elle reprend les mots essentiels de ce que dit la patiente pour résumer son propos et s'assurer de sa bonne compréhension.

Outre l'élocution, la maîtrise de la langue française est parfois défaillante. Il n'est alors pas évident que le patient comprenne l'ensemble des propos du médecin. ⁵

¹ Difficulté d'interrogatoire d'une personne démente (Audio 16 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 3)

² Différents degrés d'adaptation de la forme de son discours au patient : vocabulaire, syntaxe, contenu médical. Ici, adaptation moyenne (Cs 1 - CRT - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 32-44) Capacité ou incapacité à adapter la forme de son discours au patient : vocabulaire, syntaxe, contenu médical (Cs 1 - CRT - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 32-44) Simplification du discours en cas de patient comprenant mal le français (Cs 1 - CRT - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 9-12) Ralentissement du débit verbal et meilleure élocution en cas de patient comprenant mal le français (Cs 1 - CRT - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 9-12) Adaptation du langage du médecin aux capacités physiques (et intellectuelles) du patient (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 4-8, 17-19, 24-26, 36-41) Mesures de facilitation de la compréhension des propos du médecin par le patient (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 4-8, 17-19, 24-26, 36-41)

³ Nécessité de se concentrer, d'être attentif pour comprendre le patient (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 6)

⁴ Mesures de vérification de la bonne compréhension des propos du patient (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 7-8)

⁵ Mauvaise compréhension d'une des questions du médecin par le patient (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 10-12)

② Difficultés issues du médecin

Il arrive que le médecin utilise une expression qui ne sera pas comprise par le patient, faisant partie du jargon médical. ¹

➤ **Solution observée**

Préventivement et automatiquement, le médecin adapte son vocabulaire à son interlocuteur, au moins dans une certaine mesure. ² Par exemple, le médecin ne s'adresse pas à un enfant comme à un adulte. ³

S'il est préoccupé de l'efficacité de son langage, il vérifiera la bonne compréhension de ses propos par le patient. ⁴

Lorsque le médecin se rend compte d'une incompréhension du patient, il peut reformuler ses propos. ⁵

➤ **Impact sur l'examen clinique**

En cas d'insuffisance d'adaptation de langage, la consultation peut perdre en richesse, voire tourner court. Notamment, les symptômes exprimés peuvent être plus difficiles à interpréter ou même ne pas être reconnus comme tels. Nous avons observé qu'une difficulté de compréhension du patient, peut-être parce qu'elle exposait à une perte de rendement de l'entretien, pouvait inciter le médecin à le raccourcir volontairement. ⁶

¹ Utilisation peu appropriée d'un vocabulaire médical à l'intention du patient (Audio 11 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 4)

² Adaptation du vocabulaire médical lors des explications faites au patient sur son tableau clinique (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 26-28)

³ Adaptation du langage à un enfant (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 4-5)

⁴ Préoccupation du médecin de la bonne compréhension de ses propos par le patient (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 4-8, 17-19, 24-26, 36-41)

⁵ Reformulation par le médecin d'une question mal comprise par le patient (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 25)

⁶ Raccourcissement de l'entretien (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 1-11) Difficulté de compréhension des propos du patient (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 4-6) Faible rendement supposé de l'entretien par rapport au temps disponible (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 1-11)

Outre l'origine unique d'une difficulté de communication, c'est parfois un faisceau de circonstances qui cause une baisse de la durée d'entretien. ¹

2. 6. 2. Généralités

① Place de l'entretien

La place de l'entretien varie en fonction du motif de consultation et du médecin.

Une demande a ouvertement pu être délaissée ² et ne donner lieu à aucun entretien.

Le contrôle clinique de l'efficacité d'un traitement peut se passer de discussion, comme dans le cas d'une éruption cutanée, immédiatement visible. ³ Parfois, un entretien préalable à l'examen physique n'est tout simplement pas réalisé. ⁴ Nous l'avons observé en cas de renouvellement d'ordonnance. ⁵

L'entretien se passe classiquement avant l'examen physique. En réalité, s'il débute souvent la consultation, il est fréquemment poursuivi lors de l'examen physique et après. ⁶ Il arrive qu'une nouvelle problématique soit abordée en toute fin de consultation, lorsqu'elle a seulement été évoquée plus tôt, sans être au centre de la consultation. Le but est alors d'évaluer grossièrement la situation, et le cas échéant, de planifier une nouvelle consultation.⁷

¹ Coïncidence des plusieurs phénomènes amenant à réduire la durée de l'entretien (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011)

² Le silence pour toute réponse à une demande du patient (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 35-36)

³ Inutilité de l'entretien dans certaines consultations de suivi, de contrôle d'efficacité d'un traitement (Cs 1 - CRT - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 62-70)

⁴ Absence de recherche à l'entretien initial d'autres signes cliniques que ceux spontanément exprimés par le patient (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 10-13)

⁵ Absence d'interrogatoire au bureau en cas de renouvellement (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 7-8)

⁶ Complément d'interrogatoire après l'examen physique (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 33)

⁷ Recherche de signes par entretien ciblé en fin de consultation (Cs 18 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 36-38)

Nous avons observé une consultation où l'entretien, ciblé sur des signes spécifiques, s'est poursuivi pendant toute la consultation, jusqu'à la dernière minute, en parallèle à l'examen physique et à l'organisation de la prise en charge. Ceci était dû au fait que le tableau clinique n'était pas compris. ¹

② Le lieu de l'entretien

L'entretien peut se dérouler au bureau du médecin ou dans la salle d'examen, pendant l'examen physique.

Parfois, l'entretien au bureau est très laconique ², voire inexistant. Dans ce cas, toute la discussion se passe dans la salle d'examen. ³

➤ *Impact sur l'examen clinique*

Dans la salle d'examen, l'entretien est alors haché, notamment par des gestes cliniques qui rendent nécessaire une interruption, comme l'auscultation cardiaque. ⁴

Le patient : « Moral en baisse. » Discussion sur l'âge du patient, qui vient d'avoir 70 ans, et pour qui ça semble être un cap. « J'écoute le coeur. » Le silence s'installe.

③ Les objectifs de l'entretien

Ils sont éminemment variables.

Il peut s'agir d'initier une démarche diagnostique par l'identification de signes cliniques relatifs aux symptômes exprimés ⁵, de contrôler les données cliniques d'une pathologie

¹ Etendue d'un interrogatoire ciblé pendant toute la consultation, en cas d'incompréhension d'un tableau clinique (Audio 12 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 7)

² Brièveté de l'entretien au bureau (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 1-4)

³ Absence d'interrogatoire mené au bureau (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 1-9)

⁴ Interruption de l'entretien par l'auscultation cardiaque (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 9)

⁵ Interrogatoire ciblé suscité par l'expression d'un symptôme (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 5-7)

chronique connue¹ ou nouvellement diagnostiquée par un médecin spécialiste², de rechercher une contre-indication médicamenteuse³, ou tout simplement de remplir un formulaire administratif.⁴

④ Deux modalités distinctes

Deux modalités d'entretien sont celles de l'entretien ouvert et de l'entretien fermé.

L'entretien fermé se caractérise par des questions précises, appelant des réponses précises, parfois laconiques.⁵

Augmentation récente PSA.

Interrogatoire uro : nycturie, fuites (oui), impériosités (oui), dysurie (non), pollakiurie (oui).

Certaines situations cliniques stéréotypées engagent automatiquement le médecin dans un entretien fermé, comme dans le cas d'une première consultation de suivi de grossesse.⁶

Egalement, lorsque l'entretien se poursuit pendant l'examen physique, il semble prendre une forme plus stéréotypée.⁷ Nous avons principalement observé qu'il s'agit alors d'un interrogatoire très ciblé, requérant des réponses courtes ne ralentissant pas la progression

¹ Contrôle clinique des signes d'une pathologie connue traitée (Cs 13 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 10-12, 16-17) (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 3) (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 9-10) (Cs 22 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 31) Evaluation d'une douleur à l'entretien (Audio 1 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Plage 8)

² Contrôle à l'entretien de l'évolution des signes d'une pathologie diagnostiquée par un médecin spécialiste (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 5-6, 11-15)

³ Recherche d'une contre-indication clinique à un médicament (Audio 8 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 5)

⁴ Objectif de l'entretien : remplissage d'un formulaire (Audio 13 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11)

⁵ Interrogatoire fermé (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 9-10) Interrogatoire fermé, centré sur un appareil spécifique, à l'entretien initial (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 42-45) Interrogatoire fermé basé sur une pathologie chronique connue (Cs 20 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 4-5)

⁶ Motif de consultation nécessitant un entretien stéréotypé (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 4-20)

⁷ Différence de nature d'interrogatoire du patient entre celui du début de consultation réalisé au bureau et celui réalisé pendant l'examen physique (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 17-19)

de l'examen physique.¹ Nous nous sommes demandé si cette modulation d'entretien était reconnue par les médecins.²

Inversement, le médecin peut utiliser des questions ouvertes pour favoriser l'expression de demandes par le patient et mieux gérer le déroulement de la consultation.³ Ces demandes ne se seraient peut-être pas faites en cas d'interrogatoire trop dirigé.

⑤ Discussion d'ordre relationnel

On peut difficilement étudier la consultation de médecine générale sans prendre en compte les discussions d'ordre relationnel qui s'y déroulent en parallèle à la démarche clinique. Ces discussions ont tous les thèmes possibles : une fête de famille, une compétition de sport, un projet de voyage, une actualité nationale ou municipale, etc.

Il apparaît que ces discussions peuvent se mener de manière intriquée à la démarche clinique, peut-être plus facilement lorsque le motif de recours est simple.⁴ Elles peuvent avoir lieu pendant l'examen physique⁵, pendant un acte thérapeutique⁶, etc.

¹ Poursuite de l'interrogatoire ciblé lors de l'examen physique (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 25) Interrogatoire ciblé pendant l'examen physique (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 17-19) (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 4-17) Interrogatoire plus fermé lors de l'examen physique (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 15, 17) Interrogatoire ciblé lors de l'examen physique, corrélé au motif de plainte (Cs 14 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 14-20) Simultanéité d'un interrogatoire fermé et de l'examen physique (Cs 16 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 8-39)

² Absence de conscience de la différence entre l'entretien au bureau et l'interrogatoire ciblé pendant l'examen physique (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011)

³ Elimination de motifs de recours inopinés par une question ouverte en début d'entretien (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 23) Recherche de motifs de recours supplémentaires par une question ouverte en début d'entretien (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 23) Gestion du déroulement de la consultation en recensant dès le départ les différents motifs de recours (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 23)

⁴ Intrication de la démarche clinique menée par le médecin et d'une discussion générale non médicale, d'ordre relationnel (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 10-18, 28-29) Motif de recours simple pour le médecin (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2) Discussion d'ordre relationnel à l'initiative du médecin, en cas de motif de recours simple (Audio 10 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 5)

⁵ Discussion d'ordre relationnel au cours de l'examen physique (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 13-15) Simultanéité d'un examen physique orienté et d'un discours spontané du patient, non lié à sa plainte (Cs 16 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 13-20) Simultanéité de l'examen physique et d'une discussion d'ordre relationnel (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 7)

⁶ Discussion d'ordre relationnel pendant un geste de vaccination (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 8, 19-21)

Recherche des pouls périphériques, d'ADP cervicales (en même temps que la patiente raconte une anecdote sur une fracture du poignet ancienne). Auscultation cardiaque, carotidienne. Palpation abdominale. Explication du diagnostic et traitement par Voltarène®. FC : « 64. » Mesure TA : « Vous allez où en vacances ? » Réponse. « 14,5/6. »

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Si le patient parle à un moment où le médecin est occupé à autre chose, ce dernier n'aura pas l'occasion de répondre à son patient. ¹

Le patient : « J'ai eu affaire à un boucher. » Il montre son avant-bras gauche, où il a eu une prise de sang récente, et où s'est constitué un hématome.
Pendant que le Dr P. prend la TA : « 14,5/7, c'est bien. »

Une discussion d'ordre relationnel peut être initiée par le médecin ou le patient. Le médecin peut entamer une consultation de cette façon, immédiatement après que le patient a exprimé son motif de consultation. ²

Femme 60 ans environ. Motif : « J'ai un problème à un genou. »
Dr M. : « Et le fiston ? » immédiatement. Discussion sur les études du fils.

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Lors de cette consultation, il semble que cela a interrompu le développement que la patiente aurait pu faire de sa plainte. ³

➤ **Solution évoquée**

Un médecin a abordé directement ce sujet en signalant qu'il bloquait systématiquement ce type de discussion lorsqu'il avait à gérer une pathologie. En revanche, lorsque le motif de recours le permettait, en cas de renouvellement

¹ Discours du patient interférant avec l'examen physique systématique (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 18-20)

² Médecin entamant une discussion d'ordre relationnel, immédiatement après expression par le patient de son motif de recours (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 1-4)

³ Télescopage de la recherche de signe clinique à l'entretien par une discussion d'ordre relationnel (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 1-8)

d'ordonnance ou d'acte à visée préventive, il le considérait comme une source d'enrichissement de son exercice. ¹

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Parfois, une discussion d'ordre relationnel prend pour fonction, outre celle de l'entretien de la relation humaine avec le patient, la recherche indirecte de signes cliniques, possiblement à l'insu du patient. Cela peut être le cas lorsque la discussion porte sur le mode de vie du patient. ²

Palpation abdominale, recherche d'hépatomégalie et de splénomégalie, recherche d'adénopathies sus-claviculaires.
En même temps, discussion sur son activité (vélo), pendant la mesure de la FC : « 60. »

2. 6. 3. Contenu de l'entretien

① Absence de recherche de signe clinique

L'entretien peut s'en tenir à une discussion d'ordre relationnel et ne pas chercher à mettre en évidence de signe clinique, et ce malgré l'expression d'une plainte d'ordre somatique. ³

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Les signes cliniques non cherchés ne sont pas trouvés ! Lors d'une consultation, une patiente a spontanément exprimé, après son examen physique, un signe clinique supplémentaire ⁴, qui aurait pu permettre au médecin de le compléter, mais cela n'a pas été fait.

¹ Refus de la discussion d'ordre relationnel en cas de pathologie à gérer - La discussion d'ordre relationnel source d'enrichissement (Audio 6 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 7)

² Discussion sur le mode de vie du patient (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 10)
Discussion sur le mode de vie source de signes cliniques (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 5)
Discussion d'ordre relationnel source de signes cliniques (Cs 15 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 19-21)

³ Absence de recherche à l'entretien de signe clinique (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; I. 1-9)

⁴ Expression spontanée d'un nouveau symptôme après l'examen physique, en relation avec le motif de recours initial (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; I. 24-26)

(après l'examen physique)

La patiente signale dans la foulée, se rappelant ce qu'elle avait vécu pour le côté droit, qu'elle a vu son genou gauche (actuellement oedématié) se bloquer à un moment.

② Distinguo entre expression d'un symptôme et demande faite au médecin

Il est des situations où le patient exprime un symptôme sans qu'il soit évident que cela corresponde à une demande.¹ En revanche, il est parfois facile de reconnaître que le patient ne souhaite qu'informer le médecin.

③ Le nombre des symptômes

Le nombre des symptômes exprimés est variable. Il arrive qu'ils soient nombreux, exprimés de façon rapide en quelques minutes, sans pour autant être clairs.²

④ Moments d'expression d'un symptôme

Si classiquement, le début de la consultation est le moment privilégié de l'expression des symptômes, la pratique nous confronte à une autre réalité. En effet, le patient ne se préoccupe pas forcément des étapes du raisonnement clinique du médecin. Nous avons observé qu'un symptôme pouvait apparaître à tout moment de la consultation, par exemple pendant³ ou après l'examen physique⁴, et même, lors d'une visite à domicile, au moment où le médecin s'apprête à partir.⁵

¹ Distinguo entre expression d'un symptôme et demande faite au médecin (Cs 15 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 13)

² Expression de nombreux symptômes, dont certains ininterprétables (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 1)

³ Expression d'un symptôme nouveau par le patient au cours de l'examen physique (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 24) Expression d'une plainte en début d'examen physique (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 4)

⁴ Expression d'un symptôme supplémentaire après l'examen physique, en fin de consultation (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 46)

⁵ Expression d'un symptôme en toute fin de consultation (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 17)

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Il a semblé qu'un symptôme exprimé tardivement suscitait d'autant moins d'attention que le médecin était en retard par rapport à son planning de rendez-vous. ¹

Un symptôme exprimé pendant l'examen physique s'expose au risque de ne pas être pris en compte par le médecin, si celui-ci est déjà engagé dans une démarche clinique spécifique ², notamment si cette plainte nouvellement exprimée dénote par rapport à la perspective dans laquelle s'était initialement inscrit le médecin. ³ Il est alors difficile pour le médecin d'adapter son raisonnement. ⁴

Une autre originalité est l'expression d'un symptôme passé, résolu au moment de la consultation. ⁵

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Lors d'une consultation, l'expression d'un symptôme résolu n'a pas suscité d'examen clinique particulier de la part du médecin. ⁶

Enfin, un symptôme peut être répété par le patient tant qu'il n'a pas été pris en compte par le médecin. ⁷

¹ Moindre attention portée à une plainte exprimée en fin de consultation (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 21, 28, 37-40) Prise de retard par rapport au planning de rendez-vous des consultations (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 1-2)

² Négligence d'un signe clinique exprimé pendant l'examen physique (Cs 22 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 10)

³ Opposition entre la perspective du médecin lors de l'examen physique du patient et l'expression d'une nouvelle plainte par le patient pendant qu'il est examiné (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 15-28)

⁴ Difficulté de changement de perspective à un stade avancé de la consultation (à partir de l'examen physique) (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 21-31)

⁵ Expression d'un symptôme résolu (Cs 11 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 5) (Cs 15 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 13)

⁶ Absence d'examen clinique relatif à un symptôme résolu (Cs 15 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 13)

⁷ Symptôme répété par le patient en cas de négligence par le médecin (Cs 18 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 26) Répétition d'un symptôme en cas d'absence de réponse donnée par le médecin (Audio 1 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Plages 3 et 7)

⑤ L'explicitation de symptôme

De l'expression d'un symptôme, fondement de l'entretien, le médecin doit déduire un signe. Parfois, cette déduction est automatique, comme dans le cas d'une douleur, ou si le patient sait s'exprimer spontanément de façon suffisamment précise.¹ A l'extrême, nous avons vu un patient décrire ses symptômes de façon tellement précise que son discours s'apparentait fortement à l'interrogatoire dirigé qu'aurait pu tenir le médecin. Les symptômes étaient tous immédiatement traduisibles en signes.²

Mais il arrive qu'un symptôme soit décrit par le patient de façon équivoque, voire obscure.³ Il nécessite alors d'être explicité pour que le médecin en induise un signe clinique.

Le symptôme et le signe afférent peuvent être exprimés par le même mot, sans que l'on soit certain que sa signification soit la même dans l'esprit du patient et dans l'esprit du médecin.

Etablir une correspondance entre ces mots du sens commun et leur acception médicale, n'est pas aisé. Que signifie une « toux nerveuse » ?⁴ Que signifie « se déplacer une vertèbre » ?⁵ Lorsqu'un patient l'utilise, le mot kyste correspond-il à sa définition médicale ?⁶

« Il y a 15 jours, je me suis déplacé deux vertèbres lombaires. »

¹ Expression claire, rapide, spontanée des différents symptômes présentés par le patient (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 8-10)

² Expression spontanée par le patient de nombreux symptômes immédiatement traduisibles en signes cliniques (Audio 3 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plages 2, 3 et 5)

³ Expression absconse de symptômes (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plage 1) (Audio 20 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 4)

⁴ Interprétation équivoque / absconse par le patient d'un de ses symptômes (Cs 13 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 13)

⁵ Expression équivoque par le patient d'un symptôme (Cs 15 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 13) (Cs 18 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 22)

⁶ Expression équivoque par le patient d'un symptôme (Cs 18 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 22)

Il arrive qu'un symptôme équivoque ne devienne compréhensible que par les éléments cliniques associés. ¹

Dr P. demande si essoufflement : « Je vous l'avais dit, c'est tout asséché dedans, je manque de souffle. » Conclusion : dyspnée.

➤ **Solutions observées**

Un médecin a pris la précaution de faire préciser à la patiente ce qu'elle entendait par le mot diarrhée. ²

Afin d'expliciter un symptôme, la technique de la relance peut être utilisée par le médecin. ³

Interrogatoire sur la « fatigue ».
« Vous n'avez pas envie de faire les choses ? »
Q : dépression ?
Le Dr F. a repris le mot « envie » utilisé d'abord par la patiente.

Mais malgré sa volonté d'expliciter un ou plusieurs symptômes, le médecin peut être tenu en échec par un patient dont le langage s'accorde mal à un interrogatoire rigoureux. ⁴

Il est arrivé qu'un symptôme ne soit pas explicité du tout. Le patient l'a exprimé de façon brute et non concluante, et le médecin n'a pas cherché à l'éclaircir pour en retirer un signe clinique ⁵, sans que cela ne l'empêche parfois d'en tenter une interprétation. ⁶

¹ Expression équivoque d'un symptôme par un patient (Cs 18 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 13-14)

² Vérification du sens d'un signe donné spontanément par un patient (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 2)

³ Reprise du vocabulaire du patient pour faciliter l'expression de ses symptômes (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 14)

⁴ Difficulté d'explicitation des symptômes équivoques (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 1)

⁵ Absence d'interprétation d'un symptôme abscons en signe clinique (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 5) Absence d'explicitation d'un symptôme abscons, par inutilité (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 35-39) Absence d'explicitation d'un symptôme (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 8)

⁶ Interprétation par le médecin d'un symptôme non explicité (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 8)

Interrogatoire : « ... je n'arrivais plus à me mettre à genoux... » [...] Dr M. : « On va voir ça. »

Cette réaction nous a paru facilitée, au cours d'une visite, lorsque le symptôme exprimé ne se rapprochait pas, même de loin, d'un cadre nosologique connu par le médecin. ¹

Il peut présupposer un signe clinique alors que le symptôme était abscons. ² Cela était particulièrement le cas lorsque ce dernier était formulé en toute fin de consultation. ³

« Y'a des fois, j'ai des petits étourdissements... Après, ça passe. » Le Dr P. évoque un problème de TA.

Egalement, si la nature du symptôme est bien identifiée, il arrive que ses caractéristiques ne soient que faiblement précisées, par présupposition. ⁴

⑥ Interférences entre symptômes

Quand un patient décrit ses symptômes, il arrive que l'un d'entre eux ne s'intègre pas dans le tableau clinique que les autres ont commencé à peindre.

➤ *Impact sur l'examen clinique*

Ce symptôme peut alors être délaissé, l'attention du médecin étant captée par l'analyse des autres signes déjà regroupés dans un ensemble homogène. ⁵

¹ Négligence d'un symptôme non traduisible en signe clinique connu (Audio 20 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 11)

² Présupposition du sens d'un symptôme sans explicitation (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 22-23)

³ Absence d'explicitation d'un symptôme en un signe clinique, en fin de consultation (Cs 11 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 23-24)

⁴ Faible exploration des caractéristiques d'un symptôme, présupposées (Cs 11 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 7-11)

⁵ Court-circuit d'un symptôme par l'attention portée à d'autres (Cs 15 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 4-16, 33-34)

En outre, lorsque le patient annonce toute une série de symptômes que le médecin ne peut rapprocher les uns des autres pour construire une hypothèse diagnostique, un de ces symptômes peut être négligé.

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Une patiente a ainsi successivement signalé un moral en berne avec clinophilie, une dyspnée, la présence de kystes mammaires et une tendance à des ecchymoses au moindre choc. Tous ces symptômes n'ont pas été étudiés au cours de la consultation.¹

Lors d'une consultation dont le motif premier était une « perte de la voix », le médecin a complètement orienté son examen clinique sur cette plainte, et n'a pas considéré du tout trois autres symptômes survenus pendant le reste de la consultation : des douleurs des jambes, une asthénie et un traumatisme du poignet.²

Ceci étant dit, nous rappelons ici la différence entre expression d'un symptôme et demande faite au médecin.

⑦ **Caractérisation d'un signe clinique**

Nous incluons dans le recueil d'un signe clinique celui de ses caractéristiques propres. Une céphalée se caractérise par son intensité, son type, sa localisation, son rythme, sa pulsatilité, ses facteurs déclenchants, etc. Un purpura se caractérise par sa localisation, la taille de ses éléments, son aspect infiltré ou non, etc.

¹ Négligence d'un symptôme en cas de multiplicité des plaintes (Cs 18 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

² Plainte négligée par l'analyse en cours d'une autre plainte (Cs 21 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 14-16)

Lorsque le médecin étudie un signe clinique, la caractérisation de ce signe est plus ou moins complète. Une douleur peut n'être précisée que partiellement lors de l'entretien. ¹ Un autre exemple est celui de la caractérisation d'une dysphagie. ²

Et lorsque le médecin montre sa volonté de préciser les caractéristiques d'un signe, la tâche n'est pas nécessairement aisée. Par exemple, l'évaluation de l'intensité d'une douleur selon une échelle numérique n'est pas une évidence pour tout le monde. ³ Un médecin a eu quelques difficultés à faire préciser la nature d'une otalgie ⁴ et de céphalées. ⁵

⑧ L'identification d'un signe en dehors de toute intentionnalité

Il arrive qu'un signe surgisse de l'entretien sans que le patient n'ait exprimé de symptôme, ni que le médecin n'ait eu la volonté de le chercher. Ce fut le cas pour une patiente vue dans le cadre d'un renouvellement. La discussion a mis à jour un manque du mot ; la rédaction de son chèque, un trouble de l'exécution. ⁶

➤ **Solution observée**

Si le médecin est disponible et attentif, et identifie ce signe inattendu, il pourra le cas échéant compléter son examen clinique. ⁷

¹ Caractérisation partielle d'un symptôme à l'interrogatoire (Cs 16 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 8)

² Caractérisation d'un signe clinique (Audio 11 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2)

³ Difficulté d'obtention des caractéristiques d'un signe clinique à l'interrogatoire ciblé (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 9-10)

⁴ Difficulté de caractérisation d'un signe clinique (Audio 4 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Pages 1 et 3)

⁵ Difficulté de caractérisation d'un symptôme à l'entretien (Audio 20 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 5)

⁶ Apparition inopinée d'un signe clinique, en dehors de toute intentionnalité du médecin (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Pages 11, 13, 18 et 20)

⁷ Examen clinique orienté imprévu, consécutif à l'émergence inopinée d'un signe clinique (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Pages 14 et 15)

⑨ Le signe clinique ténu

Certains signes ne peuvent, par nature, avoir un symptôme pour origine. Ce peut être le cas chez les patients présentant des troubles cognitifs. Il revient au médecin seul de les reconnaître. Ils peuvent être extrêmement ténus. ¹

⑩ Recherche de signes cliniques par l'entretien d'un tiers

Il arrive que le médecin doive mener un entretien clinique par l'intermédiaire d'un tiers. C'est le cas lorsqu'un soignant présente par téléphone l'état clinique d'un patient. L'enjeu est alors d'obtenir les bonnes informations, en restant vigilant sur l'interprétation que le tiers peut faire, parfois à mauvais escient.

Un médecin a recherché des signes hémorragiques chez une patiente surdosée en anti-vitamine K (Préviscan®) en interrogeant un infirmier par téléphone. ² Cette problématique sera détaillée dans la partie consacrée aux visites en maison de retraite.

2. 7. L'examen physique

L'examen physique n'est pas un élément obligatoire de la consultation de médecine générale. ³ Des motifs de consultation ne l'exigent pas, comme en cas d'aide à la réalisation d'une procédure administrative. ⁴

2. 7. 1. Généralités

① Les objectifs de l'examen physique

L'examen physique consiste d'abord en la recherche de signes cliniques.

¹ Un signe clinique ténu (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 7)

² Recueil de signe clinique par téléphone, par l'intermédiaire d'un tiers (Cs 21 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 7-9)

³ Inutilité de l'examen physique, de l'avis du médecin (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 20)

⁴ Motif de consultation ne nécessitant pas d'examen physique (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 2) Absence d'examen physique en cas de motif de recours d'ordre administratif (Audio 13 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11)

Cette recherche peut se donner plusieurs buts : un diagnostic positif, l'élimination d'un diagnostic différentiel¹, le contrôle d'un signe clinique connu stable² ou nouveau et évolutif, parfois à la suite de l'examen physique réalisé par un confrère spécialiste.³

Il peut aussi n'avoir pour intérêt que la réassurance du patient ou de son entourage.⁴

Il peut ne chercher qu'à éliminer une pathologie en cours d'évolution.⁵

Le patient peut demander au médecin de procéder à un examen physique orienté, en dehors de toute démarche clinique qu'il aurait initiée. C'est ce qui se passe lorsqu'un patient demande au médecin de vérifier sa pression artérielle en marge de la gestion d'un autre motif de recours.⁶

Parfois, l'objectif de l'examen physique n'est pas clair. Nous avons supposé qu'un examen physique avait été réalisé de façon immotivée, si ce n'était pour donner du contenu à la consultation et justifier son règlement.⁷ En l'occurrence, nous ne concluons pas, une autre hypothèse étant celle d'avoir voulu confronter sa propre analyse à celle, récente, d'un soignant spécialisé.

Enfin, et en renversant le sujet du paragraphe, avant même l'idée d'un quelconque objectif, il arrive qu'un signe clinique soit immédiatement visible à l'inspection du patient et, d'une certaine façon, prenne le médecin de court. La consultation s'en trouve alors modifiée, ne serait-ce que transitoirement, et le médecin ne peut reprendre le cours

¹ Elimination de diagnostics différentiels à l'examen physique, après diagnostic positif (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 11-15)

² Contrôle à l'examen physique systématique d'un signe clinique connu (Audio 1 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 7)

³ Contrôle de l'évolution des signes cliniques décrits par un médecin spécialiste (Audio 7 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 5)

⁴ Examen physique d'un nourrisson visant à rassurer un parent (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 16-17)

⁵ Examen physique systématique avant vaccination (otoscopie) (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 7, 17)

⁶ Demande inopinée de contrôle tensionnel par le patient (Audio 4 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 4)

⁷ Reprise de l'examen physique orienté déjà récemment fait par un soignant paramédical (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 6-10)

présupposé de sa consultation que dans un second temps, après la gestion de ce signe clinique patent. ¹

② Déroulement de l'examen physique

Souvent, l'examen physique se déroule sur un patient installé en décubitus dorsal sur une table d'examen. Celle-ci est placée de façon à ce que le médecin, quand il est situé à la droite du patient allongé en décubitus dorsal, puisse avoir accès à plusieurs instruments, en premier lieu le tensiomètre. ²

Cependant, la position du décubitus dorsal peut être à l'origine d'une perte d'information clinique. ³ C'est pourquoi il faut garder à l'esprit qu'un examen physique peut nécessiter une mise en situation du patient, dans le but de reproduire l'action déclenchant la symptomatologie, et de se ménager les conditions matérielles de cette mise en situation, dans la mesure du possible. ⁴ Ainsi, il est quasiment automatique d'observer la démarche du patient lorsqu'il se déplace, et fréquent de demander explicitement à l'observer au cours d'une consultation.

Si l'examen physique se déroule souvent d'un seul tenant, il peut arriver qu'il soit interrompu, à l'initiative du médecin ou par l'irruption d'un événement imprévu. ⁵

¹ Recherche inopinée d'un signe, basé sur l'inspection immédiate du patient, avant l'examen clinique présupposé (Audio 1 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Plage 2)

² Médecin situé à droite du patient en décubitus dorsal (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

³ Disparition d'un signe clinique en décubitus dorsal sur la table d'examen (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 45-47) Inaccessibilité d'un signe clinique en décubitus dorsal sur la table d'examen (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 45-47)

⁴ Recherche de signe clinique par mise en situation du patient (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 45-47) Possibilité de mise en situation du patient pour l'examen physique (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 45-47) Non limitation de l'examen physique à la position du décubitus dorsal (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 45-46)

⁵ Interruption de l'examen physique par une tâche intercurrente, à l'initiative du médecin lui-même (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 14-19)

Le médecin peut le suspendre pour prendre le temps d'interroger une plainte nouvellement exprimée par le patient. Ce temps d'entretien est souvent bref et dirigé, mais il est arrivé qu'il soit prolongé, le médecin reprenant un entretien ouvert et détaillé. ¹

De plus, le temps de l'examen physique peut comprendre la réalisation de nombreuses tâches de différentes natures. Il ne se restreint alors pas à l'examen physique proprement dit. Ce temps entremêle parfois de façon continue gestes cliniques, interrogatoire fermé, interrogatoire ouvert, discussion d'ordre relationnel, vérification du dossier médical, etc. ²

2. 7. 2. Les conditions matérielles de l'examen physique

① Le temps nécessaire à l'examen physique

L'examen physique peut nécessiter un temps incompressible dans certaines circonstances. Outre l'installation du patient, il peut s'agir du contrôle d'une pression artérielle élevée. Ce temps, s'il n'est pas respecté, invalide le geste clinique. ³

Un examen physique orienté, s'il est réalisé trop rarement parce que trop rarement nécessaire, peut être plus long à conduire qu'un examen physique orienté que le médecin a l'occasion d'exercer toutes les semaines.

¹ Entretien ouvert généré par l'expression d'une plainte lors de l'examen physique (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 7-8, 15-19) Interruption de l'examen physique systématique par l'étude d'une plainte exprimée pendant son déroulement, avec entretien ouvert (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 18-21) Interruption de l'examen physique par des explications détaillées sur une conduite à tenir (Cs 20 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 10-12)

² Simultanéité de plusieurs tâches de différentes natures pendant l'examen physique (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 6-34)

³ Instauration des conditions matérielles pour recueillir de façon fiable un signe clinique à l'examen physique (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 53) Temps nécessaire à la réalisation d'un examen physique fiable (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 53)

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Le manque d'habitude expose à une perte de rendement. Et si l'on ajoute à cette situation un manque de temps, le médecin peut décider de ne pas faire cet examen physique orienté. Cela a été le cas de l'examen de la vision.¹

② **Les instruments nécessaires à l'examen physique**

Certains gestes de l'examen physique nécessitent du matériel.² Il semble aberrant de rappeler que pour réaliser ces gestes, le médecin doit posséder les instruments ad hoc. Tout médecin possède une lampe pour l'examen buccal³, un tensiomètre, éventuellement automatique⁴, pour la mesure de la pression artérielle, un stéthoscope pour l'auscultation... normalement ! Mais d'autres instruments ne seront certainement pas trouvés dans tous les cabinets médicaux, probablement en fonction d'une moindre fréquence d'utilisation. Citons un diapason pour l'examen acoustique, un oxymètre pour la mesure de la saturation en oxygène du sang⁵ ou un spiromètre pour évaluer la fonction respiratoire, etc.

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Des oublis sont possibles, empêchant le recueil d'un signe clinique...⁶

Il arrive qu'un signe clinique ne puisse pas être recueilli de la façon usuelle. Le médecin doit alors adapter son geste clinique pour obtenir le résultat escompté. Cela a été le cas

¹ Perte de rendement lors de la réalisation d'un examen physique orienté spécifique méconnu ou oublié (Cs 14 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 5-8) Non réalisation d'un examen physique orienté spécifique (Cs 14 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 5-8) Manque de temps (Cs 14 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 5-8)

² Possession du matériel nécessaire à l'examen physique optimal (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 10-11)

³ Matériel nécessaire à l'examen physique (Cs 13 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 14)

⁴ Mesure de la pression artérielle par un tensiomètre automatique (Audio 1 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 5)

⁵ Mesure de la saturation par un saturomètre (Audio 1 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 4)

⁶ Nécessité de matériel pour l'examen physique (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 2)

d'une patiente souffrant d'un lymphoedème chronique du membre supérieur droit, pour laquelle le médecin a pris la tension au poignet à l'aide d'un tensiomètre électronique. ¹

③ La préparation de l'examen physique

La préparation du patient à son examen physique est évidente et le plus souvent tacite et automatique. ² C'est au médecin qu'il revient de guider son patient pour instaurer les conditions de l'examen physique qu'il pense entreprendre.

Parfois, aucune indication n'est donnée et le patient agit de lui-même ³, notamment s'il est habitué à la façon de faire de son médecin. ⁴ Un patient s'est déshabillé complètement spontanément, au cours de son entretien. ⁵

Un patient n'a pas eu l'initiative de se mettre en condition pour l'examen physique. Ce dernier a tout simplement été fait sans préparation particulière. ⁶

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Parfois, le patient est complètement habillé lors de son examen physique au cabinet ⁷, ce qui gêne certains gestes cliniques. ⁸

¹ Modification de technique de recueil d'un signe clinique par souci de fiabilité (Cs 19 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 15)

² Préparation à l'examen physique (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 12) Facilité de préparation à l'examen physique (Audio 3 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 3)

³ Absence de consigne donnée par le médecin pour la préparation du patient à son examen physique (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 33) Absence d'indication initiale du médecin pour la préparation à l'examen physique (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 6-20) Préparation à l'examen physique faite par le patient sans indication par le médecin (Cs 15 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 12)

⁴ Patient habitué à l'examen physique systématique de son médecin traitant (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 31-32, 40) Présupposition par le patient de sa préparation à l'examen physique (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. -)

⁵ Déshabillage complet et spontané du patient, sans indication faite par le médecin (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 8)

⁶ Absence de préparation du patient à l'examen physique (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 13-14)

⁷ Examen physique d'un patient habillé (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 10-20)

⁸ Absence de préparation du patient à certains geste de l'examen physique systématique (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 9-10)

Le déshabillage du patient est variable, selon les indications que le médecin lui donne ¹, en fonction des données issues de l'entretien ² et de l'examen physique orienté projeté. Un jeune homme venant pour un syndrome viral touchant la sphère ORL sera examiné torse nu. ³ Un nourrisson peut être examiné en couche. ⁴

De même, pour un examen physique systématique, le déshabillage demandé par le médecin n'est pas toujours le même. Parfois, il se résume au retrait d'un pull. ⁵

L'absence de préparation du patient à l'examen physique doit être estimée à l'aune des objectifs que le médecin s'est fixés pour la consultation.

En l'absence de démarche de dépistage, il semble licite de ne préparer le patient qu'à l'examen physique immédiatement corrélé à sa plainte.

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Certains gestes cliniques, qui nécessitent classiquement le déshabillage du patient, sont sensibilisés par l'absence de préparation du patient. C'est l'exemple de la palpation des pouls distaux à travers les vêtements. Si les pouls sont palpés ainsi, ils le seront a fortiori une fois les vêtements retirés. Lors de notre observation, nous n'avons pas su, lors d'un tel geste, si les pouls étaient réellement perçus ou non. ⁶ Un interrogatoire ciblé est alors venu en complément du geste clinique. ⁷

¹ Indication donnée au patient pour l'installation à l'examen physique (Audio 1 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 7) (Audio 6 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 3)

² Adaptation des conditions matérielles de l'examen physique aux données issues de l'entretien (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 2-10) (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 23-24)

³ Adaptation de l'installation du patient aux signes cliniques devant être recherchés (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 13-14)

⁴ Absence de retrait de la couche lors de l'examen physique d'un nourrisson (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 20)

⁵ Indication de déshabillage du médecin faite au patient pour réalisation d'un geste clinique (Audio 1 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 4)

⁶ Réalisation douteuse de certains gestes de l'examen physique systématique (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 10)

⁷ Substitution d'un geste de l'examen physique par un interrogatoire ciblé (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 10-11)

En outre, pour un même geste clinique, chaque médecin ne choisira pas forcément la même préparation du patient. ¹ Pour l'examen anal, le décubitus latéral peut être choisi ², mais également le décubitus dorsal. ³ La question se pose alors des motivations de tel choix plutôt qu'un autre.

Dans ses indications au patient, le médecin prendra en compte la morphologie et les aptitudes du patient, notamment sa mobilité. ⁴

Outre l'installation physique du patient, on peut inclure dans la préparation du patient à l'examen physique l'instauration d'un climat de confiance. C'est la particularité de l'examen physique d'un enfant, pour lequel diverses ficelles peuvent être utilisées par le médecin pour en faciliter la conduite.

► **Solutions observées**

Une chenille en plastique pour le distraire ⁵, un flux de paroles continu à son intention pour capter son attention ⁶, une discussion se rapportant à son doudou ⁷, le fait de lui présenter le stéthoscope avant de l'ausculter, de lui parler avec une voix rigolote pour l'intéresser. ⁸

¹ Variété de la préparation à l'examen physique orienté selon les médecins (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 26)

² Préparation du patient à un examen physique orienté (Cs 15 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 20-23)

³ Préparation à l'examen physique orienté (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 26) Pluralité de préparation d'un patient pour un examen physique orienté donné (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 58-59)

⁴ Adaptation des conditions matérielles de l'examen physique au patient (morphologie, capacités) (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 13-14)

⁵ Facilitation de l'examen physique d'un enfant par sa distraction par un jouet (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 13-22, 29)

⁶ Facilitation de l'examen physique d'un enfant (un an) par communication orale directe avec lui et adaptation du langage (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 24-25, 28)

⁷ Importance de la confiance accordée par un enfant au médecin lors de son examen physique (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 18-26)

⁸ Comportement de mise en confiance d'un enfant avant l'examen physique (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 13-14, 18-19, 21, 24-25)

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Mais la confiance peut ne pas s'instaurer du tout. Parfois, elle existe, fragile, en début de consultation, et disparaît à un moment précis : l'enfant « bascule »¹, souvent se met à pleurer, et l'examen physique devient beaucoup plus compliqué. Il est alors très difficile, voire impossible selon l'âge de l'enfant, de restaurer la confiance initiale, malgré les tentatives du médecin.²

2. 7. 3. L'examen physique systématique

Lorsqu'il n'est pas exigé par le motif de consultation, l'examen physique systématique peut être délaissé, ou n'être maintenu que si le temps le permet.³

Un médecin le pratiquait lors de toute consultation, quel que soit le motif de recours.⁴

① Variété de l'examen physique systématique

L'examen physique systématique varie d'un médecin à l'autre.⁵

Il peut se résumer à l'auscultation cardio-pulmonaire et la mesure de la pression artérielle.⁶ Un médecin prenait toujours la pression artérielle aux deux bras.⁷

Un autre enchaînait systématiquement pour chaque patient, sauf exception : auscultation cardiaque, carotidienne et abdominale, palpation des pouls périphériques, mesure de la

¹ La « bascule » de l'examen physique d'un enfant (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 21)

² Echec de remise en confiance d'un enfant pour l'examen physique, après la « bascule » (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 24-25)

³ Réalisation d'un examen physique systématique, non exigé par le motif de recours, en cas de temps disponible (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 11-22)

⁴ Examen physique systématique toujours fait, en complément de l'examen physique orienté (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 15-18) (Cs 13 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 6-14) (Cs 16 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

⁵ Examen physique systématique propre à chaque médecin (contenu et ordre) (Cs 3 - CRT - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 148-152)

⁶ Contenu de l'examen physique systématique : mesure de la pression artérielle, auscultation cardiopulmonaire (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 16-18)

⁷ Variété de l'examen physique systématique : mesure bilatérale de la pression artérielle (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 11-12, 43-45)

fréquence cardiaque et de la pression artérielle, auscultation pulmonaire, palpation de la thyroïde et pesée. ¹

Nous nous sommes rendu compte que l'ordre des gestes de l'examen physique était lié à la configuration des éléments de la salle d'examen. ²

L'examen physique systématique peut être banalisé ³, notamment lorsqu'il ne donne lieu à aucune découverte clinique particulière, ce qui est fréquent.

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Alors, on se trouve confronté à l'écueil d'un examen physique systématique réalisé en dehors de toute intention, et dont on peut par conséquent douter de l'efficacité. ⁴ L'intentionnalité de l'examen physique systématique est primordiale, toujours. Puisqu'on ne cherche pas un signe particulier en lien avec un symptôme, on se situe dans le cadre d'un dépistage. Tout geste clinique visant à découvrir un signe, il doit être réalisé avec toute l'intention possible. Sinon, il devient absurde.

② **Articulations avec l'entretien**

L'examen physique systématique vise à détecter un ou plusieurs signes cliniques. ⁵ Il s'articule étroitement avec l'entretien. C'est particulièrement le cas lorsque le médecin a l'habitude de mener simultanément entretien et examen physique, lors d'une consultation décloisonnée. ⁶

¹ Contenu de l'examen physique systématique variable selon les médecins (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 9-34)

² Déroulement de l'examen physique systématique adapté à la configuration matérielle de la salle d'examen (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

³ Diversité de l'attention portée à chaque partie de l'examen physique systématique (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 47) (Cs 3 - CRT - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 199-202)

⁴ Contresens de la réalisation inattentive d'une partie de l'examen physique systématique (Cs 3 - CRT - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 199-202)

⁵ Découverte à l'examen physique systématique d'une anomalie clinique (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 34-37)

⁶ Simultanéité de l'entretien et de l'examen physique (Cs 22 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 11-23) Intrication d'un entretien et de l'examen physique systématique (Audio 1 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 5)

Il peut être complété par un nouvel interrogatoire en cas de découverte clinique ¹ ou par simple suggestion des gestes cliniques eux-mêmes, par association d'idées ². Dans la majorité des cas, la discussion est alors dirigée par le médecin, et ciblée. ³

TA : « 15/8. Y'a l'effet blouse blanche. » Poursuite de la discussion.
Céphalées ? Vertiges ? Sifflements d'oreille ? Non, selon le patient.

Un signe clinique recueilli à l'examen physique systématique peut susciter un échange sur un antécédent connu du patient, qui n'avait pas été exploré lors de l'entretien au bureau. ⁴

Enfin, il peut se dérouler simultanément à une discussion portant sur une ou plusieurs plaintes spécifiques du patient, les deux n'étant pas directement corrélés. ⁵

« Cette cuisse, ça me fait un mal terrible. » (pendant l'auscultation cardiaque)
Réponse du Dr P. : « Ouais... »
« La nuit, douleur de cuisse ? - Oui. » (en même temps que mesure de la FC)

➤ **Impact sur l'examen clinique**

L'examen physique systématique peut s'accompagner d'une baisse de disponibilité du médecin aux questions du patient. ⁶

¹ Complément d'interrogatoire consécutif à la découverte à l'examen physique systématique d'une anomalie clinique (dans le cadre d'une recherche étiologique) (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 43) (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 17-22) (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 13-16, 55-56) (Cs 15 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 21-22) (Cs 19 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 18)

² L'examen physique systématique comme support à la poursuite de l'interrogatoire (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 30-31, 39-40) Suggestion par l'examen physique systématique de nouvelles questions ciblées orientées par l'entretien (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 30-31, 39-40) Interrogatoire ciblé sur un appareil pendant l'examen physique systématique de cet appareil (Cs 20 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 16)

³ Recherche de signe à l'interrogatoire ciblé pendant l'examen physique systématique (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 14)

⁴ Geste de l'examen physique systématique déclenchant un interrogatoire ciblé corrélé (Cs 13 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 15-18)

⁵ Mélange de l'examen physique systématique et d'un entretien à propos d'une plainte spécifique (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 6-20) Discordance entre la conduite de l'examen physique et le contenu de la discussion simultanée (Cs 19 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 12-14) Simultanéité d'un examen physique systématique et d'un interrogatoire fermé orienté non corrélé (Audio 20 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 7)

⁶ Baisse de disponibilité du médecin aux questions du patient pendant l'examen physique (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 15-28)

L'auscultation du patient interrompt momentanément l'entretien.¹ Cette observation est triviale. Dans la plupart des cas, le patient se tait spontanément pendant l'auscultation et reprend son propos lorsque le médecin est de nouveau à l'écoute.²

Mais le patient n'adapte pas systématiquement le rythme de son discours à la séquence des gestes cliniques du médecin, en le suspendant aux bons moments.

➤ **Impact sur l'examen clinique**

*Il est ainsi arrivé qu'un symptôme énoncé par une patiente ne soit pas entendu car il l'avait été alors que le médecin l'auscultait. A la fin de l'auscultation, il a directement enchaîné sur une autre question et la patiente n'a pas répété son symptôme.*³

Auscultation cardiaque. Patiente en T-shirt et cycliste. « Et en plus, j'ai deux kystes. - Je vous entends pas là. » En effet, la patiente dit ça pendant que le Dr P. l'ausculte. Il ne répond pas. Puis : « Vous fumez pas ? »

➤ **Solution observée**

*Prévenant cette difficulté, un médecin a relancé son patient après son auscultation cardiaque, pour qu'il reprenne son propos.*⁴ *Un autre a pris la précaution oratoire de signaler au patient qu'il ne pouvait l'écouter pendant son auscultation.*⁵ *Le patient s'est alors adapté en toute simplicité.*⁶

¹ Interruption du discours du patient par le médecin pendant l'auscultation cardiaque (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 7) Interruption de l'entretien par l'auscultation cardiaque (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 4)

² Adaptation du discours du patient à la séquence des gestes de l'examen physique du médecin (Audio 1 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 7)

³ Interférence de l'auscultation cardiaque avec l'expression d'une plainte (Cs 18 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 22)

⁴ Relance du patient pour qu'il reformule un symptôme, après son interruption par le médecin lors de l'auscultation cardiaque (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 7)

⁵ Précaution du médecin lors de l'interruption de l'entretien par l'auscultation cardiaque (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 4)

⁶ Adaptation du patient, dans son discours, à l'examen physique, après précaution prise par le médecin (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 4)

Par ailleurs, la mesure de la pression artérielle peut également interrompre l'entretien.

➤ **Solution observée**

Si l'on considère qu'il y a là une difficulté, elle peut facilement être dépassée par l'utilisation d'un tensiomètre automatique. ¹

Ceci dit, nous avons également observé le phénomène opposé, où la discussion était suspendue lors de la mesure automatique de la pression artérielle... ²

③ **Articulations avec l'examen physique orienté**

De même, l'examen physique systématique peut immédiatement précéder la réalisation d'un examen physique orienté, ou être intriqué avec lui. ³

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Par ailleurs, nous avons remarqué qu'un même geste clinique n'était pas réalisé de la même façon s'il était pratiqué dans le cadre d'un examen physique systématique ou d'un examen physique orienté. Cela a été le cas de la palpation des aires ganglionnaires cervicales, beaucoup plus attentive chez un patient suivi pour une bicytopenie. ⁴

¹ Aide technique à l'examen physique permettant la poursuite simultanée de l'entretien (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Plage 5) (Audio 6 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 6)

² Interruption de l'entretien malgré appareil automatique de mesure de la pression artérielle (Audio 2 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 11)

³ Succession de l'examen physique systématique et d'un examen physique ciblé (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 19-36) Mélange de l'examen physique systématique et d'un examen physique orienté (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 25-41) (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 9-13) (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 9-29) (Cs 19 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 8-27) (Cs 22 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 11-23)

⁴ Meilleure application à la réalisation d'un geste de l'examen physique systématique lorsqu'il se recoupe avec un examen physique orienté (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 18)

2. 7. 4. L'examen physique orienté

L'examen physique peut être orienté par la plainte du patient, exprimée lors de l'entretien ¹ ou alors qu'un examen physique systématique est entamé. ²

Il est parfois associé à un interrogatoire ciblé complémentaire. ³

S'il est l'occasion de la découverte de signes cliniques corroborant les propos du patient et les hypothèses diagnostiques issues de l'entretien, le médecin se dirigera aisément vers un diagnostic. ⁴

L'examen physique orienté peut également être le contrôle clinique d'une pathologie connue, et peut alors être plus rapide. ⁵ Citons trois exemples : la palpation d'un nodule thyroïdien connu ⁶, l'évaluation de la douleur à la palpation de la tubérosité tibiale en cas de syndrome d'Osgood-Schlatter ⁷ et l'inspection d'un purpura cutané chronique. ⁸

Lorsqu'un signe clinique est mis en évidence, l'appareil concerné n'est pas forcément exploré dans son ensemble à la recherche d'autres signes le corroborant. ⁹

¹ Examen physique orienté par la plainte du patient (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 21-23) Examen physique orienté par l'entretien (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 28-40)

² Examen physique orienté par une plainte survenue lors de l'examen physique (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 22-28)

³ Complément d'interrogatoire ciblé sur la plainte lors de l'examen physique orienté (Cs 19 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 20-26) Simultanéité de l'entretien ciblé et de l'examen physique orienté (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 4) Simultanéité d'un interrogatoire ciblé et d'un examen physique orienté (Audio 11 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 5)

⁴ Découverte à l'examen physique orienté d'un signe clinique corroborant l'hypothèse issue de l'entretien (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 22) Diagnostic retenu sur la concordance des conclusions de l'entretien et de l'examen physique (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 8-33) Acceptabilité de l'hypothèse diagnostique issue de l'entretien, par un examen physique concordant (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 8-33)

⁵ Examen clinique guidé vers le contrôle de signes cliniques connus, lors du suivi d'une pathologie aiguë ou subaiguë (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 2-13)

⁶ Contrôle à l'examen physique d'un signe clinique connu (Cs 20 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 17-18)

⁷ Rapidité de l'examen clinique en cas de contrôle d'une pathologie aiguë ou subaiguë (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 2-13)

⁸ Evaluation à l'examen physique d'une pathologie chronique connue, à l'occasion d'une pathologie intercurrente (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 5)

⁹ Absence d'exploration sémiologique complète de l'appareil présentant un signe clinique (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 9-16).

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Lorsqu'un examen physique orienté n'est sollicité que trop rarement, le médecin peut le méconnaître, ou l'avoir oublié.¹ Il en résulte la non réalisation de cet examen lors de la consultation qui l'exigerait, et probablement à terme la perte définitive de cette compétence. Parfois, le médecin réalise un examen physique inadapté² à la plainte du patient.³

En outre, des soignants paramédicaux peuvent avoir plus d'expertise clinique en ce qui concerne un examen physique spécifique qu'un médecin, comme par exemple les podologues.⁴ Se pose alors la question pour le médecin d'entretenir une certaine compétence dans le domaine concerné, ou alors de le considérer comme le pré carré du soignant paramédical, et par suite de le délaissier.

Un examen physique orienté, lorsqu'il s'agit d'un contrôle clinique d'une pathologie en cours de traitement, peut tout simplement être oublié par le médecin.⁵

Une fois l'examen physique orienté terminé, le médecin peut relancer le patient pour accueillir une nouvelle plainte, lui faire répéter les symptômes exprimés initialement⁶, et au besoin, compléter son examen physique.⁷

¹ Oubli de l'examen physique orienté corrélé à une plainte peu fréquente (Cs 14 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 5-8)

² Perte de compétence d'un examen physique orienté réalisé trop rarement (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 11-12)

³ Absence de réponse donnée à une demande de patient nécessitant un examen physique orienté méconnu (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 11-12)

⁴ Méconnaissance d'un examen physique orienté (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 10-11)

⁵ Oubli de contrôle à l'examen physique d'une pathologie en cours de traitement (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 29-32)

⁶ Reprise de l'entretien après examen physique (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 8)

⁷ Question ouverte favorisant l'expression de plainte, en fin d'examen physique orienté (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 15)

2. 7. 5. Dimension humaine de l'examen physique

L'examen physique ne se résume pas toujours à la recherche neutre et désincarnée de signes cliniques. Il peut comporter une dimension humaine qui enrichit la relation entre le médecin et son patient. Il peut s'agir de poser une main sur son épaule pendant son auscultation pulmonaire. ¹

Dans le cas de l'examen physique d'un nourrisson, il peut s'instaurer toute une communication, verbale et non verbale, entre l'enfant et le médecin. Cette communication est évidemment d'une nature profondément humaine. ²

➤ Impact sur l'examen clinique

Elle est souvent indispensable à l'instauration de la confiance nécessaire à la conduite de l'examen physique. ³ Si le médecin sait faire preuve de cette communication, cela peut faciliter la coopération de l'enfant et améliorer la qualité de l'examen.

2. 8. Le médecin

2. 8. 1. Les règles de fonctionnement du cabinet et du médecin

Un médecin généraliste est souvent sollicité de façon impromptue au cours de sa journée de travail. Ces sollicitations peuvent l'inciter à perdre une rigueur habituellement respectée lors d'une consultation programmée. Une vigilance envers ce risque permettra au médecin

¹ Dimension humaine de l'examen physique (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 19-20)

² Dimension humaine de l'examen physique d'un nourrisson (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 24-36) Implication relationnelle du médecin dans l'examen physique d'un nourrisson (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 24-36)

³ Nécessité de la dimension humaine dans l'examen physique d'un enfant (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

de mettre en place des garde-fous, tels que l'absence de dérogation à un fonctionnement choisi.¹

Il semble important que le médecin transmette bien à son patient les règles de fonctionnement qu'il s'est choisies.²

D'autre part, un médecin peut exiger qu'un patient vienne en consultation pour procéder à un examen clinique rigoureux, et refuser pour ce patient une prescription demandée par l'intermédiaire d'une autre personne.³

2. 8. 2. Positionnement quant à la démarche clinique

Un médecin, plaçant l'exercice clinique au coeur de son exercice, a signalé avoir longtemps été réticent à ne pas examiner un patient dont le motif de recours de l'exigeait pourtant pas.⁴

Un autre a insisté sur l'importance du maintien d'une dissymétrie dans la relation entretenue avec le patient, arguant du fait qu'une trop grande cordialité pouvait retentir négativement sur la prise en charge médicale.⁵ Mais cette question n'a pas été développée.

La motivation pour la recherche des signes cliniques lors de l'examen physique systématique a été pointée. Le très faible rendement de cette recherche et la nature

¹ Respect strict de la planification des consultations (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 15) Absence de dérogation à un fonctionnement choisi par le médecin pour la gestion de son emploi du temps (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 15) Absence de dérogation à un fonctionnement choisi par le médecin lors d'une demande inopinée, pour conserver une prise en charge rigoureuse (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 15) Planification d'une consultation programmée lors d'une demande inopinée de traitement substitutif (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 15)

² Transmission au patient de règles de fonctionnement du cabinet médical et du médecin (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 15)

³ Refus par le médecin de prescription d'un examen d'imagerie pour un tiers absent (Cs 21 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 41-42)

⁴ Réticence du médecin à ne pas réaliser d'examen physique (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 15-16)

⁵ Importance de la dissymétrie de la relation médecin patient (Audio 6 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 8)

bénigne de la majorité des situations cliniques ¹ pourrait altérer cette motivation, alors que son enjeu potentiel est majeur. ²

Enfin, un médecin a dit la frustration qu'il ressentait sur le plan diagnostique au cours de son exercice quotidien. ³

2. 8. 3. Intérêt pour le motif de recours

L'intérêt du médecin pour le motif de recours n'est pas toujours maximal. Le médecin peut être blasé par la demande du patient. Des demandes peuvent être vexatoires, notamment si le médecin a l'impression de n'être qu'un prestataire de service. ⁴

D'autre part, le phénomène de confrontation de deux motifs de consultation aux enjeux très différents, l'un gravissime et l'autre bénin, peut démotiver le médecin dans la prise en charge de la pathologie bénigne. ⁵ En effet, de cette confrontation provient une comparaison qui a tendance à dévaloriser cette dernière. ⁶

Enfin, le médecin peut dévaloriser un motif de recours tout simplement lorsqu'il ne le comprend pas. ⁷

¹ Rareté des situations graves et exigeantes en médecine générale (Audio 8 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 7)

² Nécessité d'une forte motivation pour la recherche de signes cliniques à l'examen physique systématique - Très faible rendement de l'examen physique systématique à la détection de signes cliniques - Conflit entre le faible rendement de l'examen physique systématique et son enjeu potentiel (Audio 8 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 6)

³ Frustration du médecin généraliste sur le plan diagnostique (Audio 8 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 8)

⁴ Médecin blasé par le motif de recours (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 25) Médecin se percevant comme prestataire de service à travers le motif de recours (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 25) Le patient perçu par le médecin comme consommateur de soins (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 5)

⁵ Perte d'empathie pour un patient, par confrontation à une situation clinique plus grave (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 24-27)

⁶ Dévalorisation par le médecin du motif de recours du patient (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 24-26)

⁷ Dévalorisation d'un symptôme d'un patient en cas d'incompréhension par le médecin (Audio 20 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 12)

2. 8. 4. Etat d'esprit

Nous avons observé chez un médecin une large disponibilité au patient en début de matinée de consultation, ¹ qui a semblé s'altérer à mesure que le retard sur le planning des rendez-vous s'installait.

A la suite d'un coup de téléphone à propos de la situation médicale grave d'une de ses patientes, un médecin s'est dit déconcentré et n'a pas pu reprendre directement le fil de la consultation qu'il était en train de mener. Pendant quelques minutes, le médecin était moins réactif au discours de son patient, comme ailleurs. ²

De la même façon, à la suite d'une consultation longue et particulièrement engageante, le médecin peut être moins réactif et adopter un fonctionnement plus stéréotypé, plus routinier. ³

Un contre-transfert négatif du médecin envers un patient influe sur l'examen clinique. Nous l'avons constaté à l'occasion de la visite à domicile d'une patiente, qui a signalé une intolérance médicamenteuse, mais le médecin ne l'a pas fait préciser. ⁴ Il est vrai que la conduite à tenir semblait univoque, celle de l'arrêt du traitement...

2. 8. 5. L'épuisement professionnel, ou burn-out

Nous n'avons pas observé, au cours de notre enquête, de médecin ostensiblement en burn-out. Mais l'un d'entre eux a spontanément décrit, à l'occasion d'une consultation et devant le patient, une période de burn-out qui remontait à quelques années.

¹ Bonne disponibilité du médecin en début de matinée de consultation (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 44-45)

² Déconcentration du médecin à la suite d'un coup de téléphone important (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 18-26)

³ Baisse de réactivité lors d'une consultation suivant une consultation fatigante (Cs 11 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

⁴ Contre-transfert négatif du médecin envers son patient (Audio 20 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 12)

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Son témoignage rapporte une difficulté à soigner les patients et, de façon apparemment paradoxale, une hyperactivité professionnelle, avec une période de plus d'un an sans congé. ¹

2. 8. 6. Ses connaissances théoriques en sémiologie

Une consultation a été l'occasion de considérer la limitation des connaissances théoriques d'un médecin en sémiologie dermatologique. Le tableau clinique présenté par le patient ne générerait aucune hypothèse diagnostique. ²

Une autre nous a fait évoquer la méconnaissance de l'examen clinique de la vision. ³

La recherche des signes cliniques est guidée par les connaissances théoriques du médecin. Lorsqu'un signe a été mis en évidence, il oriente l'entretien et l'examen physique pour identifier d'autres signes, dont l'association avec le premier permettra d'isoler un syndrome, une hypothèse diagnostique, un diagnostic formel, ou encore un diagnostic de situation, et in fine, de proposer une solution médicale au patient.

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Cependant, il arrive qu'un signe clinique, éventuellement aspécifique, ne guide pas le médecin dans la poursuite de l'examen clinique, par l'absence de bases théoriques associées. Il peut en résulter l'absence de réponse donnée au patient pour ce signe clinique. Cela a été le cas chez une patiente présentant des croûtes diffuses sur le tégument cutané, pour lesquelles le médecin a passé le relais au dermatologue. ⁴

¹ Médecin en burn-out - Hyperactivité professionnelle en cas de burn-out - Difficulté à soigner les patients en cas de burn-out (Audio 6 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 12)

² Limitation de la connaissance d'un médecin généraliste en sémiologie dermatologique (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 30) Absence d'hypothèse diagnostique (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 30)

³ Examen physique orienté spécifique méconnu ou oublié (Cs 14 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 5-8)

⁴ Absence d'examen physique orienté en cas de symptôme aspécifique ne générant pas d'hypothèse diagnostique (Cs 14 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 9-23)

Devant une douleur dont la description ne correspondait pas à un cadre nosologique connu du médecin, nous en avons constaté la caractérisation seulement partielle à l'entretien. De même, l'examen physique associé était difficilement orienté et par conséquent, peu contributif. ¹

C'est alors qu'a surgi la notion irrationnelle de l' « ambiance du patient », comblant de façon patente le vide laissé par l'absence d'interprétation sémiologique argumentée. ²

➤ **Impact sur l'examen clinique**

De façon anecdotique, notons que devant cette situation, le médecin a eu pour réaction transitoire la déviation de la discussion vers un autre problème de santé, avant de revenir après quelques minutes à la demande du patient, et de s'y confronter. ³

2. 8. 7. Catégorisation du patient

Le suivi d'un patient sur le long cours permet souvent au médecin le connaître en profondeur. Au fil des consultations, le médecin découvre son caractère, son milieu familial et socio-professionnel, ses opinions, ses loisirs, etc.

Cette connaissance authentique, si elle n'est jamais exhaustive, peut être vue comme une catégorisation du patient par le médecin. Ces deux termes, connaissance et catégorisation, recouvrent la même réalité, mais le terme de catégorisation insiste sur ce que le médecin présuppose de son patient, ce que soit à bon escient ou à mauvais escient.

¹ Caractérisation partielle d'un signe clinique en cas de difficulté d'intégration au sein de la nosographie connue - Difficulté d'orientation de l'examen clinique, entretien et examen physique, en cas de difficulté de caractérisation et d'interprétation d'un signe clinique (Audio 4 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 3)

² Emergence de l'irrationnel dans l'interprétation d'un tableau clinique, en cas de difficulté d'interprétation (Audio 4 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 6)

³ En cas de difficulté d'analyse sémiologique, déviation transitoire de l'entretien vers une autre problématique de santé (Audio 4 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 2)

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Lorsque le médecin connaît l'habitude plaintive d'un patient, en dehors de toute pathologie dite somatique identifiée, et dans un contexte de trouble de l'humeur chronique, il peut avoir tendance à décrédibiliser ses propos. ¹

Il nous semble avoir observé un phénomène similaire chez une patiente fibromyalgique. Une fois un premier motif de consultation énoncé, le médecin a semblé de pas réagir aux autres plaintes énoncées dans la suite de la consultation. ² Ces plaintes n'ont pas généré d'examen clinique adéquat. ³

La présupposition de l'origine psychique d'un symptôme dévalorisant l'examen physique correspondant aux yeux du médecin, celui-ci peut décider de ne pas le réaliser. ⁴

Nous avons observé qu'une affinité du médecin envers un patient favorisait sa disponibilité. ⁵ Il pouvait alors répondre à un nombre plus grand de demandes au cours d'une même consultation.

2. 8. 8. Le dépistage

Le dépistage est une prérogative importante de la médecine générale. Nous avons observé celui d'un retard staturo-pondéral chez un enfant ⁶ ou d'un cancer de la prostate.

¹ Baisse de la crédibilité accordée aux symptômes exprimés par un patient au profil psychologique plaintif ou déprimé (Cs 14 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011)

² Déconsidération d'une plainte exprimée lors de l'examen physique (Cs 21 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 26-31)

³ Absence d'examen clinique d'une plainte exprimée au mauvais moment (Cs 21 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

⁴ Absence d'examen physique corrélé à un symptôme par supposition / connaissance de son origine psychique (Cs 14 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 25-26)

⁵ Retentissement de l'affinité du médecin pour le patient sur sa disponibilité (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 71) Plus grande disponibilité du médecin en cas d'affinité avec le patient (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 71)

⁶ Dépistage de retard staturo-pondéral (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 48)

Par définition, le dépistage n'est pas corrélé à l'apparition d'une symptomatologie. Il est souvent fait à l'initiative du médecin. ¹

Parfois, il semble que le médecin ne se préoccupe pas des dépistages ad hoc de son patient. ²

2. 9. Le patient

2. 9. 1. Coopération du patient

Pour procéder à un examen physique, le patient doit coopérer, cas très majoritaire. ³

➤ *Impact sur l'examen clinique*

Cette coopération peut être favorisée par une altération de l'état général du patient ⁴, si celui-ci a décidé de s'en remettre complètement aux soins du médecin. Une autre situation de bonne coopération a été celle d'un patient qui était également un ami du médecin, ⁵ alors qu'il s'agissait pourtant de réaliser un examen anal...

Néanmoins, des situations existent où le patient ne coopère pas. Il peut refuser net que le médecin n'évalue cliniquement, même par un simple entretien, une pathologie évolutive. ⁶

¹ Dépistage : geste clinique non corrélé à un symptôme (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 21-22) Dépistage : à l'initiative du médecin (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 21-22)

² Absence d'élargissement de la consultation à d'autres dépistages (vision, croissance, rachis, pieds, etc.), en cas de motif de recours simple à résolution rapide (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011)

³ Coopération du patient à l'examen physique (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 11-12) (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 33-57) (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 14-30) (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 19-46)

⁴ Coopération du patient à l'examen physique, liée à une altération de l'état général (Cs 16 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 30)

⁵ Patient non gêné par l'examen anal (Cs 15 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 20-27)

⁶ Refus par le patient de l'évaluation clinique d'un problème chronique (Cs 21 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 19)

« Et les poignets ? - On n'en parle pas... » Ok, le Dr P. passe à autre chose.

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Une patiente extrêmement âgée et fatiguée ne pouvait s'exécuter lorsque le médecin lui demandait de respirer fort pour l'auscultation pulmonaire¹, devenue dès lors peu contributive. Nous avons vu l'examen physique systématique se simplifier² et un examen physique orienté ne pas être fait car il impliquait une importante mobilisation de la personne, qui plus est probablement douloureuse.³

2. 9. 2. Opinion du patient

Le patient a une opinion sur la façon dont il pense devoir être examiné.⁴ Il peut estimer ne pas avoir à être examiné.⁵

Par exemple, le patient a sa propre opinion sur les conditions de renouvellement de son ordonnance. Il semble parfois considérer qu'il peut être fait automatiquement par le médecin.⁶

Il arrive qu'un patient se pose lui-même un diagnostic et s'applique un traitement, en dehors de toute prise en charge médicale.

¹ Difficulté d'auscultation pulmonaire chez un patient non aidant (Audio 15 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 5)

² Simplification de l'examen systématique, en cas du patient non aidant, difficile à mobiliser (Audio 15 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 7)

³ Absence d'examen physique orienté sur un symptôme, en cas de mobilisation difficile du patient (Audio 15 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 6)

⁴ Opinion du patient sur les conditions de son propre examen physique (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 33, 56-57) Opinion du patient sur la façon dont il doit être examiné (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 13-14)

⁵ Expression par le patient de l'inutilité de son examen physique (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 20)

⁶ Renouvellement d'ordonnance considéré comme automatique par le patient (Cs 22 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 34-35)

➤ **Impact sur l'examen clinique**

L'auto-médication du patient peut exposer le médecin à des déconvenues, si le diagnostic supposé n'est pas vérifié. Ce fut le cas pour un patient se traitant par erreur pour une mycose génitale, qui s'est avérée être une lésion néoplasique. ¹

2. 9. 3. Feed-back donné par le patient

Un médecin a rapporté qu'il lui était arrivé qu'un patient lui en veuille de lui avoir diagnostiqué une maladie, et à l'inverse, qu'un autre le remercie lorsque ses examens biologiques étaient normaux. ²

2. 10. Le suivi

Le suivi médical ³ se caractérise par une acquisition progressive de connaissances liées au patient. Ces connaissances sont prioritairement d'ordre médical, mais se rapportent également à son entourage, son milieu socio-professionnel, ses traits de caractère, son histoire, etc. ⁴

Il apparaît que plusieurs consultations peuvent être nécessaires à l'étude de la prise en charge passée et actuelle d'un nouveau patient, et à l'organisation de la suite de son suivi. ⁵ Ce sera d'autant plus le cas que la durée des consultations, chez un médecin travaillant sur rendez-vous, sera courte...

¹ Automédication suite à un diagnostic erroné posé par le patient, non vérifié par le médecin (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 2)

² Possible dépréciation du médecin par le patient en cas de découverte d'une pathologie - Possible valorisation du médecin par le patient en cas d'absence de pathologie trouvée (Audio 10 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 7)

³ Consultation de suivi (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 1) Consultation de renouvellement d'ordonnance (Cs 10 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 1)

⁴ Connaissance du patient et de son suivi thérapeutique (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 1-5, 13, 20)

⁵ Nécessité de plusieurs consultations pour organiser le suivi d'un patient (Audio 1 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Pages 6, 7 et 10)

Le suivi du patient est partagé avec d'autres médecins généralistes lors de l'absence du médecin traitant habituel. Il peut être assuré par un médecin remplaçant ¹ ou un confrère du cabinet médical, voire du quartier.

➤ ***Impact sur l'examen clinique***

Les antécédents passifs et actifs du patient, connus par le médecin, ne sont pas rappelés à chaque consultation. ² Ceci permet au médecin d'entrer directement dans le vif du sujet sans évoquer l'ensemble de l'histoire d'une pathologie. ³ Cela peut constituer un gain de temps et augmenter le contenu de la consultation. ⁴

L'évaluation de l'évolution de l'état général se fait automatiquement. ⁵

En cas de consultation de médecine préventive, comme pour la réalisation d'une vaccination, les antécédents du patient ne sont pas forcément questionnés. ⁶

Le médecin peut vouloir évaluer cliniquement une pathologie sans que le patient en soit demandeur. ⁷

A propos de l'entretien, lorsque la connaissance du patient par le médecin atteint un certain niveau, que nous ne pouvons déterminer précisément, l'entretien peut avoir tendance à être abrégé ⁸ ou tout simplement disparaître, en cas de renouvellement

¹ Partage du suivi du patient entre plusieurs médecins (Audio 2 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 3)

² Connaissance commune / tacite des antécédents du patient par lui-même et le médecin (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011) Absence de rappel in extenso des antécédents lors d'une consultation de suivi (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011)

³ Connaissance par le médecin des pathologies évolutives du patient (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 3, 6)

⁴ Meilleur rendement de la consultation en cas de patient connu du médecin (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 1-6)

⁵ Evaluation de l'évolution de l'état général, chez un patient connu (Audio 4 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 5) Connaissance de l'état général habituel ou récent du patient (Audio 14 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 9)

⁶ Absence d'examen spécifique à chaque pathologie chronique lors d'une consultation de suivi à visée préventive (Audio 1 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11)

⁷ Interrogatoire ciblé sur les pathologies chroniques connues, avec leurs signes associés, à l'initiative du médecin (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 6)

⁸ Raccourcissement de l'entretien (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 1-11) Consultation de renouvellement d'ordonnance (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 10)

d'ordonnance.¹ Cela semble être d'autant plus le plus si la demande de renouvellement est faite en fin de consultation.² Parfois, il semble que le médecin interprète un symptôme peu clair sans l'expliciter.³

Le médecin peut reléguer l'examen physique au second plan.⁴

Un patient ancien s'habitue progressivement à la façon de faire de son médecin. Il connaît la séquence des différents gestes de l'examen physique qu'il réalise.⁵

L'habituatation se fait également dans l'autre sens. Le patient s'habitue à son médecin. Dans le cas d'un jeune enfant, l'instauration d'un climat de confiance est primordiale à l'examen clinique.⁶

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Si la confiance n'existe pas, un examen physique peut tout simplement être impossible.⁷

Si l'enfant est habituellement suivi par un pédiatre⁸, le climat de confiance doit être instauré pendant la consultation même, sans pouvoir profiter du bénéfice de consultations antérieures.

¹ Absence d'interrogatoire au bureau en cas de renouvellement (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 7-8) (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 1-5) Absence d'interrogatoire au bureau en cas de renouvellement d'ordonnance (Cs 2 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 1-9)

² Demande faite en fin de consultation, subsidiairement à un autre motif de recours (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 32-33) Renouvellement d'ordonnance fait sans examen clinique (Cs 8 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 32)

³ Interprétation d'un symptôme influencée par la connaissance du patient (Cs 4 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 33-39)

⁴ Inutilité de l'examen physique, de l'avis du médecin (Cs 5 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 20-22)

⁵ Patient habitué à l'examen physique systématique du médecin (Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; l. 33, 56-57)

⁶ Importance de la confiance instaurée avec un enfant au cours des consultations précédentes, pour l'examen physique (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 18-26)

⁷ Gêne à l'examen physique d'un enfant en cas d'absence de confiance de celui-ci pour le médecin (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; l. 18-22)

⁸ Consultation ponctuelle d'un enfant suivi habituellement par un pédiatre (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 1-4)

Le patient de passage

Comme nous l'avons dit, le suivi est occasionnellement partagé avec des confrères généralistes.

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Le médecin généraliste consultant un patient occasionnellement, voire pour la première fois, peut avoir une approche clinique différente de celle de son médecin habituel, et obtenir des signes cliniques qui n'avaient pas été détectés. Un médecin a signalé avoir vu une patiente dont le médecin habituel était absent et être tombé sur un nodule thyroïdien inconnu. ¹

2. 11. Les tiers

Nous avons malheureusement assisté à peu de consultations où un tiers accompagnait le patient.

Cependant, la consultation d'un couple est une situation habituellement fréquente ². Le déroulement de la consultation peut alors ressembler à une mécanique bien huilée, où toutes les étapes s'enchaînent tranquillement, sur un rythme auquel tout le monde s'accorde. C'est notamment visible en cas de renouvellement d'ordonnance. ³

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Nous nous sommes demandé si la présence d'un tiers ne pouvait pas rigidifier le contenu de la consultation, chacun ne voulant pas déroger à la règle que les deux autres semblent suivre.

¹ Expérience d'une découverte clinique chez un patient de passage (Audio 10 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 6)

² Consultation d'un couple (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 1-4) Consultation d'un couple (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011 ; l. 1) Consultation d'un couple (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

³ La routine de la consultation de couple pour un renouvellement d'ordonnance. (Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011)

La présence d'un tiers peut être aidante. Il peut aider à la préparation du patient à l'examen physique, comme dans le cas d'un enfant. ¹

Elle peut également sembler relativement neutre sur le déroulement de l'examen clinique du patient. ²

2. 12. Activités hors du cabinet

2. 12. 1. Visites à domicile

① Le dossier médical

En visite à domicile, le médecin utilise fréquemment un dossier médical papier, en remplacement temporaire du dossier médical informatisé... bloqué au cabinet médical. ³ L'accès au contenu du dossier redevient plus artisanal. Le patient est plus sollicité qu'au cabinet pour donner au médecin les informations dont il a besoin, comme par exemple l'obtention de la dernière ordonnance prescrite.

➤ Solution observée

Dans une maison médicale, les médecins s'étaient équipés d'un ordinateur portable qu'ils emportaient lors des visites à domicile. Cet ordinateur était connecté au logiciel informatique de la maison médicale et permet l'accès aux dossiers médicaux des patients. ⁴

¹ Aide du tiers à la préparation à l'examen physique du patient (Cs 9 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011 ; I. 12) Aide du tiers à la préparation du patient à l'examen physique (Cs 12 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 12)

² Présence non perturbante de tiers (Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011 ; I. 27-28, 50) Consultation en présence d'un tiers (Cs 22 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011)

³ Absence d'utilisation du dossier médical informatisé en visite à domicile (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 15)

⁴ Disponibilité du logiciel médical et du dossier médical informatisé en visite à domicile (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Pages 8 et 16)

② Lieu de l'examen clinique

Le lieu de l'examen clinique est variable en visite à domicile. Il peut se passer dans la chambre du patient ¹ ou dans le salon, le patient assis dans son fauteuil de prédilection ² ou sur une chaise de la table centrale. ³

③ Déroulement de l'examen physique

Les instruments usuels de l'examen physique ne sont pas toujours disponibles en visite à domicile.

➤ *Impact sur l'examen clinique*

Ainsi, un médecin pesant systématiquement ses patients au cabinet ne l'a pas fait au domicile d'une patiente, alors que celle-ci avait une altération de l'état général et que le sujet du poids avait été abordé. La patiente a donné son poids, mais il n'a pas été vérifié, ni consigné, contrairement à l'habitude du médecin à son cabinet. ⁴

La préparation du patient semble également plus succincte. Fréquemment, il se résume au retrait d'un vêtement, à l'ouverture d'un chemisier pour l'auscultation cardiaque ou au soulèvement de la chemise pour la palpation abdominale. ⁵

Deux explications ont été invoquées par un médecin : le manque de temps et l'impossible anticipation de la préparation du patient à son examen physique. ⁶ En effet, l'horaire à laquelle le médecin arrive chez un patient en visite peut difficilement être annoncée précisément.

¹ Installation dans la chambre de la patiente pour l'examen physique (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 3)

² Adaptation du médecin aux conditions matérielles d'examen physique en visite à domicile (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 1)

³ Examen clinique fait dans le salon (Audio 19 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2)

⁴ Absence de pesée lors d'une consultation à domicile (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 5)

⁵ Absence de déshabillage lors d'une visite à domicile (Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.11 - Page 1) (Audio 14 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 5) (Audio 19 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2)

⁶ Manque du temps nécessaire à la préparation du patient à l'examen physique, en visite à domicile - Difficulté de préparation anticipée du patient à l'examen physique, en visite à domicile (Audio 14 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 5)

➤ **Impact sur l'examen clinique**

L'examen physique systématique était fréquemment plus succinct en visite à domicile qu'au cabinet médical. L'auscultation cardio-pulmonaire et la mesure de la pression artérielle semblent permanents et peuvent constituer l'essentiel de l'examen.¹ Parfois s'ajoutent la palpation abdominale et la palpation des aires ganglionnaires.²

Nous ne concluons pas quant à l'impact de ces deux phénomènes sur la prise en charge du patient.

④ **Les tiers**

En toute logique, la présence de tiers est plus fréquente à domicile qu'au cabinet médical. Ces tiers peuvent être à l'origine de diverses demandes, pour le patient consulté ou même une troisième personne.³

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Le médecin est alors plus exposé à agir en dehors de toute démarche clinique.

Il est arrivé que le mari d'une patiente fasse les questions et les réponses pour son épouse, celle-ci n'ayant quasiment pas ouvert la bouche pendant toute la consultation...⁴

¹ Simplification de l'examen physique en visite à domicile (Audio 14 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plages 5 et 6)

² Examen physique : palpation des aires ganglionnaires, palpation abdominale, auscultation cardiaque et pulmonaire, mesure de la pression artérielle (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plages 7, 8, 10 et 11)
Simplification de l'examen physique systématique en visite à domicile (Audio 19 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 5)

³ Demande de fin de consultation par un tiers pour un tiers (Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 16)

⁴ Entretien d'une patiente par l'intermédiaire de son conjoint (Audio 19 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2)

2. 12. 2. Visites en maison de retraite

L'utilisation du dossier médical en visite en maison de retraite est variable. Le médecin utilise souvent le dossier médical papier existant dans l'établissement. ¹

Les patients institutionnalisés sont souvent amoindris dans leurs capacités physiques ou cognitives. Dans les institutions, ils peuvent bénéficier de soins personnalisés. Les soignants, infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie, etc., se font fréquemment les intermédiaires entre les patients et leur médecin. En cela, l'examen clinique comporte des spécificités.

En pratique, l'infirmier est l'interlocuteur privilégié du médecin.

① Les demandes faites au médecin

Lorsqu'un médecin vient faire une ou plusieurs visites en maison de retraite, il est fréquent qu'un soignant profite de sa présence pour le solliciter de façon imprévue. Le médecin peut difficilement anticiper la charge de travail qui va lui incomber. ²

➤ **Solution observée**

Pour le médecin, la révision des prochaines visites programmées est un premier moyen de rationaliser son passage au sein d'une maison de retraite. ³

Mais les sollicitations impromptues sont parfois multiples. ⁴ Elles peuvent être annoncées les unes à la suite des autres, sans autre préoccupation que celle de leur transmission

¹ Consultation du dossier médical papier en visite à domicile et lecture de courriers médicaux (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plage 11 et 14)

² Difficulté d'anticipation de la charge de travail du jour, en maison de retraite (Audio 16 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 8)

³ Planification des prochaines visites à la maison de retraite avec l'infirmière (Audio 1 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plage 10)

⁴ Multiplicité des sollicitations par l'infirmière de la maison de retraite, de natures diverses (Audio 1 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plage 1) (Audio 16 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 9)

même, c'est-à-dire sans que le soignant ne s'inquiète de la façon dont le médecin souhaite travailler. ¹

Elles sont en outre de natures très diverses. Il peut s'agir d'une demande de renouvellement de médicament ², d'une demande de prescription de matériel médical ³, du signalement d'un résultat biologique anormal, du signalement d'un symptôme ou d'un signe chez un patient ⁴, etc.

➤ **Impact sur l'examen clinique**

Ces demandes ne s'assortissent pas systématiquement d'une visite par le médecin du patient concerné. Ainsi, un renouvellement de traitement médicamenteux peut être fait sans examen clinique du patient. ⁵

Un médecin a pointé l'aspect chronophage de ce fonctionnement et l'a mis en rapport avec l'absence de rémunération de ces actes réalisés de façon annexe aux consultations programmées. ⁶

② **Nature des transmissions infirmières à propos d'un patient, en salle de soins**

Les transmissions faites par un soignant au médecin à propos de son patient sont de différents ordres.

¹ Enchaînement de plusieurs motifs de recours par un soignant en maison de retraite (Audio 16 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11)

² Demande de renouvellement d'opioïde fort par l'infirmière pour un patient (Audio 1 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 7)

³ Demande de renouvellement de matériel médical pour un patient, par l'infirmière de la maison de retraite (Audio 1 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 9)

⁴ Ajout par l'infirmière de motifs de recours inattendus pour le médecin (Audio 16 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 4)

⁵ Renouvellement d'opioïde fort fait sans examen clinique que la transmission par l'infirmière d'un état stable (Audio 1 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 8)

⁶ Absence de rémunération à l'acte, lors de l'activité en maison de retraite (Audio 16 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 9)

Elles peuvent être d'ordre général, comme porter sur l'environnement social et familial du patient ou sur une prise en charge médicale spécialisée en cours¹. Le soignant endosse alors le rôle que pourrait, en d'autres circonstances, tenir un parent. Une infirmière s'est fait le lien entre la fille d'une patiente tout juste décédée et le Dr F., qui ne la connaissait pas.²

De façon plus focalisée, il peut s'agir de la transmission d'éléments d'un entretien que le soignant a eu avec le patient. Cet entretien peut évidemment porter sur tous les sujets : la consommation d'un traitement symptomatique³, l'efficacité d'un traitement symptomatique⁴, l'état général d'un patient⁵, le diagnostic qu'un patient s'est lui-même posé⁶, etc.

Un soignant peut transmettre les éléments d'un examen physique qu'il a fait.⁷

③ Focus sur l'examen clinique par procuration

Lorsqu'un soignant fait des transmissions au médecin à propos d'un de ses patients, il s'agit en réalité d'un examen clinique par procuration. Le soignant est de facto le dépositaire des symptômes du patient...

Une difficulté réside en ce qu'il ne se cantonne pas généralement à ce rôle. En tant que soignant, il se positionne, il interprète les propos du patient. Des symptômes observés, il peut déduire des signes cliniques, un syndrome, voire un diagnostic, et les transmettre

¹ Transmission de l'infirmière des résultats d'une prise en charge spécialisée d'un patient et du contexte familial lié (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plage 1)

² Aide de l'infirmière lors d'une visite en maison de retraite pour échange avec l'entourage d'un patient décédé (Audio 1 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plage 11)

³ Transmission par l'infirmière d'une augmentation des besoins d'un patient d'un traitement symptomatique (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plage 8)

⁴ Evaluation de l'efficacité d'un médicament par l'intermédiaire de l'infirmière de la maison de retraite, avec renouvellement (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plage 5)

⁵ Transmission par l'infirmière de la maison de retraite de l'état général d'une patiente (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plage 4)

⁶ Transmission au médecin par l'infirmière d'un diagnostic fait par le patient (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plage 3)

⁷ Transmission de l'infirmière au médecin d'un examen physique (Audio 1 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Plages 2, 3 et 4)

sous ces formes au médecin. De même, en dehors de tout raisonnement à visée diagnostique, il peut proposer sa libre interprétation de l'état du patient. ¹

Plus fort, un soignant peut également transmettre l'interprétation faite par un autre soignant... ²

Ainsi, une infirmière a parlé d'une patiente présentant un « problème cardiaque ». ³ Une autre a signalé les « crachats de sang » d'un patient, en les séparant clairement de ce qu'elle estimait être un second problème, une épistaxis. ⁴ Avait-elle tort ou raison ?

Résultats de l'examen clinique par procuration

Le médecin recevant les transmissions du soignant peut les accepter d'emblée, ou les questionner, en s'arrêtant sur les étapes du raisonnement proposé. ⁵

L'acceptation immédiate de la proposition clinique du soignant est favorisée si le diagnostic émis est bénin. ⁶

A contrario, le médecin peut s'efforcer de faire expliciter par le soignant le symptôme d'un patient, si l'enjeu est de taille, comme la distinction entre une épistaxis et une hémoptysie. ⁷ Cette démarche n'est pas toujours aisée. Le médecin est rapidement confronté à la limitation du développement par le soignant des symptômes vécus par le patient.

¹ Interprétation par une infirmière d'un tableau clinique, transmise au médecin (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 8)

² Hypothèse diagnostique proposée par le psychologue d'une patiente (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 7)

³ Interprétation par l'infirmière de la maison de retraite de l'étiologie d'un tableau clinique (Audio 1 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 6)

⁴ Interprétation d'un symptôme d'un patient par un soignant (Audio 16 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Pages 4, 11 et 13)

⁵ Mise en doute de l'interprétation d'un patient ou d'un soignant sur l'étiologie supposée d'un symptôme (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 8)

⁶ Absence de remise en cause d'un diagnostic, supposé bénin, annoncé par le patient ou une infirmière (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 3)

⁷ Difficulté de recueil d'un signe, par entretien avec un tiers soignant (Audio 16 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Pages 4, 13 et 14) (Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2)

C'est ainsi que nous avons constaté la moindre directivité de l'entretien par procuration.¹ Le médecin ne peut pas toujours interroger le soignant de la façon qu'il interrogerait son patient. On comprend bien dans ces conditions que les résultats de l'entretien puissent être sensiblement différents.

A l'issue de l'entretien du soignant, le médecin peut conclure sur un plan sémiologique, en éliminant ou confirmant un signe clinique.²

Il conclut parfois sur un plan diagnostique, en éliminant ou confirmant une hypothèse.³ Il en résulte une prescription, qui se fait donc sans examen clinique du patient par le médecin lui-même.⁴

➤ **Solution observée**

Après hypothèse diagnostique donnée par un soignant, un médecin a voulu la tester par raisonnement déductif.⁵

④ **Ecueils possibles**

Mais l'échange n'est pas toujours productif en termes cliniques. Il arrive que le soignant ne s'exprime pas suffisamment précisément pour aider le médecin dans son raisonnement, notamment s'il n'est pas capable de confirmer la présence ou l'absence de signes cliniques.⁶

¹ Moindre directivité de l'entretien d'un soignant à propos d'un patient (Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2)

² Détermination d'un signe clinique (négatif) par entretien avec l'infirmière, déterminant une prise en charge (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 6)

³ Elimination d'un diagnostic et décision thérapeutique corrélée aidée par entretien avec l'infirmière de la maison de retraite (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 7)

⁴ Prescription de médicament sans examen clinique, dans le cadre d'un diagnostic supposé bénin (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 3)

⁵ Raisonnement déductif pour vérification d'une hypothèse diagnostique proposée par un soignant (psychologue) (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 7)

⁶ Entretien avec une infirmière à propos d'un patient, n'exprimant spontanément pas ou peu de signe clinique clair (Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 8)

En continuant dans le sens de la dégradation du contenu de l'échange, il arrive que le soignant ne soit pas au fait de l'état clinique d'un patient présentant une pathologie évolutive. ¹ Il perd alors son rôle d'informateur et le médecin se retrouve seul.

Le résultat est le même lorsque le médecin reçoit des transmissions contradictoires de deux soignants. ²

Enfin, l'échange entre le médecin et le soignant peut être interrompu par un événement intercurrent, tel un coup de téléphone. Il est arrivé qu'un appel téléphonique par le médecin interrompe une transmission infirmière ³, non reprise par la suite.

⑤ **Collaboration avec le médecin pendant la visite du patient**

La qualité de la collaboration entre les soignants et le médecin est précieuse. Force est de constater qu'elle est variable.

D'abord, le soignant peut accompagner le médecin lors de sa visite ⁴. Cela permet la prolongation des transmissions généralement débutées en salle de soins, et surtout leur confrontation avec l'état réel du patient et le raisonnement clinique du médecin. Survient un entretien tripartite, où le soignant peut être la principale source d'informations. ⁵ Sa présence est d'autant plus appréciable et irremplaçable que le patient a des troubles des fonctions supérieures ⁶, situation éminemment fréquente en institution.

¹ Méconnaissance par l'infirmière de la maison de retraite d'une pathologie aiguë en cours chez un patient (Audio 1 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 9)

² Différence de transmission au médecin, entre infirmières, à propos d'un patient (Audio 16 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2) (Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 2)

³ Arrêt d'une transmission infirmière par un coup de téléphone reçu par le médecin (Audio 1 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 5)

⁴ Accompagnement par l'infirmière lors d'une visite en maison de retraite (Audio 1 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 11) Expression d'un symptôme d'un patient par un soignant (Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 4)

⁵ Examen clinique aidé par l'entretien avec un tiers soignant, en maison de retraite (Audio 16 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Pages 3, 6 et 11) (Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 5)

⁶ Difficulté d'interrogatoire d'une personne démente (Audio 16 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 3)

Un soignant a précisément retracé l'histoire récente de la pathologie d'un patient dément, que le médecin n'aurait pas pu reconstruire avec le patient. ¹

A l'inverse, il peut aussi le laisser voir seul le patient. C'est alors que la mobilisation du patient pour son examen physique peut devenir très délicate. ²

Ce n'est certes pas toujours le cas. Un patient autonome, qui peut se mobiliser, permettra une préparation adéquate à son examen physique, en tout cas celle demandée par le médecin. ³

La visite confronte l'examen clinique direct du patient à l'examen clinique par procuration qui a pu être fait préalablement. Le médecin peut alors mettre en évidence une discordance entre ce qui lui avait été annoncé et ce qu'il constate. ⁴

⑥ **Autres modifications de la consultation**

En maison de retraite, le médecin peut trouver son patient... endormi... et décaler son examen clinique pour ne pas l'importuner ⁵, lorsque la situation clinique le permet.

L'examen physique d'un patient dément peut s'avérer très délicat, un simple geste du médecin pouvant déclencher une réaction disproportionnée. ⁶

¹ Narration de l'histoire de la maladie d'un patient par un soignant (Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 4)

² Difficulté de l'examen physique chez un patient non aidant, en cas d'absence d'un tiers soignant (Audio 15 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 4)

³ Préparation à l'examen physique (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 3)

⁴ Discordance entre l'examen physique d'un patient et les données de l'entretien fait par l'intermédiaire du soignant (Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 6)

⁵ Absence d'examen physique en cas de patient endormi (Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 3)

⁶ Délicatesse d'examen physique d'un patient dément (Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 7)

➤ **Solution observée**

Pour prévenir ce type de réaction, un médecin a accompagné ses gestes cliniques de mots visant à rassurer une patiente démente. ¹ La présence d'une soignante, mieux connue par la patiente que le médecin, concourait fortement à sa compliance à l'examen physique. ²

2. 13. Le médecin spécialiste

Lorsqu'une pathologie est en cours de prise en charge par un médecin spécialiste ³, ou à tout le moins qu'une consultation spécialisée est programmée, le médecin généraliste peut déléguer une partie de l'examen clinique, comptant sur l'expertise du médecin spécialiste, si la situation médicale le permet en terme de délai de prise en charge. ⁴

« J'ai pris rdv dermato, j'ai plein de croûtes. »
Nouveauté pour le Dr P. Observation avant-bras et jambes. Pas de déshabillage.
« Et ça, c'est nouveau ? - C'est apparu récemment. » TA : « 13/8. »

Dans cet exemple, le médecin n'a pas poursuivi l'entretien ni l'examen physique de la patiente.

Les courriers médicaux des spécialistes

Les comptes-rendus de consultation des médecins spécialistes sont ajoutés au dossier médical. Ils peuvent être conservés sous leur forme papier, ou numérisés et ajoutés au dossier médical informatisé.

¹ Mesures de mise en confiance avant l'examen physique d'un patient dément (Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 7)

² Facilitation de l'examen physique d'un patient dément par mise en confiance par la présence d'un soignant connu (Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Page 8)

³ Absence d'examen clinique d'une pathologie en cours de gestion par un médecin spécialiste (Cs 15 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 4-7) Absence de surveillance de deux pathologies dermatologiques par examen physique spécifique en cas de suivi fait par un dermatologue (Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.11 - Page 6)

⁴ Absence ou brièveté de l'examen physique orienté vers un symptôme en cas de consultation spécialisée ad hoc programmée (Cs 14 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; I. 14-17)

Ils sont fréquemment utilisés par le médecin généraliste pour modifier un traitement, planifier un examen complémentaire, contrôler des signes cliniques. ¹

De façon très pragmatique, le contrôle par le médecin généraliste de l'évolution de signes cliniques mis en évidence par un médecin spécialiste est fortement dépendant de la description que ce dernier en aura fait dans son courrier. ²

Un médecin a regretté le manque fréquent de courrier médical après la consultation de ses patients par un ophtalmologue. ³ Un autre a émis la même idée, l'a étendue à des médecins ORL, sans pointer à proprement parler le groupe des médecins de ces spécialités, mais seulement certains confrères, précisément, et sans les nommer. ⁴ L'absence de ces courriers était perçue comme gênant le suivi clinique du patient.

¹ Recherche de signe clinique suscité par un courrier spécialisé (Cs 18 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 11-14) Aide du courrier d'un médecin spécialiste au suivi clinique du patient (Audio 7 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plages 2 et 3)

² Difficulté de comparaison d'un examen physique décrit par dans un courrier avec l'examen physique du moment (Audio 7 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 5)

³ Rareté de courrier de compte-rendu de consultation de certains médecins spécialistes (Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011 ; l. 26-27)

⁴ Absence possible de compte-rendu de consultation spécialisée, variable selon les correspondants (Audio 2 - Verbatims - Dr B. - 08.07.11 - Plage 4)

V. Discussion

Ce travail montre, au travers de la multiplicité des thèmes abordés, à quel point les facteurs influençant la recherche des signes cliniques en médecine générale sont multi-dimensionnels et interdépendants.

L'originalité de notre recherche tient dans le fait d'avoir cherché à couvrir la diversité de ces éléments sans limite préalable.

La méthode choisie nous a permis de fonder ce recensement sur des données de terrain, c'est-à-dire sur des faits réels observés, loin de toute idée préconçue.

Il faut garder à l'esprit qu'un aspect fondamental de notre sujet n'a pas pu être pris en compte, même s'il a parfois été abordé lors des entretiens. Il s'agit de la formation théorique des médecins. En effet, la méthode choisie n'était pas appropriée à l'évaluation des connaissances sémiologiques des médecins, ni à leur mise en relation avec leur formation initiale ou continue. Il s'agit à l'évidence d'un facteur déterminant de la recherche des signes cliniques, car la connaissance guide la démarche diagnostique et l'examen clinique, mais le choix de la méthode n'a pas permis de l'investiguer.

1. Critères d'objectivité et de scientificité

Les critères d'évaluation de toute recherche qualitative sont ici repris et confrontés à ce travail.

Triangulation des données

La triangulation des données a été effectuée, puisqu'elles ont été recueillies selon plusieurs méthodes : l'entretien compréhensif, l'observation directe avec prise de notes et l'observation directe avec enregistrement sonore.

D'autres méthodes étaient envisageables, mais plus difficiles à mettre en place dans le contexte de ce travail, telles que les focus groupes, par exemple.

Saturation

La saturation ne semble pas avoir été partout atteinte. Nous pensons l'avoir approchée en ce qui concerne le coeur de la consultation, c'est-à-dire l'entretien et l'examen physique. En fin d'enquête, les modalités de réalisation de l'examen clinique se répétaient, et il était plus difficile de rencontrer des phénomènes nouveaux.

Echantillonnage

L'échantillonnage théorique sur lequel nous nous sommes basé aurait pu être complété. Cependant, si les premiers médecins ont été sollicités sans appui d'ordre théorique, les derniers ont été choisis de façon plus argumentée, en nous basant sur nos premiers résultats.

Pour prolonger notre travail, il aurait été bénéfique d'inclure des médecins aux exercices plus différents. Il aurait pu s'agir d'un médecin travaillant dans le cadre d'une structure de soins d'urgence ; d'un médecin exerçant en milieu absolument rural, c'est-à-dire dans une zone réellement éloignée de toute structure hospitalière ; d'un médecin à la patientèle essentiellement étrangère ou en situation précaire, comme ceux recevant des migrants ou pratiquant au sein de certaines organisations humanitaires ; d'un médecin pénitentiaire, etc.

Nous aurions pu nous tourner vers des médecins généralistes pratiquant une médecine à expertise particulière, telle que l'acupuncture ou l'homéopathie, pour en observer les variations de l'examen clinique.

Nous n'avons pas inclus de cas extrême, complètement atypique et rare, comme conseillé dans l'approche basée sur la théorie ancrée, pour nous décentrer par rapport aux premiers résultats obtenus et enrichir nos concepts.

Codage multiple

Le codage n'a été effectué que par le chercheur lui-même, seul fauteur des résultats obtenus. Un multi-codage des verbatims aurait pu être réalisé pour élargir et modifier les

points de vue, ce qui aurait été une source d'enrichissement, de consolidation et de validation des résultats.

Réflexivité

Si nos préjugés et centres d'intérêts personnels ont évidemment suscité le sujet de la recherche, nous nous sommes rapidement laissé porter par nos découvertes.

Ainsi, la phase exploratoire nous a permis d'entamer dans de bonnes conditions de sérénité notre enquête, en nous ouvrant à la complexité de la problématique. Elle s'est faite en parallèle de nos lectures théoriques sur les fondements de la recherche qualitative. La seconde partie du travail, phase d'observation directe, a consisté en une confrontation plus directe avec le terrain. Les médecins n'étaient plus des connaissances et nous avons commencé à observer le coeur de notre étude, la consultation médicale.

Transférabilité

Certains résultats de notre travail sont probablement transférables à d'autres types de rencontres entre médecin et patient, telles que les consultations spécialisées ambulatoires ou hospitalières. En réalité, toute consultation médicale, tout colloque singulier entre un médecin et un patient, pouvait s'exposer à notre recherche. D'ailleurs, dans cette perspective, tout au long de ce rapport, nous nous sommes gardé de spécifier, lorsque cela n'était pas nécessaire, que nous parlions d'un médecin généraliste, car souvent, il aurait pu s'agir d'un médecin spécialiste.

Nous n'avons pas parlé, sauf à titre d'exemples, des pathologies et des prises en charge médicales. A ce niveau, les différences entre généralistes et spécialistes sont constantes. Mais notre intérêt se situait en amont, au niveau du recueil des signes cliniques, c'est-à-dire à un niveau commun à tous les médecins.

Evidemment, certains de nos résultats sont spécifiques à la médecine générale. C'est le cas des visites à domicile.

Consistance

Les résultats de notre travail semblent répondre au critère de consistance car ils ne débouchent pas sur des conclusions opposées.

Crédibilité

La triangulation de nos sources et de nos méthodes garantit à nos résultats une certaine validité interne et constitue un élément de crédibilité de notre travail.

En revanche, la validité de signifiante de nos observations et de nos interprétations n'a pas été vérifiée car nous n'avons pas été en mesure de les soumettre au jugement des huit médecins sollicités.

2. Les principales découvertes

Dans un effort de synthèse des analyses de nos deux phases de travail, nous allons résumer nos résultats en neuf points, décrivant les principaux déterminants de la recherche des signes cliniques en consultation de médecine générale.

Point N°1 : Des dizaines de conditions à réunir pour recueillir les signes cliniques !

Pour optimiser le recueil des signes cliniques, un médecin devrait :

- laisser parler le patient,
- expliciter les symptômes,
- ne pas être en burn-out,
- disposer des instruments adéquats,
- porter un intérêt exacerbé à la sémiologie,
- parler la langue du patient,
- parler le langage du patient,
- doser savamment questions ouvertes et questions fermées,
- avoir une approche humaine de l'examen physique,
- venir au bon moment faire une visite en maison de retraite,
- caractériser les signes cliniques,
- prendre le temps de la préparation de son patient à l'examen physique,

- remplir du mieux possible le dossier médical informatisé du patient,
- prendre le temps de l'examen physique,
- connaître les signes cliniques,
- ne pas déroger à certaines règles de fonctionnement de son cabinet,
- profiter intelligemment de la présence d'un tiers,
- éviter les écueils de la présence d'un tiers,
- déconstruire le chemin interprétatif fait par le patient ou son entourage sur ses symptômes,
- mettre le patient en confiance,
- avoir une pratique volontariste en matière de dépistage,
- recevoir des courriers de qualité de la part de ses correspondants médicaux,
- ne pas se laisser déconcentrer par une discussion d'ordre relationnel,
- utiliser une discussion d'ordre relationnel pour recueillir des informations significatives,
- éviter le télescopage de l'entretien pendant l'examen physique,
- optimiser l'utilisation de son logiciel informatique,
- passer des jours à paramétrer son logiciel informatique,
- interroger le contenu de son examen physique systématique,
- être en permanence vigilant à l'émergence d'un signe clinique ténu,
- se former en matière de sémiologie,
- continuer à se former en matière de sémiologie,
- négocier avec le patient le contenu de son examen physique,
- être aidé par un soignant lors de l'examen clinique d'un patient en maison de retraite,
- éviter les pièges de l'examen clinique par procuration,
- partager le suivi médical du patient avec des collègues pour obtenir un regard neuf,
- avoir le dossier médical du patient à l'extérieur du cabinet,
- être conscient de la catégorisation du patient,
- avoir les connaissances théoriques en matière de pathologies pour guider l'examen clinique,
- être frais et dispos,
- entretenir ses compétences sur un examen physique orienté peu fréquent,
- encadrer l'expression des motifs de recours,
- trouver le bon équilibre entre cloisonnement et décloisonnement de la consultation,
- assumer son retard aux yeux des patients,
- ne pas être en plein conflit conjugal,
- identifier l'irrationalité de certaines prises en charge, etc.

Point N°2 : Temps réel et temps programmé doivent coïncider.

Toutes les étapes de l'activité clinique d'un médecin sont conditionnées par le temps disponible. C'est pourquoi il semble primordial de planifier de façon optimale son emploi du temps journalier, en étant le plus possible conscient des réalités de l'exercice médical.

Extrêmement souvent, le médecin ne sait pas quels vont être les motifs de recours de ses patients du jour. Même en cas de renouvellement d'ordonnance, le patient a très souvent des demandes supplémentaires, comme nous l'avons vu. Il y a donc un effet de surprise permanent lors de la consultation de médecine générale. Les motifs de recours conditionnant le contenu de la consultation, ils en conditionnent la durée. Il semble nécessaire de garder une marge de sécurité suffisamment importante dans son planning pour pouvoir consacrer à chaque consultation le temps qu'elle exige, et préserver l'attention offerte au recueil des signes cliniques, et ce, peut-être au détriment d'autres considérations.

Point N°3 : Soixante secondes pour tout changer !

La première minute de la consultation semble extrêmement déterminante pour le recueil des signes cliniques dans la suite de la consultation, car elle comporte l'accueil du patient par le médecin et la majorité de l'expression des motifs de recours.

Premièrement, ce que nous avons appelé « l'introduction de la consultation » est un moment primordial, où le médecin accueille le patient. Nous avons vu que la phrase d'accueil prononcée par le médecin pouvait influencer sur le mode d'expression du ou des motifs de recours. Une formulation ouverte facilite l'expression des motifs de recours, comme le défend l'approche de Calgary-Cambridge ^[28], traitant des processus de communication lors d'une consultation médicale.

Lors du premier contact avec le patient, le médecin le salue, se présente, précise son rôle. Il doit lui montrer intérêt et respect et se préoccuper de son confort. Ce dernier point est appelé la « phase sociale » ^[29], dont l'objectif est de « créer un environnement favorable au bon déroulement de la suite de la consultation ».

La phase sociale de nature psychosociale constitue la « véritable » phase sociale. Elle précède le motif de consultation. Elle permet au médecin de montrer à son patient l'intérêt qu'il lui porte, dans la globalité, en tant que personne à part entière et non seulement comme patient. Elle aborde des éléments marquants de sa vie, comme des vacances ou sa famille. La phase sociale de nature biomédicale est une brève remise dans le contexte de la prise en charge du patient. Elle occulte souvent une part importante de sa vie. Enfin, la phase sociale peut être absente, la rencontre débutant immédiatement par les raisons amenant le patient à consulter.

Deuxièmement, la toute première minute de la consultation contient souvent l'expression des motifs de recours, même si elle contient aussi parfois... l'absence de leur expression ! Toutes les caractéristiques détaillées au sujet des motifs de recours retentissent directement sur la façon dont le recueil des signes cliniques va être fait : absence d'énonciation, nombre, moment d'expression, nature, expression par un tiers. Il semble donc particulièrement crucial d'encadrer, de réguler l'expression des plaintes.

Point N°4 : Le moment d'expression et la nature du motif de recours modifient l'examen clinique.

Notre enquête a clairement montré que tous les moments de la consultation pouvaient donner lieu à l'expression d'un motif de recours. Le recueil des signes cliniques est très nettement diminué si la plainte est faite en fin de consultation, ce qui semble extrêmement fréquent. Limiter ce phénomène paraît donc légitime. Chacun mettra en oeuvre ses propres solutions. Evidemment, il semble illusoire de maîtriser totalement le phénomène, les patients restants... eux-mêmes. Souplesse et vigilance permettront de répondre de façon adéquate aux demandes de dernière minute : prolongation de la consultation ou planification d'une autre consultation.

Enfin, les signes cliniques ne sont pas mis en évidence de la même façon lorsque la nature du motif de recours change. Nous avons observé qu'un symptôme obscur n'était pas toujours explicité, et que l'interprétation du patient sur ses symptômes pas toujours vérifiée. Il nous apparaît désormais primordial d'identifier à chaque consultation la nature du motif de recours, c'est-à-dire de le classer comme symptôme obscur, symptôme clair, signe, syndrome, diagnostic, ou même demande de traitement spécifique. L'idée est de

toujours obtenir un ou plusieurs signes, soit en explicitant un symptôme flou, soit en déconstruisant le diagnostic posé par le patient.

Ainsi, les enjeux de la première minute de consultation, en termes de recueil des signes cliniques, apparaissent extrêmement importants.

Point N°5 : Devant les enjeux majeurs du dépistage, le but d'une consultation n'est pas toujours de répondre aux motifs de recours.

Il existe une différence entre les motifs de recours du patient et les objectifs que le médecin peut se donner lors d'une consultation. Evidemment, le recueil des signes cliniques sera totalement changé si le médecin élargit son champ d'investigation en ne se cantonnant pas à la plainte du patient. Cette notion recèle de fortes implications, notamment la façon dont le médecin conçoit la médecine préventive, c'est-à-dire tout ce qui concerne l'éducation thérapeutique et le dépistage, deux aspects majeurs de la médecine générale actuelle. Il semble nécessaire que le médecin explique au patient sa démarche de dépassement des motifs de recours, pour conserver une bonne qualité de communication.

Point N°6 : Le contenu d'une consultation dépend de la consultation précédente.

La comparaison par le médecin des motifs de recours de plusieurs consultations influence le recueil des signes cliniques. Il peut être démotivé par la gestion d'un motif de recours bénin, s'il vient d'en gérer un beaucoup plus grave, et qui a nécessité un investissement intellectuel et émotionnel important. Dans cette circonstance, il serait souhaitable de réfléchir à la transition qu'un médecin devrait se ménager avant d'enchaîner sur la suite de son programme.

Point N°7 : Plus un symptôme est exprimé tardivement, plus il semble perdre de valeur aux yeux du médecin.

Un symptôme clé peut survenir à tout instant de la consultation, y compris à la dernière seconde, après le règlement et en se disant au revoir. Ce fait, relativement fréquent, est bien connu des médecins consultant en milieu ambulatoire. Il est apparu dans nos observations que les médecins n'accordent pas autant d'attention à un symptôme exprimé

en fin de consultation. Il n'est évidemment pas possible de prolonger à chaque fois la consultation de quinze minutes. Nous avons cependant constaté que, plutôt que de programmer explicitement la gestion de ce nouveau problème à une date ultérieure, le médecin tentait d'apporter rapidement une solution à la plainte exprimée, en ne recueillant pas les signes cliniques avec la rigueur du début de consultation. Le moment d'expression d'un symptôme est donc un fort déterminant du recueil des signes cliniques.

Point N°8 : L'examen physique systématique peut perdre son rôle de dépistage au profit de son rôle symbolique.

Très majoritairement, l'examen physique systématique en médecine générale n'occasionne pas de découverte clinique particulière. Le risque est alors de le banaliser, de le vider de son essence, c'est-à-dire l'intention de trouver un signe clinique. Sans une intentionnalité sans cesse renouvelée, nous pensons que l'efficacité de l'examen physique systématique s'effondre. En cela, il s'oppose à l'examen physique orienté, dans lequel l'intention prévaut facilement. La conséquence est une différence de réalisation d'un même geste clinique en cas d'examen physique systématique et d'examen physique orienté.

Par ailleurs, le très faible rendement de l'examen physique systématique en termes de découvertes cliniques a pour conséquence la désensibilisation du médecin aux signes cliniques.

Point N°9 : Le médecin est moins réceptif aux symptômes pendant l'examen physique.

A l'issue de l'entretien réalisé au bureau médical, le médecin est engagé dans une démarche clinique et souhaite confronter ses idées aux données de l'examen physique. Cela explique que l'entretien réalisé pendant l'examen physique du patient semble plus fermé que celui réalisé au bureau médical. Nous avons observé que par ce phénomène, le médecin semble perdre en réceptivité au discours du patient, qui peut néanmoins à cet instant exprimer un nouveau symptôme ou une information anamnestique utile. Le problème est que ce phénomène semble perdurer, sauf exception, même si l'entretien au bureau médical a été extrêmement court ou inexistant. Quelle place reste-t-il alors à l'entretien ouvert ? Le décroisement total de la consultation pourrait lever cette

difficulté, mais l'expose à d'autres, car il s'agit alors pour le médecin d'effectuer un réel numéro d'équilibriste entre entretien et examen physique.

VI. Conclusion

Ce travail a permis de lister toute une série de phénomènes influençant la recherche des signes cliniques.

Par cette analyse, le médecin qui nous lira devrait poser un regard sensiblement décalé sur sa pratique. En effet, l'explicitation de tous ces phénomènes, leur analyse systématique, lui permettra sans aucun doute de conforter certaines de ses pratiques, et peut-être inversement d'en améliorer d'autres.

Tous ces phénomènes sont compréhensibles, pour peu qu'ils soient identifiés. Chaque médecin devrait pouvoir expliquer à ses pairs les obstacles auxquels il s'est trouvé confronté lors de l'examen clinique de son patient. Des incompréhensions pourraient ainsi être levées, qui surgissent parfois entre pairs à propos de la prise en charge d'un patient, lorsque plusieurs médecins collaborent à ses soins.

Mais notre travail permet d'esquisser les contours de projets de recherche futurs.

Il serait utile de poursuivre notre recherche, en incluant un plus grand nombre de médecins généralistes, aux exercices toujours plus variés, afin de mettre en évidence d'autres facteurs influençant la recherche des signes cliniques, complémentaires aux nôtres. L'idée serait de consolider la saturation des données dans les sphères principales de l'activité de médecine générale.

Il serait également intéressant, à partir de ces résultats qualitatifs, d'élaborer une étude quantitative, en direction des médecins généralistes, visant à quantifier l'importance des phénomènes que nous avons pointés. Pour chaque item, le médecin pourrait estimer s'il se sent concerné, et à quelle fréquence. Quelle proportion de médecins généralistes a déjà ressenti un agacement pour un motif de recours récurrent d'un de ses patients ? Expérimente-t-il souvent ce phénomène ? A-t-il remarqué que cela influait sur la recherche des signes cliniques ? Quelle est la fréquence des consultations où une nouvelle plainte est exprimée après l'examen physique, ou à la dernière minute de la consultation ? Comment le médecin réagit-il dans ce cas précis ? Fixe-t-il réellement un nouveau rendez-vous ? Etc.

Outre l'obtention de l'importance quantitative de chaque phénomène, les résultats d'un tel questionnaire pourraient donner lieu à l'élaboration d'un « score de difficulté d'examen clinique ». Ce score prendrait en compte l'ensemble des particularités d'exercice de chaque médecin et pourrait évaluer un « risque de perte de chance d'accéder aux signes cliniques ».

Par ailleurs, l'analyse que nous avons appliquée à la médecine générale pourrait être étendue aux autres spécialités, aux autres contextes de soins (hospitalier, urgences, campagne, humanitaire) et même aux autres professions de santé, telles que les soins infirmiers par exemple.

Alors que nous sommes arrivé au terme de ce travail, nous percevons plus que jamais tout ce que l'exercice médical clinique comporte de complexité et de richesse au coeur de la relation entre le médecin et son patient. La médecine est définitivement un art !

VII. Bibliographie

1. Pottier P, Planchon B. Les activités mentales au cours du raisonnement médical diagnostique. Rev Med Interne (2010), doi:10.1016/j.revmed.2010.10.009
2. Global Family Doctor. [En ligne]. Wonca International Classification Committee (WICC), 2004. [Consulté le 29 août 2011]. Disponible sur : <http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/icpcstory.html>.
3. Global Family Doctor. [En ligne]. Wonca International Classification Committee (WICC), 2004. [Consulté le 29 août 2011]. Disponible sur : http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/jamouille/MJ2005_affiches06_1.jpg
4. Global Family Doctor. [En ligne]. Wonca International Classification Committee (WICC), 2004. [Consulté le 29 août 2011]. Disponible sur : <http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/edu.html>
5. Global Family Doctor. [En ligne]. Wonca International Classification Committee (WICC), 2004. [Consulté le 29 août 2011]. Disponible sur : <http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/pagers/french.pdf>
6. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. Etudes et résultats 2004;315:1-11
7. Auvray L, Le Fur P. Adolescents : état de santé et recours aux soins en 1998. Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. Enquête sur la santé et la protection sociale;1998
8. Vionnet-Fuasset J. Fréquence et nature de la polymédication chez la personne âgée en médecine générale. Documents de recherches en médecine générale. Société Française de Médecine Générale 2005;60:4
9. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille 2002:17
10. Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation ? L'approche systémique en médecine générale. La revue du praticien - Médecine générale 2004;674/675:1482-1486
11. Astolfi JP. Quel est le savoir de l'information ? Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative. De l'information à la connaissance. Paris: Direction générale de l'enseignement scolaire; 2006. p.11-23
12. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers solidarité et santé. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques 2009;12:1-48

13. HCAAM. Rapport annuel 2010 - L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse. Paris;2010
14. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ* 2008;337:a288 (doi:10.1136/bmj.a288)
15. Reeves S, Albert M, Kuper A, Hodges BD. Why use theories in qualitative research ? *BMJ* 2008;337:a949 (doi:10.1136/bmj.a949)
16. Kennedy T, Lingard L. Making sense of grounded theory in medical education. *Medical Education* 2006;40:101-108 (doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02378.x)
17. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research. Chicago: Aldine;1967
18. Glaser B. Theoretical sensitivity : advances in the methodology in grounded theory. Mill valley: Sociology Press;1978
19. Kennedy T, Lingard L. Making sense of grounded theory in medical education. *Medical Education* 2006;40:101-108 (doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02378.x)
20. Strauss A, Corbin J. Les fondements de la recherche qualitative : techniques et procédures de développement de la théorie enracinée. Fribourg: Academic Press;2004
21. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research : grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage;1990
22. Reeves S, Kuper A, Hodges BD. Qualitative research methodologies : ethnography. *BMJ* 2008;337:1020 (doi:10.1136/bmj.a1020)
23. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320:50-2
24. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives* 2006;26:110-138
25. Gohier C. De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives* 2004;24:3-17
26. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Paris: Nathan;1996
27. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: Presses universitaires de France;1977
28. Sivermann JD, Kurtz SM, Draper J. Skills for communicating with patients (2nd edition). Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004
29. Rey-Bellet S, Zürcher M, Martin S, Michaelis Conus K, Rodondi PY, Vannotti M. Comment commencer l'entretien médical ? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo. *Rev Med Suisse* 2008;4(144):418-21

Table des annexes

1. Guide d'entretien	179
2. Transcription des entretiens de la phase exploratoire	182
2. 1. Entretien avec le Dr J.	182
2. 2. Entretien avec le Dr M.	216
2. 3. Entretien avec le Dr G.	244
3. Catégorisation : extraits d'arborescence sous NVivo®	281
4. Comptes-rendus de consultations	282
4. 1. Consultations du Dr L.	282
4. 2. Consultations du Dr F.	292
4. 3. Consultations du Dr M.	313
4. 4. Consultations du Dr P.	325
5. Verbatims d'enregistrements de consultations	350
5. 1. Consultations du Dr F.	350
5. 2. Consultations du Dr P.	359
5. 3. Consultations du Dr B.	364

VIII. Annexes

1. Guide d'entretien

Il s'agit du guide du troisième entretien de la phase exploratoire.

Selon toi, quelle est la place de la sémiologie dans l'exercice quotidien ?

Quelle réflexivité as-tu sur ta propre pratique ? Qui te donne des retours ? Qu'en fais-tu ?

Comment fonctionnes-tu quand tu adresses un patient ? Quel type de courrier selon les circonstances ?

Dans quelles circonstances utilises-tu la sémiologie dans tes communications avec les confrères ?

Quelles sont les conditions pratiques de consultations qui peuvent influencer sur ton examen ?

Quels travers as-tu pu repérer chez les internes dans la démarche diagnostique et la sémiologie ?

Que t'apporte personnellement le contact avec les stagiaires ?

Comment organises-tu ta consultation (séquence) ?

Quelles sont les spécificités de l'examen clinique en dehors du cabinet ?

Quels sont les différents lieux d'exercice (MDR, domicile...) ?

Quels obstacles peuvent t'opposer les patients au cours

1. de l'interrogatoire ?
2. de l'examen physique ?

La gestion du temps joue-t-elle sur l'exercice de l'examen clinique ?

Y a-t-il eu des circonstances exceptionnelles de consultation qui t'ont fait gérer les choses complètement différemment ?

Te sens-tu parfois limité sur le plan théorique en sémio ? Nécessité de FMC centrée sur la sémio ?

Qu'est-ce qui peut bloquer le déroulement attendu d'une consultation ?

Qu'est-ce qui peut t'empêcher de faire l'interrogatoire que tu souhaites ?

Qu'est-ce qui peut t'empêcher de faire l'examen physique que tu souhaites ?

T'est-il déjà arrivé de ne pas faire un geste de l'examen physique alors qu'il te paraissait utile ? Pourquoi ? Qu'as-tu pensé à ce moment-là ?

Un patient a-t-il déjà refusé un geste de l'examen physique ? Pourquoi ? Comment as-tu réagi ?

As-tu déjà été personnellement affecté, de sorte que tu as mené un interrogatoire et un examen physique avec moins d'investissement, moins de profondeur ?

Comment réagis-tu quand un patient t'insupporte ?

T'es-tu déjà senti en burn-out ? Quelles causes ?

Comment gères-tu une consultation hors cabinet (prises de notes sur l'examen clinique) ?

Comment utilises-tu l'ordinateur ? Quels avantages, quels inconvénients ? (pour la sémio)

Reprendre la liste des consultations du jour.

As-tu repéré des différences entre la formation initiale des internes et celle que tu as toi-même eue ? Quelle évolution ?

La charge de travail gêne-t-elle parfois la réalisation de l'examen clinique comme tu la souhaitais ?

Y a-t-il des gestes de l'examen physique que tu ne fais pas ou plus ?

Y a-t-il des parties de l'examen clinique que tu ne fais pas ou plus parce qu'elles sont devenues les prérogatives des spécialistes ?

Quel lien fais-tu entre le recours à la consultation spécialisée et ta pratique de l'examen clinique ?

Le fait de suivre les patients sur de longues années est-il un avantage ou un inconvénient ?

Les antécédents sont-ils difficiles à récupérer ?

Est-ce qu'il y a une routine de l'exercice médical ?

Question du sixième sens : t'est-il déjà arrivé de fonctionner de façon irrationnelle, dans la conduite de la consult (interro, ex. phys., prescription), de réagir à l'impression ?

Le problème du diagnostic précoce ? Comment l'interroger, le remettre en cause ?

Comment gères-tu la multiplicité des plaintes au cours d'une même consultation ?

Sur quels patients auras-tu moins tendance à t'appesantir ?

Comment appréhendes-tu ton planning ? Te permets-tu du retard ?

Quelles spécificités saisonnières ?

Peux-tu shunter ce que dit un patient ? Pourquoi ? Comment ?

Blocage de l'interrogatoire.

Différence entre écoute et interrogatoire du patient ?

Quels types de patients sont difficiles à écouter / interroger / examiner ?

Comment perçois-tu l'intérêt de ton courrier ? Que mets-tu dedans ? Crois-tu qu'il est lu ?
Le sais-tu ? Es-tu incité à modifier le contenu de tes courriers ? (retours) Détails-tu ton examen clinique ?

Les visites à domicile, les MDR : quelles spécificités ?

Quel feed-back sur ton examen clinique ?

Le regard extérieur posé sur sa pratique ? Quand ? Quelle réaction ? Pourquoi le refuser ?

FMC, jeux de rôle.

Les patients et Internet.

Que fais-tu de tous ces protocoles, échelles, scores, qui fleurissent dans toutes les spécialités ?

Isolement du médecin en burn-out. Quel retentissement sur la consultation ?

L'autoprescription.

Place du groupe du cabinet dans l'exercice ?

Dans quelles circonstances la sémio ne sert pas / peu ?

Faire raconter des consultations.

2. Transcriptions des entretiens de la phase exploratoire

2. 1. Entretien avec le Dr J.

1 Entretien au domicile du médecin, à l'arrière du cabinet médical.

MG : - Tu fais ça dans ce sens-là, toi ?

A : - Oui, je fais ça dans ce sens-là comme c'est une étude qualitative, euh, en fait, je dois
5 arriver avec un questionnaire, euh, un questionnaire un petit peu...

MG : - Eh ben oui

A : - ... une sorte de guide d'entretien, j'ai deux-trois notes, mais c'est..., le but, c'est..., ces
notes-là, elles vont aussi faire office de guide d'entretien, ça va se préciser, tout ça, mais le but
c'est pas non plus que je devienne au fur et à mesure de plus en plus directif, c'est vraiment
10 rester ouvert à la discussion, écouter un peu l'expérience du médecin, et surtout, essayer de,
de pointer des difficultés qu'il pourrait y avoir dans l'exercice de la sémio. Parce que moi, à la
base, ce qui me... ce qui me, ce qui me gêne en fait, c'est euh, c'est parfois il y a des
incompréhensions entre les médecins et les urgentistes, entre médecins généralistes et
spécialistes, on entend beaucoup, enfin, on entend quand même pas mal de récriminations...
15 Alors après, moi, j'ai que l'exercice de l'hôpital, alors bon, c'est biaisé aussi mon expérience.
Mais on entend, on entend des récriminations, tel médecin, il n'a pas examiné, tout ça, et, et,
et moi, ça me gêne toujours de... toutes les critiques que les médecins se font les uns les
autres, parce que je pense, on comprend pas la façon dont bosse l'autre, et euh... et donc si
on pouvait discuter vraiment de la pratique de la médecine gé, à partir de consultations, euh,
20 de consultations précises, juste, en fait l'idée, je ne sais pas si je vous l'avais dit dans le mail...
mon idée c'est de partir de consultations précises, donc si vous avez en tête les consultations
d'hier par exemple, vous pourriez me dire... donc, première consultation, quelqu'un qui est
venu pour ça, et puis on voit si, euh, il y a une problématique liée à la sémio ou pas. Déjà si,
si...

25 MG : - Oui...

A : - Déjà, faut me dire ce que vous pensez de ce que je présente.

MG : - Si tu veux, la sémiologie, c'est le B.A.-BA...

A : - Oui...

MG : - ... de la consultation, ça commence, euh, ça commence obligatoirement par ça. C'est-à-
30 dire qu'un patient, il vient avec... pour un motif ou plusieurs motifs donnés, euh, et en fonction
de, en fonction de ce qu'il va dire, tu vas orienter, euh, toi, tes recherches, et ce que je
rencontre comme difficultés parfois avec les internes, et presque tout le temps, c'est que vous
partez sur des signes cliniques sur un diagnostic, par rapport à des signes cliniques
reconnus...

35 A : - Ouais...

MG : - ... ou une gamme de diagnostics, c'est-à-dire que vous avez, par exemple, des douleurs
au niveau de la main, avec quelques fourmillements, à la mobilisation, la personne décrit à la
mobilisation du cou, euh voilà. Vous allez partir sur ça, sur ce type de plainte, sur ce type de
consultation, vous allez partir sur une recherche diagnostique, presque toujours.

40 A : - Direct.
MG : - Direct. C'est-à-dire que, sur ce qu'on vous a dit, vous avez déjà une case diagnostique qui s'est ouverte, et vous allez orienter votre examen pour corroborer votre diagnostic.
A : - Oui.
MG : - C'est-à-dire que vous, déjà vous vous fermez...

45 A : - ... A d'autres hypothèses...
MG : - C'est comme, exactement. C'est-à-dire que c'est questions ouvertes / questions fermées. Et ben là, on est dans questions fermées. C'est-à-dire que le patient vous a donné trois renseignements, vous avez déjà, vous dites tiens, tac, ça peut être ça, ça peut être ça, et vous allez orienter votre examen, je me souviens très très bien d'une consultation comme ça,
50 vous allez orienter votre examen pour corroborer, euh, la névralgie cervico-brachiale...
A : - Oui, c'est-à-dire que rien que sur l'interrogatoire, les trois données de l'interrogatoire...
MG : - C'est pas l'interrogatoire !
A : - Bah... le fourmillement, le ...
MG : - C'est pas l'interrogatoire, c'est ce que le patient vous a spontanément dit.

55 A : - D'accord.
MG : - Et que là-dessus, vous allez partir sur un examen clinique pour corroborer, moi je vois souvent ça...
A : - Oui, oui, oui, oui.
MG : - ... l'hypothèse. C'est-à-dire qu'on a shunté l'interrogatoire : l'horaire, depuis quand, est-ce qu'il y a des signes d'accompagnement, est-ce que vous avez ça à l'autre bras, est-ce que... c'est-à-dire que sur le plan sémiologique, la recherche des signes cliniques par interrogatoire, et après, un examen clinique non dirigé. C'est-à-dire que, il a mal a une main, je... , voilà, euh, dans un contexte donné, que j'ai commencé à préciser par l'interrogatoire, parce qu'il va te dire, bah oui, finalement, si si, ça peut m'arriver à l'autre main... c'est-à-dire
60 que si t'as pas interrogé, tu vas partir tout-de-suite sur un truc, alors que si t'as commencé ton interrogatoire, donc à l'interrogatoire, tu vas rechercher des signes sémiologiques. Après tu vas ouvrir ton examen clinique, où tu vas aller rechercher après, à ton examen clinique, d'autres signes sémiologiques, mais avec un panel beaucoup plus important, en te disant c'est peut-être neuro, c'est peut-être vasculaire, c'est peut-être... là, on ouvre déjà, tu vas plus faire ton
65 examen en te disant je vais rechercher ma névralgie cervico-brachiale parce que, dès le début, je suis sûr que c'est ça, tu vas ouvrir, parce que l'interrogatoire t'aura ouvert, t'aura donné d'autres signes sémiologiques, ou du coup, ça t'aura mis le doute en te disant, finalement c'est peut-être pas ça, et à ce moment-là, tu vas faire un examen plus ouvert, et puis tu vas avoir une batterie de dix ou quinze signes sémiologiques que tu vas rechercher par ton examen
70 clinique, et là effectivement, tu vas avoir un diagnostic de probabilité qui va être beaucoup plus fiable.
A : - Oui, là, c'est donc le truc de la, de la première idée qu'on se fait au cours d'une consult, qui peut se faire en une seconde...
MG : - Oui.

80 A : - ... enfin, rien que sur l'aspect, enfin... voilà...
MG : - Oui.
A : - ... la première idée qu'on se fait, et la difficulté... c'est un thème, la difficulté qu'on peut avoir à remettre en cause ce qu'on pense immédiatement, c'est un peu lié quand même...

85 MG : - C'est complètement lié, c'est complètement lié, mais c'est, si tu veux, la sémiologie, quand on a pris la première attitude dix fois, et qu'on s'est aperçu que trois fois, on s'est planté, parce que, effectivement, sept fois on a eu raison, parce qu'on a des connaissances, on a des trucs, et qu'il y a des choses qui tombent et que voilà...

A : - Oui, des choses qui sont évidentes...

90 MG : - Mais que trois fois on s'est planté, bien en beauté, on se dit ben, attends, je vais pas non plus toute ma carrière me planter trois fois sur dix, quoi, ça la fait pas quoi...

A : - Oui.

MG : - Donc, à ce moment-là, il faut que je change ma méthode, et on s'aperçoit que la méthode, c'est : interrogatoire, examen clinique, avec la sémiologie, la description, les signes, les horaires, les ...

95 A : - Donc vous, vous gardez vraiment cette rigueur...

MG : Ah ouais, ah ouais...

A : - Et alors du coup, vous arrivez à déjouer ce piège de, de, euh, ben d'avoir une idée préconçue et de pas la remettre en cause... ou est-ce que parfois, ça peut rester...

100 MG : - Des fois, ça reste, mais, mais tu t'aperçois que quand tu interrogues ton patient, par rapport à si tu l'interrogues pas, et la recherche de la sémiologie c'est ça hein, c'est la recherche des signes, et ben, tu peux complètement, tu pars sur un truc, hein attends, c'est pas du tout ça. Par exemple, là j'ai un patient actuellement, que j'ai vu hier, qui, il est maçon, je l'ai vu pour une radiculalgie, lombalgies depuis des années, radiculalgie droite de type sciatique s'arrêtant au creux poplité, et puis, au bout de quinze jours, trois semaines, donc, euh, traitement

105 symptomatique, examen clinique, effectivement, lombalgie et puis un petit Lasègue, pas de déficit, donc un examen clinique objectif qui me faisait pencher vers une sciatologie, le gars donc est maçon, ça n'a rien d'illogique, traitement symptomatique, mise au repos tant bien que mal, puisqu'il est chef d'entreprise...

A : - Oui.

110 MG : - ... il revient, ça persiste, imagerie : ...

A : - Combien de temps après ?

MG : - ... le temps qu'il soit vu et le temps qu'on ait l'imagerie, changement : apparition d'un signe du même style de l'autre côté, c'est-à-dire que, avec du coup, de l'autre côté une douleur un petit peu plus... un petit peu plus atypique, mais plus invalidante que la droite, imagerie... et

115 l'imagerie montre une hernie, une petite hernie foraminale droite.

A : - D'accord.

MG : - Il voit le chirurgien pour avoir un avis... je vais vite hein...

A : - Oui, oui.

120 MG : - ... pour arriver à la consultation d'hier, il voit le chirurgien qui dit : « Ecoutez, il a une petite hernie effectivement sur son scan, il a souffert à droite, mais maintenant que je le vois, il ne souffre plus du tout à droite, il n'a plus du tout de radiculalgie droite. Par contre, il a une douleur à gauche. »

A : - Vous, c'était d'abord à droite, au départ.

125 MG : - A droite, à droite. Maintenant, il a mal à gauche. Il a une arthrose articulaire postérieure, il a tout ce qu'on veut, la lombalgie, on a l'explication. Il l'avait avant, il l'a toujours, il l'aura après. Le problème qui... ce qui nous pose souci, c'est la douleur dans le membre inférieur gauche...

A : - ... qu'est pas corrélée avec le...

130 MG : - ... alors qu'on a une hernie foraminale droite, donc moi, ce gars-là, je l'opère pas. Mais du coup, en l'examinant, j'ai trouvé que sa hanche était en flexion / abduction / adduction limitées, elle était douloureuse, c'est-à-dire que est-ce que ce gars-là a bien une radiculalgie, est-ce que finalement il a pas une arthrose de hanche, je... voilà. Donc, je vois ce gars-là hier, avec toujours mal au dos, euh, toujours cette douleur dans la jambe, sans Lasègue, ou un

135 Lasègue à 65 ou 70°, donc voilà, est-ce un Lasègue, point d'interrogation... une limitation de sa flexion abduction adduction franche, réveillant la douleur, donc effectivement, quelque chose qui va plus vers une arthrose de hanche, mais en poussant l'interrogatoire, des douleurs quand même de type radiculaire qui zagent dans la jambe avec parfois des fourmillements dans le mollet et dans le pied, donc fourmillements quand même neurologiques, donc voilà... donc, des réflexes qui sont présents, donc là on est dans la sémiologie pure...

140 A : - Oui.

MG : - Je ne sais pas cliniquement dire, même avec ma sémiologie, si on est devant une histoire de hanche ou une histoire de radiculalgie.

A : - Ou les deux.

MG : - Ou les deux, mais pour orienter...

145 A : - En tout cas, vous avez complété votre examen par rapport évidemment à l'évolution, à l'histoire, à la consultation du spécialiste...

MG : - Les choses ont évolué, mais sémiologiquement, j'ai des signes riches dans deux domaines.

A : - Oui.

150 MG : - Et si, ce patient-là, tu l'examines pas complètement ou tu l'interroges pas, il avait une radiculalgie à droite, il a un pincement avec une hernie, il a une douleur qui passe à gauche : sciatique à bascule, c'est vite fait... c'est-à-dire que... Or, à l'examen clinique, tu t'aperçois qu'il a une hanche dans le sac, ce gars-là, cliniquement.

A : - Oui, oui.

155 MG : - Donc, là, la sémiologie me met en face un problème double : est-ce qu'il a une pathologie, est-ce qu'il a une autre pathologie, ou est-ce qu'il a deux pathologies intriquées ? Hein, donc l'importance de l'examen complet, même sur une deuxième ou une troisième consultation, de réexaminer son patient complètement, je repars à zéro, je pars pas sur le diagnostic initial, je repars sur un patient qui a une plainte au jour J...

160 A : - ... et reprendre...

MG : - ... à zéro... on recommence...

A : - ... tout à zéro...

MG : - ... on recommence, on recherche les signes sémiologiques, on réexamine tout, il a mal dans sa hanche, il a mal dans sa jambe, donc je vais faire un examen de hanche, un examen de genou, un examen neurologique, je vais repartir éventuellement sur une recherche des

165 pouls, chose que j'ai faite : est-ce que ce gars-là il a pas une claudication intriquée, claudication neurologique, est-ce que...

A : - Oui, là du coup, c'est-à-dire que, là, si on essaie de... de formaliser ça, c'est euh, on complète au vu de l'évolution, on complète et euh...

170 MG : - On complète pas : on refait. C'est-à-dire que on refait incessamment...

A : - C'est-à-dire qu'on s'acharne.

180

MG : - ... l'examen clinique, sémiologique que j'ai déjà fait deux fois ou trois fois, je le refais. C'est quelque chose qui, qui... ça évolue dans le temps, mais mon examen doit rester basique, même si j'ai un diagnostic suspecté de départ, je m'enferme pas dedans, je reviens à l'examen clinique, qui est souverain.

175 A : - Alors, question : dans, dans, dans... évidemment, tout l'enjeu, c'est aussi les bilans qu'on demande, parce que la sémio, elle est... bon, on en obtient un certain nombre d'informations, et puis après, si besoin, consultation spécialisée ou bilan bio...

MG : - Oui... radiologiques...

180 A : - ... enfin, bilans complémentaires...

MG : - ... paracliniques, oui.

A : - ... paracliniques. Là, euh... Mais je sais même pas si c'est une problématique, c'est-à-dire que... là, vous aviez une cause, euh... qui paraissait absolument plausible, enfin, logique, qui est quand même là, de la radiculalgie, de la sciatique. Donc, euh...

MG : - On l'avait à droite, on l'a plus à gauche.

185 A : - Ouais, voilà. Et vous avez adressé parce que, euh...

MG : - Moi, quand j'ai adressé, tout était à droite, si tu veux. Il y avait rien à gauche, il y avait rien à gauche. C'est-à-dire que j'ai un patient que se plaint de la droite, qu'avait une hernie foraminale droite...

A : - Oui, voilà, pour une indication chirurgicale...

190 MG : - Pour une indication chirurgicale, pour un diagnostic qui a priori semblait, semblait porté. Or, il s'avère que, entre ma demande de rendez-vous...

A : - Là, excusez-moi, mais ce qui est important, c'est que... je sais pas, même si vous aviez fait l'examen de hanche au tout départ, ça n'aurait pas, ça n'aurait rien changé par rapport à la demande de consultation chir, puisque, à ce moment-là, il y avait de toute façon l'hypothèse d'une indication chirurgicale.

195 MG : - Eh ben, c'est-à-dire qu'au départ, j'avais pas de raison de lui examiner la hanche gauche puisqu'il avait mal qu'à droite, il ne se plaignait pas de sa jambe gauche...

A : - Oui, c'est ça.

MG : - Moi, quand je l'ai vu au départ, si tu veux, je l'ai examiné à droite, et à droite, il a une limitation mais il a pas de douleur, au niveau de la hanche droite, et je partais sur une radiculalgie droite, invalidante, traînant malgré le repos, il avait été sous repos, corticoïdes... enfin, traitement bien conduit, si tu veux. Echec du traitement, moi, le gars, il est chef d'entreprise, il me dit : « Attendez, moi je vais pas rester en repos, mon entreprise, faut qu'elle tourne, c'est-à-dire que moi, je veux savoir où je vais, si je dois prévoir de liquider mon affaire... », parce qu'il a des salariés... voilà, c'est-à-dire qu'il y avait un enjeu derrière important, mais moi, j'étais devant un tableau clinique, or entre ma demande de rendez-vous et quand il est examiné par le spécialiste...

200 A : - Il y a un changement.

MG : Manque de pot, il y a un changement clinique...

205 A : - Mais bon, ça c'est imparable, ça c'est voilà, ça c'est...

210 MG : - Ca revient à gauche, mais donc, à gauche, c'est facile de se dire sciatique à bascule, mais là, je n'en sais plus rien, et ce qui... et actuellement, je ne sais pas... ce matin, je vais discuter avec des gens pour savoir ce que je fais de ce gars-là, c'est-à-dire que, est-ce que je refais une imagerie parce que finalement la hernie, elle était à droite, mais est-ce que

215 l'imagerie montre que maintenant elle est à gauche, et qu'on est vraiment sur un problème de radiculalgie, est-ce que ma radio de hanche, parce que lui il a fait une radio de hanche...
A : - Est-ce qu'une hernie, elle peut tourner, elle peut changer comme ça, d'un côté puis de l'autre ?
MG : - Oui, oui, oui, oui, oui.

220 A : - C'est possible, ça.
MG : - Oui, oui... Alors lui, il a fait une radio de hanche, il dit qu'il y a une arthrose sur la radio de hanche. Il y a effectivement radiologiquement, un petit pincement, mais qui n'est pas très important. Par contre, il y a un examen clinique de hanche qui est franchement pathologique, il a une hanche qui est complètement...

225 A : - Et qui correspond aux symptômes décrits par le patient ? Est-ce que lui, il s'en plaint, du gauche, de son côté gauche ?
MG : - Eh ben lui, il a mal qu'à gauche ! Il te dit à droite, j'ai plus mal moi, il a mal qu'à gauche, il a mal qu'à gauche. Mais il a quand même des fourmillements, il a des douleurs en éclair, c'est-à-dire qu'il te décrit, finalement, il te décrit à la fois des signes neurologiques, mais ton examen clinique t'oriente plus, parce qu'il a pas de Lasègue, il a des réflexes conservés et il a pas de déficit sensitif objectif, il a pas de déficit moteur, c'est-à-dire que mon examen clinique m'oriente plus vers une pathologie de hanche, mais sa plainte à l'interrogatoire bien argumenté m'oriente peut-être plus vers une radiculalgie.

230 A : - D'accord, donc là, la consultation, elle était obligée, elle était indiquée, et après la part des choses, et après la suite, c'est discussion... donc vous allez discuter avec qui, du coup, des...
[...] Je suis en train de me demander...
MG : - Donc ça si tu veux, ça c'est un exemple.
A : - Voilà, c'est un exemple.

235 MG : - Moi ce qui, ce que je vois, euh, ce que j'ai vu avec les internes, c'est que, j'ai eu des internes qu'étaient très bien formés à la sémiologie, d'autres très mal...
A : - Oui.
MG : - D'autres très mal, c'est-à-dire que les signes...
A : - Alors voilà, c'est une question que j'avais tout-à-l'heure, qu'est-ce qui ferait qu'ils partent directement sur une hypothèse diagnostique à partir de, de pas grand-chose, c'est-à-dire de leur première idée préconçue ?

245 MG : - Parce que je pense que vous avez des cases qui s'ouvrent, en terme de formation, préparation à l'internat, vous avez des cases qui s'ouvrent, avec des conduites à tenir sur des signes, euh..., j'sais pas... A l'hôpital, il y a déjà un screening qui a été fait, donc vous voyez des patients qui sont pré-orientés, c'est-à-dire qu'ils arrivent à l'urgence avec une lettre, il y a déjà eu des trucs de faits, ou ils sont directement dans un service, donc on est dans un domaine donné...

250 A : - Il y a plein de choses qui ont été traitées en ambulatoire...
MG : Donc, donc, rapidement vous allez d'une plainte à un diagnostic. Alors que, en médecine de premier recours, on voit un patient pour une plainte sans aucune orientation diagnostique...
A : - Oui, il faut partir de très très loin...

255 MG : - Un patient qui vient te voir parce qu'il a mal au ventre, euh, avec un trouble du transit, avec une diarrhée, un mal au ventre, pas de fièvre, qui traîne depuis dix jours, euh... c'est quoi ?

A : - Oui. Celui-là, on le voit pas forcément arriver...

260 MG : - Si c'est une femme, si c'est un homme, c'est pas la même chose, si on est en période menstruelle ou si on n'est pas en période menstruelle, c'est pas la même chose, euh, c'est-à-dire qu'après, si tu veux, c'est l'analyse de ta plainte par un interrogatoire précis, recherche des signes précis et après, un examen clinique précis ; est-ce qu'on fait un toucher rectal, est-ce qu'on fait un toucher vaginal, est-ce que... Moi, un examen de douleur abdominale par un interne qui ne fait pas de toucher rectal, ou une auscultation pulmonaire chez un interne qui fait pas une percussion, pour moi, c'est pas correct.

265 A : - Oui.

MG : - C'est-à-dire qu'on ne doit pas faire un examen pour rechercher ce qu'on a envie de trouver.

A : - ... de trouver.

270 MG : - On doit faire un examen pour rechercher tous les signes sémiologiques de l'organe, une fois qu'on a tous les signes sémiologiques de l'organe, on fait le tri et on décide quelle orientation diagnostique on va donner.

A : - Mais alors, ça c'est... après, on adapte ça à chaque situation parce que ...

MG : - Perpétuellement. On fait que ça.

275 A : - Et alors vous, en base, en première intention, c'est votre façon de voir, c'est... on chope l'organe et on essaie d'en extraire le maximum d'informations, l'organe qui est centré sur...

MG : - De la plainte... oui...

A : - ... et après, donc en fonction de ce que, ben... du tour de l'organe que vous aurez fait, vous allez éventuellement... ou bien vous arrêtez...

280 MG : - Décider des examens paracliniques si j'en ai besoin.

A : - ... ou bien compléter le truc...

MG : - Voilà, voilà.

A : - ... et pas sélectionner... Donc là, c'est l'idée de, euh, enfin... percussion, vibration...

MG : - La sémiologie, c'est tous les signes cliniques si tu veux, que tu obtiens par l'interrogatoire ou par l'examen clinique.

285 A : - Parce qu'on dit quand même... en médecine gé, il y a toujours l'histoire du temps, donc c'est l'examen clinique forcément orienté.

MG : - Non, non, non. L'histoire du temps, c'est pas vrai.

A : - C'est pas vrai ça ?

290 MG : - Non. Non, je suis désolé, c'est pas vrai.

A : - D'accord.

MG : - Pour moi, c'est jamais un critère.

A : - D'accord.

295 MG : - Jamais un critère. Enfin jamais, faut pas dire jamais... mais devant un tableau clinique qui t'interpelle, le critère de temps... alors si le critère de temps fait que tu fais un examen bâclé, faut que tu fasses autre chose. C'est-à-dire que le critère de temps n'intervient pas dans, dans la durée de ta consultation, si t'as une consultation qui, qu'est d'emblée compliquée. Il y a des trucs hyper simples...

A : - Oui, oui, oui, oui.

300 MG : - Si tu as quelqu'un qui vient avec une odynophagie, des adénopathies comme ça, euh, de la fièvre à 39 et un Strepta-test® positif, voilà. On va pas non plus se prendre la tête. Mais

celui qui vient avec une odynophagie, un Strepta-test® négatif, des amygdales hyper foireux, mais pas d'adénopathie sous-maxillaire importante, mais par contre une polyadénopathie diffuse, qu'a un petit subictère, qu'a un petit peu mal au ventre, qu'est crevé, ben, euh, tu vas plutôt t'orienter vers une mononucléose infectieuse, mais par contre tu vas regarder si...

305 A : - Mais alors, vous arrivez à tenir ce truc-là de, de...
MG : - Ah ben, impératif.
A : - Bien sûr, je suis d'accord, c'est un impératif de qualité de l'examen clinique et de qualité de consultation.

310 MG : - Oui, et ça fait vingt-sept ans que j'essaie de bosser comme ça.
A : - Voilà. Mais alors.... ça marche...
MG : - Ah bah oui, ça marche oui, ça marche oui.
A : - Oui non mais, vous fonctionnez sur rendez-vous, sans rendez-vous...
MG : - Ca fait une heure de retard sur mon planning en permanence, donc voilà, c'est tout.

315 A : - Vos consults, elles sont sur rendez-vous ?
MG : - Elles sont sur rendez-vous, ouais. Trois par heure, j'ai jamais réussi à faire mieux.
A : - Ah c'est déjà... moi, je trouve que c'est déjà vachement bien.
MG : - En moyenne. Ca veut dire qu'il y a des consultations qui vont durer peu de temps et d'autres qui vont durer une demi-heure quoi.

320 A : - Ouais. Et donc, ça tient. Donc, ça, ça veut dire éventuellement décalage dans le temps des consults programmées. Pas de retour, de mauvais retour des patients qui disent : « On a attendu. » ?
MG : - Parfois, mais je leur dis : « Le jour où vous serez fort malade, vous aurez envie que je passe trois-quarts d'heure avec vous, donc... » Non après, ta patientèle, elle est telle que tu es,

325 c'est-à-dire que les gens, ils savent que... non, ça, ça m'a jamais posé de souci.
A : - Moi, c'est euh, alors que j'ai pas exercé, ça me fout la pression.
MG : - Ca te stresse, oui, oui. Mais tous. C'est-à-dire que vous êtes tous, vous êtes tous...
A : - Parce que on se dit, c'est libéral, y'a la pression, voilà, il faut avoir un minimum de rendement...

330 MG : - Non, les jeunes, non enfin moi, je vois pas trop ça. Vous savez pas gérer votre temps, ça c'est clair. Mais vous êtes pas lâché en autonomie, donc ça, c'est pas trop le problème. Non, ce que vous avez à faire, c'est le tri, ce que vous avez du mal à faire, c'est le tri des informations, c'est déjà bien écouter le... Moi, c'est rigolo, quand je laisse l'interne manager la consultation, euh, moi je recueille pleins de trucs, et après je vois ce que l'interne, il est capable de marquer dans l'ordinateur.

335 A : - Ouais.
MG : - Eh bien, très régulièrement, au départ, très régulièrement, presque tous les internes, l'interne ne marque pas ce qui a été dit. Il marque ce qu'il a compris.
A : - Il interprète, il sélectionne...

340 MG : - Exactement, exactement, et ça, sur le plan sémiologique, ça fausse complètement tout, parce que déjà, il donne une orientation. Ca veut dire que déjà, dans sa tête, il a une idée de ce qu'il pense que c'est, et il va plutôt marquer le truc qui l'arrange dans ce sens-là. Et très souvent, après ils le font moins, mais très souvent au début, je dis : « Lis ce que tu as dit, ce que tu as marqué. », alors il lit, je dis « Est-ce que c'est ce que le patient t'a dit tout-à-

345 l'heure ? ». Alors, il y en a qui disent : « Bah oui. » et puis il y a en qui disent : « Bah non, c'est

vrai. » Et si ils disent oui, je dis au patient de reformuler son truc, et je lui dis : « Est-ce que c'est la même chose ? ».

A : - Qu'est-ce qui fait ça ? Qu'est-ce qui fait qu'ils arrivent... Est-ce que c'est pas... Déjà, à la base, ils ont... est-ce qu'ils se foutent pas la pression du temps, ils se foutent la pression de l'efficacité ?

350

MG : - Alors... le facteur temps peut jouer.

A : - C'est comme s'ils s'adaptent, alors que vous demandez pas cette adaptation, comme s'ils s'adaptent par anticipation à un rythme entre guillemets libéral...

MG : - C'est possible, c'est possible, mais je suis pas certain qu'ils exercent pas comme ça à l'hôpital déjà. Parce que l'écoute du patient, qu'elle soit à l'hôpital, à l'urgence ou qu'elle soit en médecine de ville, c'est la même chose, c'est la même chose. Le patient qui te dit : « Ca me fait comme une brûlure sous l'omoplate, avec, parfois la nuit... bon, quand je me retourne, bon le lendemain après, bon le lendemain matin, bon quand je me lève, quand c'est réchauffé ça disparaît. », et que je vois l'interne qui me marque : douleur de rythme inflammatoire, douleur nocturne sur un rythme inflammatoire...

355

360

A : - Oui.

MG : - ... je lui dis : « Est-ce que c'est ce que le patient vient de te dire ? » Qu'est-ce que j'ai dit moi ? Tu as retenu ce que j'ai dit ?

A : - Là ?

365

MG : - Ouais.

A : - Brûlure sous l'omoplate ?

MG : - Ouais, et après ?

A : - ... la nuit... et changement de position, enfin...

MG : - Voilà... quand je me retourne... Donc est-ce que c'est une douleur de rythme inflammatoire, ça ?

370

A : - Bah, euh... ça rentre pas dans les cases, quoi...

MG : - Bah non. C'est une douleur mécanique, c'est pas une douleur insomnante, ça l'empêche pas de se rendormir, c'est pas la douleur qui le réveille. Il se retourne, il a mal, il retrouve une position, il se rendort. C'est une douleur mécanique, c'est pas une douleur inflammatoire.

375

A : - Ouais.

MG : - Alors, tu creuses ou tu creuses pas, ça n'empêche que la traduction par l'interne en deux secondes, c'est douleur inflammatoire nocturne.

A : - Parce que, nous, on entend le mot nuit...

380

MG : - Et ben voilà, exactement, et ça, c'est la sémiologie pure. C'est interrogatoire et sémiologie. C'est, enfin interrogatoire, c'est... j'ai bien écouté mon patient et je retranscris ce que j'avais compris, mais j'ai pas retranscrit ce qu'il a marqué, ce qui fait que... si tu vois mes observs un jour, tu verras que dans mes observations, c'est marqué, texto.

A : - Oui.

385

MG : - Douleur nocturne au retournement. C'est-à-dire que quand tu lis l'observation...

A : - Et puis après, ça permet de revenir, enfin éventuellement, de revenir...

MG : - ... et après quand tu lis le truc, d'emblée, tu vas te dire, attends, voilà, il parle pas de douleur insomnante, c'est pas une douleur qui vient spontanément, bon voilà, il te dit : « Si je me retourne, ça me fait mal... »

390 A : - C'est-à-dire qu'on fait rentrer le discours des gens dans les cases qu'on a. C'est ça, c'est la même chose que la névralgie de tout-à-l'heure.
MG : - Tout à fait. C'est-à-dire qu'on écoute, on écoute, euh... avec déjà une analyse en cours sur une hypothèse déjà posée.
A : - D'accord.

395 MG : - C'est-à-dire que, au fur et à mesure où le patient va vous donner une, deux, trois informations, votre hypothèse diagnostique s'affine, tout-de-suite, alors que vous avez encore pleins de signes qui sont pas présents, et du coup, puisque vous affinez votre diagnostic trop vite, vous vous enfermez dans une hypothèse diagnostique, et ça, faut pas.
A : - Alors, par rapport à un truc de tout-à-l'heure, j'ai juste noté «pression du patient». Alors, je
400 sais pas si ça a joué ou pas, mais le patient qui avait donc ses lombalgies, sciatgie, euh... chef d'entreprise. Alors, là, il faut qu'il soit sur pied, faut pas que ça traîne trois semaines... Est-ce que ça a pu modifier la prise en charge, vraiment sur cet exemple-là ?
MG : - Ouais, j'ai peut-être été un peu plus vite à l'imagerie, mais pas beaucoup plus vite parce qu'il a dû faire son scan au bout d'un mois d'échec de traitement, si tu veux, donc euh... donc
405 c'est peut-être un petit peu rapide...
A : - Normalement, c'est à peu près six semaines...
MG : - Ouais, et ça peut aller à deux à trois mois, bon, le seul truc qui me manquait dans la prise en charge, mais je sais qu'il le fera pas, c'est le repos, strict, allongé. C'est-à-dire, c'est-à-dire que sur une sciatique réelle compressive, faut une mise en décharge à mon sens,
410 complète d'épreuve, au moins de dix jours, bien conduite, avec la corticothérapie, pour voir si ça cède complètement. Et ça, il l'a pas fait, je suis sûr qu'il l'a pas fait...
A : - D'accord.
MG : - ... mais il le fera pas, c'est-à-dire qu'il est dans l'impossibilité de le faire.
A : - Voilà, ah voilà, ça c'est important, c'est-à-dire que... on s'adapte, normal, on s'adapte au
415 contexte socio-professionnel du patient...
MG : - T'es obligé, ouais.
A : - Oui, on est obligé. Donc, ce gars-là ne peut pas s'allonger, ne peut pas rester au lit, bon. Donc j'accélère un peu l'examen complémentaire...
MG : - Ouais, un petit peu, peut-être ouais, un petit peu.

420 A : - Un chouilla quoi... Alors, est-ce que ça pose un souci ou pas ? Non, ça change rien...
MG : - Non, si tu veux, ça a pas à voir avec ta sémiologie ça, c'est-à-dire que des signes sémiologiques au départ, il a pas mal à gauche, il a mal qu'à droite, donc il n'y a pas de raison de l'examiner à gauche, et du coup, il n'y a pas de raison de lui faire un examen de hanche à gauche, je lui ai fait ses réflexes des deux côtés si tu veux, l'examen neurologique que j'avais
425 fait au départ était bilatéral, et il était symétrique, mais je n'avais pas fait d'examen de hanche à gauche puisqu'il avait pas du tout mal à gauche. Par contre, quand il a mal à gauche, on recommence tout à zéro, et effectivement, là, on ne sait plus si on est dans du neurologique ou de l'orthopédique. La sémiologie là, euh... est pas suffisamment tranchée puisque sa plainte nous oriente plutôt dans un sens et l'examen clinique nous oriente plutôt dans un autre sens.

430 A : - Mais là, je réfléchis, j'essaie de réfléchir sur la pression que parfois mettent les patients... mais bon là, c'est... c'était manifestement... de toute façon...
MG : - De toute façon...

A : - ... fallait aller à l'imagerie... ça change rien. Alors, est-ce que vous avez un exemple de...
je sais pas... dans les consults, vous avez... les gens, ils sont... parce que ça, ça existe aussi...
435 « J'arrive pour que vous me fassiez un bilan. », il y a des gens qui disent ça.
MG : - Oui...
A : - ... un bilan complémentaire... ils ne sont pas dans la plainte...
MG : - ... oui, un bilan complet.
A : - Voilà...
440 MG : - J'aimerais que vous me fassiez un bilan alors que j'en n'ai pas besoin.
A : - ... ils sont déjà dans la demande machin, donc c'est entre guillemets une sorte de
pression... après, on arrive à la gérer, la négocier, ou pas...
MG : - Ouais...
A : - Mais à la base, on peut appeler ça une pression éventuelle, une demande.
445 MG : - Oui, bah c'est une exigence personnelle.
A : - Une exigence personnelle.
MG : - Oui, oui.
A : - Est-ce que parfois, ça peut influencer sur... est-ce que ça peut... on peut... est-ce que vous
arrivez tout le temps à calmer cette demande-là, ou est-ce que parfois vous lâchez du lest,
450 bon bah...
MG : - C'est rarissime.
A : - Est-ce que il y a des bonnes raisons aussi...
MG : - Rarissime.
A : - ... de lâcher... non mais oui... Il peut y avoir des bonnes raisons de lâcher du lest peut-
être.
455 MG : - A mon sens, non. Après si tu veux, t'as des critères, t'as des critères... Par exemple, la
demande qu'on fait régulièrement, c'est : « J'suis fatigué, j'suis fatigué, depuis un moment, je
me traîne et tout, Docteur, faut me faire un bilan sanguin. »
A : - Dans bilan sanguin, on ne sait pas ce qu'ils ont eux.
460 MG : - Voilà, donc je leur dis : « Vous avez quoi comme plainte ? - Bah... je suis fatigué », je
dis : « Vous êtes fatigué, vous avez des symptômes ? Mis à part le symptôme fatigue, vous
avez des symptômes ? Vous êtes essoufflé, vous êtes... vous avez le coeur qui palpite ? Vous
avez perdu du poids ? Vous avez une perte d'appétit ? Vous avez des troubles du transit ? »
Voilà. Là on est... c'est-à-dire que, d'une plainte qui ne veut strictement rien dire avec une
465 demande d'examen complémentaire d'emblée...
A : - Voilà.
MG : - ... d'emblée moi, je vais orienter l'interrogatoire de mon patient vers la recherche de
signes sémiologiques.
A : - Voilà.
470 MG : - Et si il a rien de tout ça, et ben je dis : « A priori pour moi, vous n'êtes pas malade, et j'ai
pas de point d'appel, donc on ne fera pas de prise de sang. »
A : - D'accord.
MG : « - Ah bon, alors les globules... machin... » Je dis : « Ecoutez, les globules... si on a des
globules blancs en trop, c'est qu'on a une infection et des signes infectieux, de la fièvre ; si on
475 a... si y'en a pas assez, généralement, y'a pas de signe mais ou si il y a des signes, c'est aussi
infectieux parce qu'on a des problèmes sérieux ; si on a une anémie, on est tachycarde, on a

le coeur qui palpite, on est essoufflé à l'effort ; si on a des plaquettes effondrées, on va avoir des bleus spontanés partout sur le corps et dès qu'on se cogne... »

480 A : - Mais est-ce que... juste... pour se baser sur une consultation, est-ce que vous avez le souvenir d'une consultation récente où vous avez pu dire ça ? Une patiente en particulier.

MG : - Où j'ai pas...

A : - Ce genre de...

MG : - Oui, j'en ai eu une, très récemment, à qui j'ai dit qu'il y avait pas besoin de faire un bilan.

485 A : - Alors elle venait, elle venait... c'était quoi, sa plainte au départ ?

MG : - Bah hier, hier, j'ai eu une demande de bilan chez une patiente qui vient en consultation parce qu'elle s'est affalée il y a une semaine...

A : - Oui.

490 MG : - Euh, c'est une, c'est une patiente qui, qu'a une hypertension traitée, euh... qu'est insomniaque et euh... pathologiquement anxieuse, et qui donc est tombée une semaine avant, avec l'explication de sa chute, il n'y a pas de malaise, de machin comme ça, mais du coup, elle a un bleu tout le long du bras parce qu'effectivement, elle a une pêche un peu au coude et donc elle a un bleu qu'est descendu...

A : - Qui diffuse...

495 MG : - ... tout le long du bras, et tout, et puis elle a des excoriations cutanées au niveau des genoux...

A : - D'accord.

500 MG : - Et puis finalement, bon voilà... mais elle a pas grand-chose de plus, mais donc, elle va voir la cardiologue dans un mois, et elle me dit : « Il faudrait me faire un prise de sang parce que quand même avec la chute et tout ça, je vais voir la cardiologue... »

A : - Depuis combien de temps, sa chute ?

MG : - ... donc... une semaine.

A : - Une semaine après la chute, elle vient parce qu'elle a l'impression d'être fatiguée depuis sa chute quoi.

505 MG : - Non, c'est parce que elle a mal et puis euh... et puis elle va voir la cardiologue, que elle a ce gros bleu là, donc elle sait pas si faut faire quelque chose, et puis euh... et puis, bon ce serait, il faut peut-être faire une prise de sang, parce qu'elle a tout le temps soif et tout, et ça elle me le dit à chaque consultation, donc elle a sûrement du diabète, il faut lui faire une prise de sang, donc voilà, donc...

510 A : - C'est elle qui dit ça, c'est son interprétation ?

515 MG : - Oui, oui. Donc euh, donc je lui ai dit que comme elle allait voir la cardiologue, effectivement la cardiologue allait peut-être lui demander d'où elle en était de son bilan sanguin... j'ai été chercher son dossier, j'ai ouvert, j'avais une prise de sang qui datait du mois de juin 2009, c'est-à-dire de moins d'un an, j'ai refusé de lui faire une prise de sang, en lui disant qu'elle avait moins d'un an, son cholestérol était relativement correct, et qu'à l'âge qu'elle avait, je me foutais éperdument de son cholestérol, même si la cardiologue elle s'y attachait, qui moi, ça m'intéresse... ça m'importait pas, mais qu'en plus il était pas mal donc il y avait pas à s'exciter, et que elle avait pas de diabète et que...

520 A : - Est-ce que la perspective de la consult avec un spécialiste, alors cardiologue, on ne sait pas ce que les gens ont en tête, cardiologue par rapport à médecin généraliste, bon. Est-ce

que ça peut la faire cogiter... je sais pas si elle avait déjà vu un cardiologue cette dame-là...

MG : - Oui, oui...

A : - Est-ce que ça peut la faire cogiter en disant, euh... bah, j'sais pas quoi, est-ce que ça peut l'inquiéter en disant : « Il m'envoie voir un cardiologue, ça doit être compliqué... »

525 MG : - Non, non, c'était... elle avait accompagné son mari chez le cardiologue qu'a une grosse pathologie cardiaque, comme elle mais qu'elle en a une petite mais qu'elle est très hypochondriaque, de temps en temps quand son mari allait chez le cardiologue, elle prenait une consultation pour elle, et la cardiologue lui disait, bon bah, une fois par an... voilà... donc elle était rendue, elle a vu la cardiologue pour son mari il y a pas longtemps, qui lui a dit :

530 « Non, écoutez, je peux pas vous voir là maintenant, parce que vous avez pris rendez-vous pour votre mari et pas pour vous...

A : - Oui.

MG : - « ... donc je vous donne un rendez-vous dans un mois. » Donc elle va voir la cardiologue dans un mois pour rien, mais...

535 A : - Ah oui.

MG : - ... voilà.

A : - Alors ça, c'est autre chose. Cette histoire de, de, de récupération...

MG : - Non, c'est pas de la récupération...

A : - C'est pas de la récupération ?

540 MG : - ... c'est du business...

A : - Oui, voilà.

MG : - C'est du business. Oui, oui, non mais faut être clair.

A : - Non mais voilà, c'est ça, la récupération de patients sur une... voilà... genre...

545 MG : - Si tu veux, sur les visites de cardiologues, les cardiologues disent toujours : « Je serais content de revoir le patient dans un an, ou dans six mois. » Moi le patient hypertendu, qu'a un électro de temps en temps, que j'examine, que je vois régulièrement, il voit le cardiologue tous les cinq ans, il est hors de question qu'il aille voir le cardiologue tous les six mois ou tous les ans, quoi. Et le jour où on mettra un peu son nez dans ses affaires-là, on diminuera toutes spécialités confondues beaucoup les consultations...

550 A : - Oui, oui, oui...

MG : - Mais là, on part du registre sémiologique. Si tu veux, là, la plainte, ça a été, voilà, je veux une prise de sang, voilà, parce que je suis tombée, machin, je vais chez la cardiologue...

555 « Est-ce que vous avez les signes particuliers ? » Non, pas plus. Est-ce que il y a un motif, euh, par rapport à des critères biologiques déjà connus, de refaire, euh, une prescription biologique maintenant ? Non, il y en a pas. Et ben, il a pas eu de prise de sang.

A : - L'origine de sa plainte, l'origine de sa demande, est-ce que c'était vraiment parce qu'elle était inquiète par rapport à sa fatigue ou parce que...

MG : - Elle était pas fatiguée, elle s'était ramassée.

A : - ...

560 MG : - Oui, tout à fait. Oui, oui, elle est tombée et finalement ça fait une semaine et ça se passait pas mal, j'étais en vacances, donc elle a attendu que je rentre, quand je suis rentré, elle est venue me dire qu'elle était tombée, qu'elle avait un gros bleu, machin et puis... voilà. Elle a fait son petit truc, si tu veux quoi, c'était...

565 A : - Donc là O. K. Donc c'est une pression de la patiente que vous avez su gérer, dans le sens où...

MG : - Oui, je cède quasi jamais à ce type de demande quoi.

A : - Voilà.

MG : - Et toujours, et toujours, l'orientation euh... c'est : « Est-ce que vous avez des signes sémiologiques à me présenter ? »

570 A : - Oui.

MG : - Non ? Eh ben, y'a pas de motif.

A : - Oui. Un exemple où vous auriez craqué pour une bonne raison. C'est possible ça, parce que par exemple on peut dire cette dame, elle est hypochondriaque, elle est tellement dans la plainte que, bah, une fois de temps en temps je lui lâche l'examen bio...

575 MG : - Non, non.

A : - ... voilà, pour qu'elle se calme, qu'elle soit rassurée, je sais pas... Est-ce que ça peut être une bonne raison de rassurer...

MG : - Alors chez elle, de temps en temps si tu veux, je vais craquer sur la glycémie, mais ça coûte rien à personne parce que je lui fais le test, donc euh... je lui fais une glycémie capillaire.

580 A : - Une glycémie capillaire... qu'est pas justifiée sur le plan...

MG : - Qu'est pas justifiée, mais je lui montre l'écran, je lui dis : « Vous voyez bien, vous avez pas de diabète. »

A : - Et ça sert ? Parce que voilà, j'imagine que, euh, elle est rassurée sur ce truc-là, ça calme...

585 MG : - Oui, mais...

A : - Ca peut être une forme de soins ça aussi, non ?

MG : - Ca fait vingt-sept, ça fait vingt-sept ans que je la soigne, j'ai pas, j'ai pas remarqué si tu veux... c'est-à-dire que dans mon discours, euh... je ne refuse pas sans explication. Ca c'est, ça c'est impossible. C'est-à-dire que tu refuses et tu argumentes pourquoi tu refuses, et tu expliques à la patiente pourquoi euh... pourquoi elle demande une prise de sang... C'est-à-dire

590 que à chaque fois avec cette dame-là, elle est très conscience si tu veux qu'elle est très angoissée, qu'elle est très inquiète, et euh... à chaque fois, elle a des plaintes multiples, je vois qu'elle va moins bien, je lui dis : « Madame Untel, vous êtes, vous êtes dans une mauvaise période. Vous êtes très anxieuse et tout ça... - Oui, oui, oui, en ce moment, je suis très anxieuse. » Je lui dis : « C'est encore votre anxiété qui vous joue des tours. » C'est-à-dire que elle repart de la consultation rassurée. Elle n'a pas eu sa prise de sang, mais je lui dis pas :

595 « Je vous fais pas votre prise de sang, c'est vingt-deux, vous dégagez. » Ca, c'est impossible.

A : - Voilà, le soin, il est ailleurs.

MG : - Voilà, exactement. Dans l'écoute, dans l'écoute de sa plainte, dans la rationalisation de sa plainte, c'est-à-dire que l'explication c'est : « Voilà, vous êtes angoissée, vous avez un tout petit peu de médicaments qui peut vous donner la bouche sèche, vous avez la bouche sèche, c'est ça qui peut vous faire croire que vous avez du diabète, mais vous savez très bien que c'est toujours le même principe. »

A : - Parce que ça a l'air d'être une de ses plaintes récurrentes, le diabète...

600 MG : - Oui, oui, elle a peur du diabète.

A : - Ouais, c'est ça. Donc là, ça fait euh... bon, un examen... bon juste une glycémie capillaire c'est sûr, pour rassurer la patiente. Mais c'est une forme de soin, c'est quelque chose qu'on

605

peut... qui se justifie complètement, enfin, sur le plan de la pratique. C'est... ou est-ce vous...
est-ce que vous avez l'impression qu'il faudrait mieux pas le faire ? Bon là, c'est vraiment rien
610 une glycémie capillaire...
MG : - De temps en temps, de temps et temps...
A : - Même un bilan complet... on lâche un truc qui rime à rien, mais genre, elle va voir... son
sodium machin...
MG : - Non, faut pas le faire, non, non...
615 A : - Faut pas ?
MG : - Non. Par contre, je bosse avec quelqu'un qui en fait régulièrement.
A : - Voilà.
MG : - Je vois des bilans, des tonnes de bilans biologiques strictement normaux passer...
A : - Qui servent à rien, voilà, qui servent à rien...
620 MG : - Parce que sur une plainte asthénie, il va faire quinze dosages.
A : - Alors voilà : dans l'ordinateur, bilan d'asthénie, point.
MG : - A la rigueur, oui.
A : - Non mais, parce que il y a ça dans les logiciels.
MG : - Tout à fait, tu peux. Tu fabriques ce que tu fais...
625 A : - Oui...
MG : - On a des ordonnances types donc tu peux te la faire.
A : - On, on, on... ça c'est l'histoire du logiciel, c'est-à-dire que on adapte son logiciel
évidemment à sa pratique, et si on fait des bilans standards euh... on peut faire des bilans
standards qui sont pas justifiés...
630 MG : - Moi, ça, ça existe pas. C'est-à-dire que le bilan, le bilan d'entrée... la biologie, l'électro
de base de l'urgence quand t'arrives, quel que soit ton motif d'arrivée...
A : - Ils ont la NFS, ils ont l'ionogramme...
MG : - Voilà... Ca n'existe pas, chez moi, ça n'existe pas. Chaque examen est justifié par
quelque chose.
635 A : - Ouais...
MG : Chaque examen. C'est clair. Mais je suis infernal, hein, j'suis pas un bon exemple, j'suis
infernal, les internes ils disent : « Vous êtes terrible, terrible. »
A : - ... de rien lâcher. Mais justement c'est...
MG : - La vraie médecine, c'est... la vraie médecine, c'est ça. C'est-à-dire que le système il en
640 crève de ça, justement, parce que ça a un coût gigantesque...
A : - Mais moi, c'est aussi une de mes motivations de faire cette recherche, c'est-à-dire que...
les bilans dans tous les sens...
MG : - La médecine, la médecine clinique... je vais te donner un autre exemple, si tu veux, de...
par rapport à la sémiologie toujours.
645 A : - Oui.
MG : - J'ai une patiente il y a très longtemps, qui a eu une très grosse pathologie digestive, où
on avait suspecté un Crohn ou une RCH au final, euh... avec une altération de l'état général
amaigrissement... hospitalisation... ça a zoné, hospitalisation en réa, toute complication
iatrogène, pneumothorax sur sous-clavière... enfin bon, elle a tout eu, elle a failli mourir... bref.
650 Et on n'a jamais eu de diagnostic... elle avait des pognacs dans son ventre, du liquide... enfin
bon... coelioscopie...

A : - Oui.

MG : - ... c'est peut-être, c'est peut-être pas... c'est pas une image typique de... enfin bon, on savait pas quoi si tu veux.

655 A : - Mmm, mmm.

MG : - Cette patiente réussit à se sauver tout seule, parce que c'est pas la médecine qui l'a beaucoup aidée, réussit à se sauver toute seule euh... et euh... six mois un an plus tard euh... doit passer un scanner abdominal de contrôle dans le cadre de son suivi... voilà.

A : - Ouais.

660 MG : - Scanner programmé, hein.

A : - Oui.

MG : - On refait le point dans un an, on refait le scanner, parce qu'on avait dit c'est bizarre...

A : - A l'hôpital, ils avaient conclu à quoi, ils avaient conclu à ...

665 MG : - Ils savaient pas, on sait pas ce qu'elle a fait, on sait pas ce qu'elle a fait, bon sa fille a sorti une RCH il y a 4 ans, et l'anapath était pas... typique mais pas impossible, enfin... donc voilà. Donc, diagnostic suspecté, c'était sans doute ça, mais bon... avec après toutes les complications iatrogènes qu'elle a pu faire. Et donc bilan, à six mois ou un an, je sais plus, donc scanner programmé avec consultation chez le gynéco, parce que forcément, tout avait zoné à ce moment-là, aussi bien sur le plan gynéco que digestif...

670 A : - Fallait refaire le point sur les deux...

MG : - Voilà. Donc, donc, imagerie. Sur le scanner, une image kystique foireuse, je sais plus à quel endroit, qui n'existait pas sur le scanner initial, euh... bref, une image radiologique.

A : - Alors que la patiente était cliniquement...

675 MG : - Plainte de la patiente : zéro. Elle va très bien, elle avait des anémies ferriprives à répétition, qu'on avait quand même beaucoup de mal à régler, c'est comme ça que ça avait commencé, euh... sous fer, elle était équilibrée, ferritine normale, hémoglobine normale, pas de fièvre, aucun signe clinique. Donc elle va voir le gastro qui dit : « Bah, écoutez, cette image-là, c'est bizarre, c'est, c'est entre les deux étages, pour moi, ça peut être gynéco, j' pense pas que ce soit digestif, mais c'est pas clair, faut... de toute façon elle voit le gynéco dans le cadre de...

680 »

A : - Même la localisation au scan, c'était pas clair ?

MG : - Non, non, c'était pas clair, c'était foireux, c'était collé entre l'utérus et le sigmoïde, enfin...

A : - Après, ça rend le diagnostic difficile quoi...

685 MG : - Voilà. Donc, donc : « Y'a un truc, mais c'est gynécologique quoi . » Donc euh... elle voit le gynéco dans quatre jours, c'est un petit peu : « Mon cher confrère... » Le gynéco l'examine, bon, retrouve pas grand-chose, interrogatoire : pas grand-chose, il dit : « Ecoutez, cette imagerie-là, c'est pas gynécologique, c'est digestif quoi. C'est digestif, il faut... bon... »

A : - C'est pas dans son domaine, il balance dans l'autre domaine.

690 MG : - ... donc je réécrit à mon confrère, je dis : « Cher confrère, j'ai bien pris connaissance de votre lettre et... mais bon, pour moi c'est pas gynécologique, c'est manifestement digestif, donc je vous reconfie la patiente... » Donc, la patiente vient me voir, en disant : « Bah, écoutez, y'a une image au scanner... » Elle tra... elle est manipulatrice, compétente, hyper compétente.

A : - Ah !

695

192

MG : - Elle dit : « Y'a une image au scanner, effectivement ça se voit, enfin bon, j'en ai parlé au patron, qui m'a fait un scanner, bon voilà... le gastro, enfin le chirurgien digestif, il me dit... et le gastro, ils me disent que c'est pas digestif, c'est gynéco. Le gynéco, il me dit que c'est pas gynéco, que c'est gastro, donc euh... voilà. »

700 A : - C'était un gros truc ?

MG : - Ouais, c'était foireux, c'était pas un gros truc, mais c'était une image foireuse quoi. Donc, donc elle me dit : « Je fais quoi ? » Je dis : « Ecoutez, moi, j'en sais rien, je suis que généraliste euh... y'a une image, radiologique, d'interprétation difficile... »

A : - Impossible...

705 MG : - « ... vous avez vu deux spécialistes euh... qui ne tranchent pas euh... Les spécialistes sont plus compétents que moi, donc euh... Donc, moi ce que je peux faire, c'est vous réexaminer. Donc vous passez... » Parce que je l'avais pas vue, la patiente, c'était des consultations codifiées donc...

A : - Codifiées par rapport à la prise en charge initiale.

710 MG : - Voilà. C'est-à-dire que rendez-vous pris à l'avance, vous viendrez avec un scan à la consultation de contrôle... Donc moi j'examine la patiente, digestif, épluchée partout, palpation, Murphy, Mac Burney, sigmoïde, ganglion de Troisier, toucher rectal, toucher vaginal...

A : - Du coup, vous avez fait l'examen complet sur le plan digestif, sur le plan gynéco...

MG : - Interrogatoire digestif, gynéco complet, digestif, gynéco, urinaire complet.

715 A : - Digestif, gynéco... ouais.

MG : - Interrogatoire, examen clinique : les deux. Donc la patiente, je l'examine complètement, voilà, je repars à zéro. C'est-à-dire que moi, je m'en fous de l'image, j'm'en fous de l'avis du gastro et du gynéco, je lui fais un interrogatoire conduit complet, dans les trois sphères : digestif, urinaire, gynécologique, les trois trucs qui sont à l'endroit où j'ai l'image...

720 A : - Donc là ça évoluait, on était à combien de temps du début ?

MG : - On était à six mois ou un an...

A : - Ouais, ouais...

MG : - J'sais plus, ça faisait longtemps... Et donc, j'ai un examen strictement normal.

A : - Oh la la.

725 Mg : - Et donc la patiente me dit : « Qu'est-ce que je fais ? » Je lui dis : « Bah écoutez, je vais téléphoner au gastro et au gynéco, on va en parler tous les trois, et je vais vous dire, je vous rappelle. » Donc j'appelle le gastro, qui me dit : « Ecoute, ... » Alors, alors, avec la patiente, avec la patiente, il avait passé le bébé au gynéco, si tu veux, donc il s'était pas mouillé, il avait dit pour moi c'est pas digestif... et puis l'autre avait fait pareil, et donc la patiente... Ils s'étaient

730 déchargés si tu veux. Donc il me dit : « Ecoute, tu te souviens de l'histoire de cette patiente, c'était un bordel fini, elle a failli clamser à l'hôpital et tout... j'sais pas ce que c'est que ce truc-là, c'est quand même foireux... faut, faut, faut... j'sais pas si faut aller voir, j'en sais rien... pour moi, c'est pas gynéco, enfin c'est pas digestif, machin... j'ai une lettre du gynéco, il dit que c'est pas gynéco... écoute, j'sais pas, c'est le bordel euh... » Voilà, en termes, le coup de fil avec le gastro. Je téléphone au... Bon bah je dis : « Je téléphone au gynéco, on se tient au courant... »

735 Bon. Je téléphone au gynéco qui me dit : « C'est foireux, cette histoire tu te souviens... »

A : - La même !

MG : - Voilà, exactement la même chose. Et donc au final, je dis : « Je fais quoi moi ? - Bah écoute, tu fais comme tu veux. Tu fais comme tu veux parce que... » Voilà, donc tu te

740 démerdes.
A : - Les spécialistes n'ont pas de réponse.
MG : - Et ils se défaussent. « Ecoute, tu connais bien la patiente, tu, tu, tu vois ce que tu fais quoi. »
A : - Alors ça, l'argument « Tu connais bien la patiente », c'est

745 MG : - Voilà. Et donc, et donc, moi j'appelle la patiente et je dis : « Ecoutez, tous les deux ils se sont défaussés, je ne le cache pas, ils m'ont renvoyé le bébé, y'en a pas un qui se mouille, donc... j'avais fini par péter un câble au téléphone moi hein... en leur disant : « Ecoutez, vous croyez que moi, c'est moi qui ai le moins de compétence et c'est à moi de prendre la décision si on explore, non pas la patiente, mais une image radiologique... »

750 A : - Qui est devenue asymptomatique.
MG : - Bah qu'est devenue... c'est une découverte fortuite !
A : - Voilà.
MG : - C'est-à-dire que ça correspond pas à ce qu'on avait avant, c'est une découverte de l'examen radiologique...

755 A : - Ah donc, on conclut à un truc fortuit et à un truc aigu qu'on n'a pas compris, mais séparés, deux choses séparées.
MG : - Mais c'est-à-dire qu'elle avait eu une histoire au départ, où on n'avait pas compris grand-chose, et quand on fait le scanner, systématique, sans examiner la patiente, on trouve une image radiologique qu'on n'explique pas. Donc, moi j'ai pris la décision avec la patiente de

760 ne rien faire. Je lui ai dit : « Ecoutez, on ne traite pas une image radiologique. On n'explore pas une image radiologique si on n'a pas d'éléments cliniques probants qui vont avec. On surveille. Surtout, si vous avez un symptôme... restez attentive à vos symptômes (c'est quelqu'un de très bien cortiquée), restez attentive à vos symptômes. Si il y a le moindre symptôme qui apparaît, venez me voir et on verra si on peut raccorder les deux, mais on ne fait rien.

765 A : D'accord.
MG : - Pourquoi j'ai rien fait : parce que sémiologiquement, l'examen clinique ne me donnait strictement rien.
A : - Ni aucun stigmate biologique...
MG : - Rien ! Bah, j'ai pas fait de biologie...

770 A : - Ah oui !
Mg : - Si elle a une biologie en même temps, parce que, comme elle faisait son anémie, machin, ferriprive, récidivante, donc on ne sait pas si elle récidivait quelque part et tout, voilà, elle avait une ferritine qui tenait la route, une num normale, une CRP normale. Voilà, donc, j'ai pas refait d'autre bilan, euh... elle avait pas d'anémie, pas de syndrome inflammatoire. Voilà.

775 A : - Ouais. [...] J'ai juste un truc : soigner une absence de symptôme, enfin, enfin, voilà... donc là... ça c'est hyper important, c'est-à-dire que... la base, c'est la sémio.
MG : - On ne soigne pas une image radiologique.
A : - On ne soigne pas une image.
MG : - Exactement.

780 A : - Alors, on soigne pas... On soigne pas une anomalie biologique ?
MG : - Non, on ne soigne pas une anomalie biologique, jamais.
A : - L'hémato ? Non mais alors, je pose la question, je je, j'ai pas toutes les maladies en tête, euh... parce que moi, mon père il me dit ça, il me dit, en ce moment, très à la mode :

785 vitamine D. Très à la mode, carence, machin... A l'hôpital enfin en tout cas, en MPU, on... tout le monde passe... voilà... vitamine D, vitamine D, vitamine D, bon. Ils sont vieux, vitamine D. Y'a des études qui montrent qu'il faut supplémenter, que ça fait plus tomber, y'aurait un lien avec des cancers, euh... bon, alors... y'a des gens qui nécessitent, ils sont tombés, donc bon voilà. Mais il y a aussi... on le fait très largement, on dépiste.

MG : - Oui, mais ça c'est deux choses différentes.

790 A : - Oui... oui.

MG : - C'est deux choses différentes. Le dépistage, c'est le dépistage. Le dépistage, c'est des examens paracliniques, ou cliniques ou paracliniques, que tu vas faire sur un protocole donné qu'a été validé sur une cohorte de population parce que c'est payant de faire de l'Hémocult®, dans une tranche d'âge donnée, sur un rythme donné, ça c'est le dépistage.

795 A : - Oui, ça c'est le dépistage.

MG : - Mais tu ne soignes pas un truc biologique ou un truc radiologique isolé, parce que tu n'as aucune raison de faire une biologie ou une imagerie si tu n'as pas un symptôme derrière qui te sous-tend ton truc.

A : - Bah, les rhumatos en ce moment, sur la vitamine D, ils disent pas ça. Eux ils boivent, les

800 rhumatos ils boivent leur ampoule tous les trois mois, parce qu'ils ont lu des études comme quoi, quand on est vieux, on risque plus de tomber...

MG : - Oui, oui. Mais tu doses pas ta vitamine D. Tu vas supplémenter en calcium et vitamine D mais ça fait des années qu'on supplémente en calcium et vitamine D...

A : - Oui.

805 MG : - Qu'on supplémente en calcium D3.

A : - Voilà, là on est dans le traitement préventif.

MG : - Mais là c'est autre chose, on est complètement hors du truc.

A : - Oui, mais faut faire la part des choses...

MG : - Ce que tu disais, si on ne soigne pas une prise de sang, on soigne pas une prise de

810 sang, non on ne traite pas une prise de sang. C'est-à-dire que tu vas trouver 2300 blancs euh... comme ça parce que sans aucune raison, t'as fait une numération et tu tombes sur 2300 blancs...

A : - T'es emmerdé...

MG : - Eh ben, t'es comme un con. Mais t'avais aucune raison de faire une numération, si t'as

815 pas un point d'appel qui justifie que t'aies une prise de sang à faire. Alors effectivement, statistiquement, tous les 10.000 fois, tu vas effectivement trouver, diagnostiquer une leucose qu'a pas encore parlé, et tout, et là tu te dis : « Purée, je vais faire des nums à tous mes patients à partir d'un certain âge. » Alors ça, c'est catastrophique !

A : - C'est nul, ouais.

820 MG : - C'est catastrophique, c'est-à-dire que ce n'est absolument pas... statistiquement, on n'a pas de... et ça, en médecine, on est toujours confronté à ça...

A : - Oui, c'est comme le dépistage du cancer du poumon...

MG : - On n'a pas à tenir comme hiatus que parce que pour un patient, j'ai eu le bol de tomber

825 sur un truc, que du coup, et ben c'est vachement bien de faire des nums à tous les gens, ou à tous les enfants parce que voilà... parce que on a la trouille qu'ils aient ça, on voudrait pas passer à côté, parce que parce que on n'arrête pas, ça n'a pas de sens.

A : - Là, on se base sur les recos, sur les études, les protocoles écrits...

MG : - Donc on ne traite pas une image radiologique ou une biologie, parce que on n'a aucune raison de faire une biologie ou une radiologie si on n'avait pas des signes sémiologiques qui nous les ont fait faire avant.

830

A : - Oui, oui, oui.

MG : - On en revient toujours...

A : - A la base.

MG : - La médecine, c'est la sémiologie. C'est la plainte, l'écoute du patient, l'interrogatoire du patient, l'examen du patient. Et après, on va décider ce qu'on fait.

835

A : - Ouais.

MG : - C'est la médecine qu'on fait encore en France ! En Angleterre, aux Etats-Unis, ils ne font plus du tout cette médecine-là puisqu'il y a plus de consultation. Ils font des check-ups. Alors maintenant, alors maintenant, est-ce que c'est plus performant ? Y'a pas d'étude qui nous le dise. C'est-à-dire que je dis pas que la médecine qu'on fait en France est la meilleure,

840

on n'en sait rien. A l'heure actuelle en France, on ne fait pas une autre médecine que celle-là, et à partir du moment où c'est pas validé pour des check-ups donnés, sauf la Sécu par exemple, qui fait des check-ups, on sait absolument pas si c'est performant en terme de coût/efficacité, on n'en sait rien. Nous, on a eu une époque notre syndicat, qui avait... enfin, celui où j'étais à l'époque, qui avait proposé à la caisse de Saint-Nazaire de faire cet examen-là chez le médecin généraliste, avec un financement du médecin généraliste avec les mêmes examens, puisque l'électro, on peut le faire au cabinet, la biologie dans notre biologie de secteur, la radio dans notre truc de secteur, y'a juste l'audiogramme qui nous manquait. L'audiogramme, on pouvait faire un ciblage professionnel... l'acoumétrie, y'a des tas... l'acoumétrie, ils savent pas ce que c'est les internes, l'examen acoumétrique, ils ne savent pas le faire, ils savent absolument pas dépister une surdité chez un enfant ou chez un adulte. Le diapason, ils savent pas s'en servir, donc...

845

850

A : - Vous voulez dire le Rinne et Weber...

MG : - Ouais, ils savent pas... Quand tu dis, voilà... Ils disent le Rinne c'est quoi, le Weber alors quand il est latéralisé du côté où on entend pas c'est perception...

855

A : - Moi, j'ai dû le faire deux fois pendant mon cursus. Je me souviens du nom mais là faudrait que je retrouve dans un bouquin les choses.

MG : - Voilà, voilà. Moi, c'est quelque chose que je connais très très bien. Hier, j'ai vu un gamin, euh... le papa m'a appelé parce que... y'a... l'orthophoniste... j'avais une lettre de l'orthophoniste qui était arrivée, et l'orthophoniste avait demandé qu'il y ait un examen auditif qui soit fait, et orthoptiste. L'examen orthoptiste a été fait... enfin ophtalmo : astigmatisme donc petites lunettes, O. K. Et il venait me voir pour que je lui fasse une lettre pour l'ORL pour faire un examen audiométrique. Donc je lui dis : « Ecoutez, on va pas faire une lettre pour l'ORL pour un examen audiométrique, on va voir si votre gamin, il entend bien quoi. » Hein, il a, il a six ans, il est capable de répondre aux questions que je lui pose, je lui ai fait un test acoumétrique, j'avais une otite séreuse, il a un test acoumétrique, il a à tout casser dix ou quinze décibels de perte.

860

865

A : - Alors, test acoumétrique, pour moi, je sais pas trop ce que ça...

MG : - Voilà, c'est de la sémiologie. C'est la sémiologie ORL, mais faut la connaître.

870

A : - Faut la connaître, alors c'est quoi ? C'est le test de Rinne et Weber avec le diapason ?

196

MG : - Voilà, voilà. Conduction aérienne, conduction osseuse, voix chuchotée ou tic-tac de la montre, enfin voilà, donc intelligibilité, test d'intelligibilité tu vois, voix chuchotée sur des chiffres, enfin sur des nombres, pas sur des items connus, brouette, voiture, poupée, ça si tu veux, même s'ils entendent pas bien, tu fais appel à des choses de leur domaine, donc le mot, même s'il va être mal entendu, va être compris, donc répété.

875 A : - Ils doivent répéter ce qu'ils entendent...

MG : - Voilà, donc moi je leur dis absolument tout bas : mains devant la bouche, des nombres euh... 3748 (voix chuchotée), voilà...

A : - Ouais.

880 MG : - Et euh... je monte le ton progressivement, et le gamin à un moment, va me répondre ce qu'il entend quoi. Mais c'est abstrait, un nombre pour un petit, c'est complètement abstrait.

A : - Oui, oui, oui, oui.

MG : - Donc voilà.

A : - C'était ceux-là...

885 MG : - Donc examen des tympans, conduction osseuse, conduction aérienne, voix chuchotée... Là-dessus, ça c'est l'acoumétrie, là-dessus, tu sais si ton enfant il entend ou s'il entend pas. Parce que tu ne passes pas à côté de trente décibels de perte avec cet examen-là. Si cet examen-là est performant, t'as moins de trente décibels de perte. Ca veut dire que dans la vie de tous les jours, il est pas gêné. Parce que moins de trente décibels de perte, tu n'es pas gêné dans la vie, pour l'intelligé, la compréhension et l'apprentissage. D'accord ?

890 Donc voilà, on s'est arrêté là.

A : - Donc, ça évite la consultation spé.

MG : - Bah, bien sûr. Y'a pas eu de consultation spécialiste, y'en aura pas. En plus, il a une otite séreuse le gamin.

895 A : - Oui, donc c'est pas le moment de...

MG : - Il a du liquide et pleins de bulles et il est avec tout le temps, ça veut dire qu'il a tout le temps dix ou quinze décibels de perte. Mais à partir du moment où mon acoumétrie me dit qu'il a moins de trente, il faut surtout le laisser avec son otite séreuse et pas aller plus loin parce que ça sert à rien. Je lui ai mis un petit peu de soufre parce que j'espère que... il a un petit terrain allergique donc en ce moment, il a un petit écoulement, il a une rhinorrhée donc... il a une rhinorrhée, donc je suis sûr qu'il a une petite otorrhée avec une trompe d'Eustache qu'est un peu pourrie, donc j'ai mis un petit traitement, j'ai dit au papa : « On reverra dans trois mois parce qu'on verra si effectivement son otite séreuse s'arrange bien et puis voilà. » Et puis si elle s'arrange pas, j'pense que je ferai rien de plus si sur le plan auditif, y'a rien de plus et ...

900 Mais donc... t'as ta sémiologie ORL.

A : - Et y'en a qui savent pas faire ça.

MG : - Bien sûr.

A : - Et donc...

MG : - Les internes savent pas faire ça, plein de médecins...

910 A : - Moi, je sais pas faire ça... et donc voilà.

MG : - Plein de médecins généralistes ne savent pas.

A : - Donc après... mais alors ça, c'est actuellement, ou c'est même de votre génération ?

MG : - Non c'est...

A : - C'est plutôt actuellement.

915 MG : - Non, c'est même de ma génération. J'ai plein de collègues... on nous avait fait faire... un groupe de FMC... un truc sur la malaudition si tu veux. Euh... les 80 % des médecins de mon groupe ne savaient absolument pas faire une acoumétrie et ce que c'était.
A : - Et donc envoyaient systématiquement.
MG : - Systématiquement.

920 A : - Bon.
MG : - Tout à fait.
A : - Bon, alors problème de formation initiale, ou alors problème de formation...
MG : - Tout à fait. Problème de formation initiale et problème de FMC. C'est-à-dire que... non, non je sais pas dans un domaine, je vais me former dans ce domaine-là, ça c'est simple. Moi, je suis passé... si tu veux... moi, mon ciblage de stages pendant mes études d'externat... en externat, j'ai fait que des stages orientation médecine générale parce que moi, depuis que je suis rentré à la fac, je, je savais que je voulais faire de la médecine gé, donc mes créneaux, mes choix de stages n'ont été orientés que vers ça, je n'ai fait quasiment aucun stage de chir, je n'ai fait que des stages de médecine, donc, pour l'ORL, j'ai fait des consultations pendant deux mois avec le Pr... pendant deux mois d'été, j'ai fait que des consultations d'ORL, donc voilà. Et l'ORL en médecine générale, c'est, c'est, c'est, j'sais pas, 10 % de l'activité.

925 930 A : - Oui, oui, y'a plein de trucs. J'avais une autre question par rapport à l'ORL, que j'avais notée dans mon truc. Mais donc ça c'est... donc la sémio qui évite... c'est clair, qui évite... et c'est carré.

935 MG : - C'est simple, c'est l'examen... c'est tes yeux, tes mains, tes oreilles, tes doigts, voilà.
A : - Ouais, ouais, j'ai lu un article qui disait : « Tous les sens doivent être en éveil.. . », machin... alors... otoscopie. Si on parle de l'ORL, otoscopie, c'est la clinique.
MG : - Oui, oui.
A : - On regarde le tympan. Euh... est-ce que ce serait normal ou pas, est-ce que c'est normal ou pas qu'un ORL soit plus fort en otoscopie qu'un médecin généraliste ? A priori, on a envie de dire oui. On a envie de dire, l'ORL il fait que ça toute la journée, alors que c'est clinique.

940 MG : - Ouais, non mais nous aussi. Si tu veux, l'ORL il va savoir interpréter des trucs, des trucs, par exemple une perforation avec une... avec une... une perforation tympanique avec un cholestéatome derrière, bon il va le voir mieux, l'interpréter un peu mieux qu'un médecin généraliste qui voit... qu'aura vu dix cholestéatomes dans toute son activité, si tu veux. Mais le tympan, le tympan de base, l'otite séreuse, l'otite séro-muqueuse, la perforation, l'otite phlycténulaire, l'otite moyenne aiguë, tout ça, on connaît, on connaît par coeur.

945 A : - Oui... Ce que je me demande, c'est, euh... Y'a des aspects qui sont rares, d'otoscopie... parce qu'évidemment la connaissance, elle est liée à la fréquence.

950 MG : - Bah c'est là où tu demandes à l'ORL.
A : - Euh... c'est là où on demande à l'ORL...
MG : - Tu vois un truc que tu connais pas, que tu reconnais pas, bah c'est évident que tu vas pas rester là, tu vas demander à un ORL.
A : - Donc ça c'est, évidemment, c'est médecin-dépendant, en fonction de la...

955 MG : - Bah ça dépend de la connaissance des médecins, c'est clair.
A : - On revient à la base.
MG : - C'est clair. C'est clair, mais c'est dans tous les domaines pareil si tu veux.
A : - C'est-à-dire que le médecin, il place son curseur où il veut, c'est-à-dire où...

MG : - ... où il veut... où il connaît la limite de ses compétences.

960 A : - Voilà. Mais parce que après, ce qui est sous-jacent, c'est le traitement. C'est-à-dire : est-ce que ça va déboucher sur un traitement bah, dont je maîtrise pas la connaissance parce que bah, on va dans du traitement spécifique. Parce que, ce que je me dis, c'est euh... comme l'otoscopie, c'est clinique, théoriquement on pourrait se dire le médecin généraliste peut connaître, peut analyser aussi bien, enfin, qu'un ORL, une otoscopie.

965 MG : - Sur l'otoscopie...

A : - Après, c'est biaisé...

MG : - Non, sur l'otoscopie tu connais. C'est-à-dire que, c'est-à-dire que tant qu'on n'a pas vu une otite séreuse, on sait pas ce que c'est. Tant qu'on n'a pas vu une otite phlycténulaire, on sait pas ce que c'est. Après, quand tu en as vu et que tu les connais, tu sais la traiter, c'est-à-dire que tu sais ce qu'il faut faire. Moi, sur une otite séreuse, jamais sur une otite séreuse je vais envoyer chez l'ORL, jamais.

970 A : - Oui.

MG : - Jamais, jamais. Maintenant, on n'en voit plus, mais moi j'ai connu la génération paracentèse. Si j'avais envoyé toutes mes otites séreuse quand je faisais des remplas... qui

975 faisaient des milliers, des milliards de paracentèses dont on sait parfaitement que ça n'a aucune justification médicale, c'est quand même une technique franco-française, la paracentèse. Ca n'existe dans aucun pays au monde autrement hein. On a traité les otites aiguës en France avec la paracentèse, c'est le seul pays au monde. Et quand tu lis toutes les études versus les autres pays sur les risques de mastoïdite et de méningite, ils en ont pas plus chez eux qui ne faisaient pas de paracentèse que chez nous qui faisons que ça.

980 A : - Oui.

MG : - Et on mettait quand même des antibiotiques, parce que ça aurait pu se justifier, si on faisait paracentèse plus antibiotique versus pas paracentèse antibiotique, mais en France, c'était paracentèse plus antibiotique, c'est-à-dire que économie de santé : zéro, mais les ORL

985 se sont payé leur maison secondaire avec les paracentèses, c'est parfaitement connu, comme les chirurgiens digestifs les appendicites. Moi, si je fais opérer deux appendicites dans l'année, c'est une année riche, donc... donc c'est dire que l'appendicite, c'est quelque chose de rare, et j'ai fait faire des paracentèses trois fois en vingt-sept ans d'exercice.

A : - Oui.

990 MG : - Et encore, il y en a une que j'ai faite moi parce que le patient il se roulait par terre tellement il avait mal, donc je l'ai fait tout-de-suite...

A : - Vous avez fait une paracentèse ?

MG : - Oui.

A : - D'accord.

995 MG : - Il avait une grosse douleur, c'est pour ça je lui ai fait une paracentèse...

A : - Comment en pratique ?

MG : - Bah avec un stylet spécifique, un stylet... avec, avec un petit spéculum oreille... je bosse avec un matériel ORL, donc euh...

A : - Ouais.

1000 MG : - Et voilà, ce qu'il faut retenir, c'est pas que j'ai fait des paracentèses, c'est... ce qu'il faut retenir...

A : - Si, parce que ce que est super important, c'est que la sémio, bah euh... une fois qu'on est complètement dans un domaine...

MG : - Ah bah elle t'ouvre à un domaine d'activité gigantesque !

1005 A : - Mais c'est ça qui est terrible.

MG : - C'est évident. Mais c'est ça qui fait que tu fais une médecine intéressante.

A : - Voilà. Mais c'est ça qui est terrible parce que... parce que c'est ça qui est génial !

MG : - Mais c'est, c'est génial.

1010 A : - C'est pour ça, c'est pour ça que j'travailles là-dessus. On fait un geste parce que on a fait l'analyse sémio, vous avez eu une compétence, une expérience...

MG : - Que j'ai acquise...

1015 A : - Que vous avez acquise sur des années et puis sur le stage où vous avez fait de la consult, et donc... mais bon en fait, en même temps, c'est des poncifs, on sait très bien qu'on est formés... mais en même temps, j'trouve que c'est hyper important à mettre en valeur tout ça.

MG : - Bah c'est-à-dire que la qualité de tes connaissances sémiologiques, et donc ton approche diagnostique affûtée va te permettre de faire une médecine intéressante, qui va loin en terme de prise en charge.

A : - Voilà, qui va jusqu'à la thérapeutique...

1020 MG : - ... complète.

A : - ... le bout, la prise en charge complète.

1025 MG : - Les plâtres, les stimulations, les stimulations euh... chez une patiente qu'arrive pas à mettre un bébé en route... après voilà, ta sémio endocrinienne et gynécologique, elle va te donner, elle va te donner... alors, après faut pas faire n'importe quoi, après faut connaître la limite de ses compétences, c'est-à-dire que le gars qui veut tout faire et rien donner... t'es un con, c'est, c'est...

A : - Oui.

1030 MG : - Par contre, si dans un domaine donné... t'as une femme qu'a un hirsutisme par exemple, qu'arrive pas à mettre une grossesse en route, bon, tu vas faire ton examen, l'interrogatoire, l'histoire, l'absence de règles, machin, tu vas arriver sur un ovaire polykystique suspecté, tu vas le confirmer en échographie... Avant d'aller faire un quartier d'orange dans l'ovaire par le gynéco sous coelio, tu vas essayer de lui faire une stimulation avec la clonidine, mais la clonidine, ça perturbe la qualité de la glaire, donc tu vas faire clonidine plus estrogène parce que si tu fais que clonidine tout seul, ça va pas bien marcher, et donc, tout ça voilà, c'est-à-dire que c'est...

1035 A : - Typiquement, l'endocrino, c'est de la sémio. Non, est-ce que c'est pas une des spécialités où il y a le plus de sémiologie ?

MG : - Non, y'a autant de sémio dans toutes les spécialités.

1040 A : - Ouais mais le coeur, bon le coeur maintenant, on ne peut plus se baser que sur la sémio, par exemple, l'écho coeur, tout le monde fait des échos coeur...

1045 MG : - Mais si, le coeur c'est la sémio, parce que qu'est-ce qui va faire que tu vas faire ton électro et ce que tu vas y chercher, parce que ce qui est important, c'est pas de faire ton électro, c'est, c'est de savoir ce que tu vas interpréter de ton électro en fonction des signes cliniques sémiologiques que tu avais. C'est-à-dire que si ta douleur, elle est intense, rétrosternale euh... durable depuis, depuis une matinée...

A : - Oui. (comprenant une douleur angineuse)
MG : - ... avec un peu de fièvre euh, et qui varie à la position... Ah : tu vois, t'étais parti sur un diagnostic de départ.
A : (rire) - Oui...

1050 MG : - Voilà. Non, t'avais pas tout.
A : - Voilà.
MG : - Ca veut dire que si tu vas pas chercher tous tes signes cliniques, et ben tu vas chercher des signes de nécrose sur ton truc, tu vas pas les trouver.
A : - Oui.

1055 MG : - Seulement, si tu vas chercher les signes de péricardite, tu vas les trouver. D'accord ?
Mais donc, ce qui est important, c'est pas de savoir si tu as un électro ou si tu sais le faire, ce qui est important, c'est de savoir si le recueil d'informations sémiologiques que tu auras fait avant t'auront suffisamment orienté ton choix et tes recherches pour que tu fasses les bonnes recherches, ou les plus affûtées possible.

1060 A : - Oui.
MG : - Et ça, et ça, par exemple en cardio, j'ai vu ça.
A : - Quoi ?
MG : - Quelqu'un qui m'a téléphoné... quelqu'un qui m'a téléphoné de Nantes, voilà, un jeune, bon euh... fumeur, dans une grande école, enfin dans une école, avec une douleur thoracique,

1065 la main sur la poitrine, fumeur, stressé... douleur qui cédait pas, résistante à la trinitrine, puis point, c'est tout. SOS médecins, SOS médecins... fait un électrocardiogramme, et sur l'électrocardiogramme, trouve rien et hospitalise le patient pour exploration sur euh... bon.
A : - Oui.
MG : - Il manquait effectivement ces deux données-là, c'est, c'est... Y'avait... finalement, la

1070 douleur variait en fonction du truc, et finalement, quand on a pris la température du gamin, il avait 38.
A : - Oui.
MG : - Voilà, il faisait une péricardite... Donc il m'a téléphoné, je lui dis : « Ecoute, tu vas à l'hôpital si tu veux, tu fais comme tu veux, t'es sur Nantes, c'est effectivement plus commode,

1075 si moi, je te trouve un truc foireux, je te renvoie à Nantes, donc va sur Nantes. Mais c'est clair qu'il manquait deux données au truc.
A : - A la prise en charge de qui, non...
MG : - Et ben, il manquait deux données sémiologiques qu'étaient pas dans le courrier du mec de SOS, il m'a lu la lettre de SOS.

1080 A : - Ah c'est ça, d'accord.
MG : - Parce que moi, je lui ai demandé : « Est-ce que, est-ce que t'as de la fièvre ? » Il m'a dit : « Non, j'sais pas, enfin, j'suis chaud ouais... depuis ce matin et en fait depuis hier, j'ai des suées... » Bah je lui dis : « Ecoute, t'es à l'infirmerie de l'école là, prends donc ta température.

1085 » Il me rappelle cinq minutes après, il avait 38. Et puis... et je lui dis : « Quand tu bouges, est-ce que t'as plus mal ou est-ce que t'as moins mal ? » Il me dit : « Bah oui, c'est fonction... ça dépend si je me penche en avant, c'est pas pareil que ... machin... » Bon, c'est... Y'avait deux critères sémiologiques qui manquaient au départ, qui fait que mon orientation diagnostique était plus la même que le mec de SOS.

1090 A : - Donc là, y'a aussi deux choses. Moi je vois d'une autre façon... Y'a deux choses, c'est-à-dire que vous avez posé la question : « Est-ce que t'as de la fièvre ? »
MG : - Oui.
A : - Le gars savait pas trop...
MG : - Oui.

1095 A : - Mais vous avez... il a peut-être fait la même réponse au... je sais pas si l'autre l'a posée...
MG : - J'en sais rien.
A : - Mais si jamais l'autre l'a posée, l'autre n'est pas en tout cas allé la vérifier.
MG : - Surtout que lui, il était dans l'école hein. Il était sur place.
A : - Oui.

1100 MG : - Donc il avait infirmière, infirmier et le thermomètre, donc... et a priori, dans ta trousse, t'as un thermomètre en principe.
A : - Ouais, donc le gars, il est... bon.
MG : - Peu importe, peu importe le gars si tu veux. C'est pour te dire que l'orientation diagnostique donnée, elle n'est pas la même si tu as été au bout de ton interrogatoire sémiologique et de... [...]

1105 A : - Juste sur le sujet... alors, autre question : dermato, rhumato. C'est hyper clinique.
MG : - Ouais.
A : - Alors, là c'est pareil, le médecin il va mettre son curseur où il veut, où il peut.
MG : - Ouais.

1110 A : - C'est ça... est-ce que c'est un problème ? Est-ce que c'est...
MG : - Le problème, c'est d'être conscient de ses compétences et de ses non-compétences, c'est-à-dire que... t'as des domaines où tu te sens à l'aise et des domaines où tu te sens pas à l'aise. Là, je viens de voir un nouvel interne, je l'ai eu au téléphone hier, je lui ai dit : « Ecoute, on se voit vendredi, tu me fais la totalité de tes stages d'externe et d'interne, je veux savoir par où tu es passé, tu me fais une liste de ce que tu aimes faire et de ce que tu aimes pas faire, et tu me fais une liste de ce que ce dans quoi tu te sens à l'aise et de ce que ce dans quoi tu te sens pas à l'aise. Parce que c'est pas fatalement les mêmes choses. Et l'objectif, ça va être de faire ce que t'aimes pas et ce que dans quoi t'es pas à l'aise. (rire) Mais je te rassure, tu feras beaucoup du reste aussi. Mais voilà, c'est-à-dire que l'objectif, c'est de se former là où t'es pas compétent. En FMC, tu t'apercevras que les médecins s'inscrivent toujours à des FMC où ils gazent. Ca, ça fait partie du complexe du médecin qu'a besoin de se rassurer en permanence, et qui va faire la FMC là où il sait les choses, parce que, quelque part, il va se valoriser en...
A : - Il va se gargariser.
MG : - Voilà, il va se gargariser avec les autres, il va se rassurer en se disant : « Oui, c'est bon, oui, je sais. » et puis finalement dans les domaines où il est une vraie tôle, ben finalement, il va pas se former, il va rester une tôle.

1125 A : - Ca, c'est dur.
MG : - Ca, c'est dur pour tout le monde.
A : - Y'a beaucoup de médecins à l'hôpital...
MG : - Oui, tout à fait.

1130 A : - Alors moi après... on peut tous être pris en défaut...
MG : - Tous. On le peut tous.

A : - Pour qu'un médecin dise : « Je ne sais pas. » ou « J'ai merdé. » ou « J'ai pas bien cadré les choses avant d'appeler le spécialiste. », enfin, évidemment, y'a pas mal... enfin, de petits moments, de petits moments de mauvaise foi...

1135 MG : - Ca, tu verras...

A : - C'est difficile, moi je pense...

MG : - Tu verras, dans ton exercice, ce sera important, tu t'apercevras que les patients ils passent très facilement l'éponge si ils ont confiance et tu les trompes pas.

A : - Ouais.

1140 MG : - Mais surtout, tu leur bourres pas le mou. Si tu leur dis que tu t'es trompé, ou que t'as pas vu, ou que t'es désolé, ils t'excuseront beaucoup de choses. Si par contre t'essaies de leur baratiner un truc, que machin, tout, et que, et que...

A : - Ca passe pas.

MG : - ... que... tu te plantes, et c'est... ça, ça va pas loin.

1145 A : - Ouais.

MG : - Mais non mais donc tes compétences, il faut être conscient de ce qu'on sait faire ou pas faire. Moi, en dermato, j'ai pas beaucoup de compétence, j'ai été faire une formation y'a pas longtemps de 48 heures en dermato, c'est pas la première, voilà, et... quand je vois un truc et que je sais pas, ou je suis pas sûr, je prends un avis dermatologique. C'est-à-dire que, c'est-à-dire qu'après... et on a bossé, alors...

1150 A : - Ce qui est sous-jacent à ça, c'est envoyer, entre guillemets envoyer de la merde, c'est-à-dire... moi ça, c'est une représentation que j'ai, mais c'est sans doute, c'est peut-être erroné, j'en sais rien, mais adresser pour... eh, y'a un petit bouton machin... donc j'adresse.

MG : - Et puis c'était une bricole.

1155 A : - Ou pas, enfin, mais euh... oui, ça peut éventuellement être une bricole.

MG : - Mais c'est pas grave ça.

A : - Et donc on reçoit le courrier : « Vous m'avez adressé M. Machin, blablabla... »

MG : - « ... il s'agissait d'une verrue séborrhéique. »

A : - Voilà : « Il s'agissait d'une verrue... »

1160 MG : - « Il ne s'agissait que d'une verrue séborrhéique, pour laquelle je me suis contenté de mettre un peu d'azote... » C'est-à-dire que voilà, tu lis ton courrier et tu te dis je suis le roi des cons...

A : - Voilà.

MG : - Voilà, mais ça c'est pas grave.

1165 A : - Mais ça c'est inhérent... c'est pas grave ça ?

MG : - Non, c'est...

A : - C'est gênant...

MG : - Faut loger ta fierté à bon escient. C'est-à-dire que, à côté de ça, tu es capable de gérer une stimulation ovarienne chez ton patient, tu l'envoies chez la dermato, tu lui parles chinois

1170 hein.

A : - Oui.

MG : - C'est-à-dire que toi, t'as des compétences dans tous les domaines en tant que médecin généraliste, tu ne peux pas avoir les mêmes compétences dans tous les domaines, mais tu en as dans tous les domaines. Le spécialiste, il a des compétences que dans un seul domaine.

1175 A : - Oui.

MG : - C'est mille fois plus commode. Donc faut pas avoir de complexe d'infériorité en se disant j'envoie un truc parce que je sais pas... bon ça j'sais pas parce que je suis pas bon là-dedans, mais j'suis bon dans plein d'autres trucs. Donc voilà, c'est, c'est...

A : - C'est dur, j'trouve à...

1180 MG : - Non, bah non, faut être simple...

A : - Faut être simple.

MG : - Faut être simple et faut être gratifié dans son boulot pour être bien dans son boulot, c'est-à-dire que, moi ça m'est complètement égal d'avoir une lettre d'un spécialiste un petit peu... comme ça tu vois... avec le sourire en coin...

1185 A : - Oui...

MG : - Avec le sourire en coin quoi... Jacob, bon voilà bon... J'm'en fous parce que, parce que à côté de ça y'a des tonnes de trucs que je sais faire et ...

A : - D'accord...

MG : - Ouais, j'm'en fous, vraiment, j'm'en fous...

1190 A : - Donc faut vraiment pas en prendre ombrage.

MG : - Ah non, ah non, bah au début, ça te titille quand t'es en début d'exercice... A la rigueur, tu décroches ton téléphone et tu dis : « Ecoutez, la prochaine fois, vous ferez une lettre sur un ton un petit peu moins... un petit peu moins désagréable quoi. » Et puis, tu te calmes vite, parce que tu t'aperçois que bon, d'abord, il l'a fait peut-être à l'humour, il faut pas lui prendre la tête...

1195 A : - Oui, faut pas se prendre la tête non plus...

MG : - Oui, voilà, et puis à chaque fois, il t'envoie une lettre comme ça, tu changes de spé, t'en prends un qu'est intelligent. Après, voilà, c'est, c'est, c'est...

A : - Alors voilà, question : est-ce que les FMC de sémio manquent ? Est-ce que...

1200 MG : - Alors, alors, la dernière FMC de dermatologie où j'ai été, premier atelier de la matinée : les lésions primitives dermatologiques...

A : - Oui.

MG : - ... point. Alors, on était douze dans la salle, on a été deux à dire les lésions primitives dermatologiques.

1205 A : - Oui.

MG : - Les autres, ils ont sorti je sais pas quoi : des maladies, des symptômes, euh des... voilà, des maladies, des symptômes quoi.

A : - Ouais.

1210 MG : - Alors, quand ils ont fait le tour de table pour les réponses, moi je me suis dit, j'ai dû me planter, parce qu'ils disaient à peu près tous la même chose.

A : - C'est quoi, c'est qu'il y avait un quiz ?

MG : - Non, c'était les lésions primitives dermatologiques.

A : - Mais ça se présentait comment, c'est-à-dire qu'il fallait poser des questions sur...

1215 MG : - Non, non, non, c'était ça. Pour vous, qu'est-ce que c'est que les lésions primitives dermatologiques ?

A : - Ah oui d'accord. Ah oui voilà, donc... y'en a un qu'interrogeait...

MG : - Non, c'était la question sur l'ordi, enfin sur le barco. La première diapo, c'était ça, t'avais cinq minutes pour dire sur ton papier ce que c'était, et après le tour de table où chacun redit pour lui ce que c'est.

1220 A : - Voilà, voilà.
 MG : - Donc pour toi, c'est quoi ?
 A : - Bah pff... J'sais pas trop. Bah, de toute façon, primitif, c'est on n'a pas de cause, c'est lié à la connaissance, c'est lié à la connaissance qu'on a de la sémio.
 MG : - Alors, c'est quoi ?

1225 (silence)
 A : - Bah j'sais pas. (silence) Euh... primitif, pour moi, c'est ce dont on n'a pas la cause, on ne traite pas la cause. Non ?
 MG : - Bah, j'sais pas. Donc donne des exemples, puisque dans le tour de table on va t'interroger tout-à-l'heure.

1230 (silence)
 A : - Bah j'sais pas, non, non, mais euh... (silence) C'est quoi la question ?
 MG : - La question, c'était ça. Qu'est-ce qu'évoque pour vous...
 A : - Qu'est-ce qu'évoque pour vous...
 MG : - ... la notion de lésions dermatologiques primitives ? Expliquez... ou détaillez.

1235 A : - J'sais pas, moi je suis nul en dermato alors...
 MG : - Non, tu le sais.
 (silence)
 A : - Euh, ce que je me dis là, ce que je me dis, c'est que de toute façon, j'connais pas toutes les lésions et les lésions... enfin, il faut connaître la théorie pour pouvoir faire un diagnostic et ensuite...

1240 MG : - Mais donc... Dis-en une, dis-en une, si t'en connais une.
 A : - Bah j'sais pas, l'eczéma, je sais pas si ça rentre dans...
 MG : - Donc l'eczéma.
 A : - Oui, j'sais pas.

1245 MG : - Et puis une autre.
 A : - Bah... lésions primitives... pso, j'sais pas si ça rentre dans ce cadre-là...
 MG : - Donc eczéma, psoriasis.
 A : - Ouais... Mais après, le primitif, il va m'embêter, parce que je sais pas quoi... Quoi d'autre ? Faut que je sorte d'autre... ?

1250 MG : - Ah bah, j'sais pas moi, si y'a que ça qui te vient à l'esprit.
 A : - Vous diriez quoi d'autre ?
 MG : - Donc les collègues sortent des trucs comme ça si tu veux : naevus, naevus, naevocarcinome, euh... Donc moi je me dis, je suis pas du tout dans ce registre-là... Et moi je sors : érythème, papule, vésicule, énanthème...

1255 A : - Bah ça c'est de la sémio.
 MG : - Ce sont les lésions primitives dermatologiques. C'est la sémio dermato que tu connais. Donc tu me dis, dans la part de FMC...
 A : - Moi je pars dans le diagnostic.
 MG : - Non, dans la part de FMC, où se situe la sémiologie, eh bien dans cette FMC-là, le premier atelier, c'était la sémio dermatologique, les lésions primitives dermatologiques, c'est l'érythème, la papule, la macule, la vésicule, la pustule...

1260 A : - Ouais... mais ça c'est...
 MG : - Et donc ça c'est la sémiologie dermatologique.

- A : - Ouais.
- 1265 MG : - Quand tu écris au dermatologue...
- A : - Ouais mais ça c'est rien du tout, c'est un problème de compréhension, d'expression, c'est pas...
- MG : - Oui, mais comme quoi on voit l'idée sémiologique de départ ne vient pas à plein de gens. Ils pensent d'emblée à des maladies.
- 1270 A : - Oui.
- MG : - D'emblée, t'as pensé à l'eczéma ou au pso.
- A : - Ouais...
- MG : - Et puis les autres, ils ont pensé au naevus, au naevocarcinome...
- A : - Oui, moi je cherchais des maladies...
- 1275 MG : - ... à l'épithélioma, à... mais oui. Ce sont des maladies ça.
- A : - Oui.
- MG : - C'est pas une lésion primitive. La lésion primitive, c'est ce que tu vas décrire... non mais ça vient ou ça vient pas, mais c'est ta sémiologie.
- A : - On joue sur les mots quoi...
- 1280 MG : - C'est ce qu'ils ont dit, mais comme quoi, comme quoi...
- A : - Oui mais je suis d'accord que pour comprendre la sémiologie, il faut savoir décrire une lésion...
- MG : - Comme quoi l'idée de sémiologie d'emblée même chez des médecins installés pratiquant ne vient pas en premier lieu.
- 1285 A : - Voilà, c'est-à-dire qu'ils partent... voilà...
- MG : - Ils vont pas écrire au dermato en disant : « Je vous envoie M. Machin parce qu'il a une plaque érythémato-squameuse, à bords euh... de type géographique, non prurigineuse, finement desquamative... »
- A : - Localisation...
- 1290 MG : - Voilà, ça c'est de la sémiologie dermatologique.
- A : - Voilà.
- MG : - Et puis, au bout du compte effectivement, tu vas dire bah tiens, ce truc-là, plusieurs lésions, ça gratte pas, c'est depuis quinze jours, c'est un euh... c'est un... circonscrit de... ah mince... un pityriasis rosé de Gibert.
- 1295 A : - Ouais.
- MG : - Voilà. Et tu vas pas dire que ta lésion primitive c'est un pityriasis rosé de Gibert.
- A : - Ah non, non, non.
- MG : - Ta lésion primitive, c'est tes lésions érythémato-squameuses, finement squameuses, non prurigineuses, diffuses, avec un grand médaillon...
- 1300 A : - Donc, le problème c'est que ils avaient oublié la sémiologie dermatologique.
- MG : - Ils avaient shunté, ils avaient shunté...
- A : - Ils avaient shunté...
- MG : - ... la sémiologie dermatologique. Et le premier atelier, ça a été un dossier là-dessus.
- A : - Mais ça c'est parce que c'est hyper flou. La dermato, y'a...
- 1305 MG : - Ah bah non, c'est pas flou. La dermato, c'est hyper précis, je peux te dire que... parce que...

- A : - Oui, mais dans l'esprit des médecins généralistes, est-ce que c'est pas justement devenu flou parce que ils manquent de sémiologie...
- MG : - Ils ont oublié, ils ont oublié.
- 1310 A : - Et donc, on n'arrive plus à penser que ça peut s'analyser...
- MG : - Exactement.
- A : - ... par une démarche rigoureuse...
- MG : - Exactement.
- A : - ... basée sur l'analyse sémio...
- 1315 MG : - ... sémiologique, exactement.
- A : - Et du coup, on évoque un diagnostic, deux diagnostics... voilà.
- MG : - Exactement, exactement.
- A : - C'était ça le problème. Et donc ceux qu'étaient là à cette FMC, ils vous ont dit, on repart sur la base, à partir de telle analyse, on part sur des hypothèses...
- 1320 MG : - Donc les gars, quand moi j'ai dit ça, ils m'ont regardé, ils ont dit... : « Bah c'est nul... » et puis y'en a un autre, deux après moi...
- A : - Oui bah comme moi... ils étaient emmerdés quoi.
- MG : - Y'en a un qu'a dit pareil, qu'a dit comme moi, donc je me suis dit, on est deux, et quand ça a été la réponse, ils ont dit c'est ça. Les lésions primitives dermatologiques, c'est ça. On n'établit pas un diagnostic sans savoir si c'est en relief, pas en relief, si c'est machin et tout ça.
- 1325 A : - D'accord. Donc là, manifestement, ça veut dire que globalement, cette FMC a été très utile pour...
- MG : - C'est clair.
- A : - ... remettre en tête...
- 1330 MG : - Alors les gars, ils t'ont dit : « Ouais c'est nul, c'est n'importe quoi, tout ça on le sait par coeur... » Bah ouais, ça n'empêche que on le sait par coeur, mais...
- A : - Mais on sait plus l'utiliser...
- MG : - Mais on sait pas l'utiliser, et d'emblée on part pas sur une description d'une lésion dermatologique, description sémiologique, on part d'emblée sur une hypothèse diagnostique,
- 1335 en disant : « Bah je vous le confie, c'est peut-être un eczéma, c'est peut-être un pso, ou c'est peut-être une mycose, parce que c'est circiné, c'est machin. » Et ben, la dermato, elle s'en fout de ce que tu penses. La dermato, ce qu'elle veut savoir, c'est si la lésion qu'elle voit aujourd'hui, c'est la même lésion que ce que le médecin généraliste a vu trois mois avant parce que le délai de rendez-vous, c'est trois mois et que effectivement, si c'était déjà rouge,
- 1340 érythémateux, enfin...
- A : - Ouais... Un médecin qui dit : « On s'en fout, on sait déjà, vous nous prenez pour des débiles, voilà. » Alors ça... parce que la sémiologie effectivement, c'est théoriquement la base...
- MG : - Acquis oui.
- 1345 A : - Acquis, on va pas revenir dessus, n'importe quel médecin a fait ses études... bon. Il sait la sémio. Mais alors ça, c'est un obstacle... Est-ce que, est-ce que c'est un vrai obst.. un vrai obstacle à des FMC de sémiologie ? Genre, moi je vais pas me déplacer parce que euh... pour revoir euh... j'sais pas, la sémiologie des sciatiques...
- MG : - Ouais, ça pourrait arriver.
- 1350 A : - Ça pourrait être un obstacle ça, pour des médecins, de... bah... FMC de sémio.

MG : - C'est-à-dire que tu penses un obstacle... est-ce que tu serais pas intéressé... c'est-à-dire que tu leur fais une FMC sur la sémiologie de l'appareil urinaire, ils vont pas venir ?

A : - Ouais, parce que... parce que... ils vont craindre peut-être d'être mis en porte-à-faux, sur une sémiologie fine...

1355 MG : - Ouais, mais tu verras que dans les FMC c'est toujours les mêmes médecins qui viennent. C'est-à-dire que c'est les mêmes médecins qui se forment et qui admettent leur absence de compétence, et c'est les mêmes médecins que tu vois jamais, en sachant que... que.. bon, si y'a 50 % des médecins qui se forment, je suis très optimiste.

A : - Ouais.

1360 MG : - C'est-à-dire qu'il y en a 50 % qui se forment jamais, qui ne remettent jamais en cause leur pratique. Puis après, dans ceux qui se forment, y'en a 50 % qui même en se formant, ne modifient pas leur pratique.

A : - Ouais.

1365 MG : - Alors là, ça met en cause le médecin et éventuellement la FMC. Si la FMC n'a pas entraîné de changement pratique, c'est qu'elle est peut-être pas bien faite, donc...

A : - Mais titiller un médecin sur la sémio, euh... donc... euh, donc vous c'est hyper carré, mais titiller un médecin sur la sémio, c'est aussi ça qui moi va me poser des soucis, parce que y'a des entretiens...

MG : - Y'a des médecins...

1370 A : - Si je mets un médecin en porte-à-faux par rapport à un examen de sémiologie...

MG : - Bon, par exemple le toucher rectal, le toucher rectal dans l'appendicite...

A : - ...il va se trouver con... ou pas ?

MG : - Non, bien sûr, il faut pas... non mais justement, si tu veux pas qu'on... par ce que des exemples, il y en a des milliers donc...

1375 A : - Mais oui.

MG : - Pour qu'on avance, toi, ce qui faut que tu fasses pour ta thèse... bon ça tu peux l'enregistrer, je m'en fous, mais c'est...

A : - On peut s'arrêter hein...

1380 MG : - Ce qu'il faut que tu fasses pour ta thèse, c'est que tu saches ton sujet de thèse exact, ce que tu veux en faire, et il faut que tu te fasses un guideline pour tes entretiens semi-directifs, avec des questions précises que tu vas poser, parce que là, tout t'intéresse...

A : - Oui.

1385 MG : - Donc, tu pars tous azimuts, donc si on dit un truc et qu'on dévie un petit peu mais que c'est intéressant, tu pars dessus...

A : - Oui.

G : - Donc il faut absolument que tu... que tu circonscrites... l'objectif de ton entretien, ce que tu vas... ce que tu veux recueillir comme informations, pour savoir ce que tu vas en faire après, pour un sujet précis de ta thèse. Ca, il faut impérativement que tu fasses ça.

1390 A : - Le sujet précis... moi, ce que je cherche, c'est... c'est... mettre en évidence...

MG : - T'as un directeur de thèse ou pas ?

A : - Ouais.

MG : - Qui c'est ?

A : - Pierre Pottier, qu'est à Nantes, qui...

1395 MG : - J'connais. Et... il t'a dit, il t'a dit euh...
A : - Pour l'instant, je commence les entretiens, c'est à partir des premiers entretiens qu'il va recadrer...
MG : - D'accord, donc il attend... oui mais donc tu vas faire un premier travail sur...
A : - Le, le, le, le... le, le... l'énoncé, qui peut évoluer, mais l'énoncé de mon sujet de thèse...

1400 MG : - Ouais...
A : - ... c'est : quels sont les facteurs limitants... alors, et les facteurs favorisant de l'exercice de la sémio en médecine gé. Parce que moi, en fait ma préoccupation, c'est faire de la bonne sémio, et optimiser tout ce qu'un médecin... enfin, optimiser les informations qu'un médecin peut recueillir, et faire en sorte qu'il les recueille, donc vraiment pousser la sémio, pour ne pas aller vers des consultations abusives, des bilans abusifs, des bilans standards euh...

1405 MG : - Des consultations spécialisées qui servent à rien, des...
A : - Voilà, et puis ensuite justement après pas... le jugement du voisin, pas se faire prendre pour un con quand on envoie pour de la merde...
MG : - Ca, c'est pas un problème ça...
A : - Moi, je mets un peu tout ça dans le même paquet...
MG : - Non, non, non, non...
A : - C'est ça, mon truc.
MG : - non, ça c'est pas important, parce que ça c'est selon le niveau d'orgueil que t'as, plus ou moins... tu vas flipper plus ou moins, mais ça c'est pas important, c'est, c'est... de toute façon, t'apprendras à te calmer, donc euh...

1415 A : - Ouais...
MG : - On est tous mauvais, on fait tous des bêtises, on se plante tous, donc non, ça, ça, c'est pas très important. Ce qui est important, c'est effectivement faire émerger que la sémiologie est indispensable à faire une médecine de qualité, à faire une médecine économe, à faire une médecine non redondante, voilà.

1420 A : - Voilà, mais en ça j'y pense que...
MG : - Il faut faire ressortir ça. Mais ton état de lieux, enfin ce que tu dois faire sur les entretiens demi-directifs à mon sens, c'est de faire ressortir finalement ce qui se passe. C'est-à-dire que si sur dix entretiens... faudra pas que t'en fasses beaucoup plus, dix ça suffit...

1425 A : - Ouais, ouais...
MG : - Sur dix entretiens, tu vas avoir trois flippés comme moi de la sémio, qui vont te prouver par A plus B que tu peux pas t'en sortir sans pour faire de la médecine de qualité et pour pas cher...
A : - Oui et pour moi...

1430 MG : - Et t'en auras plein à côté qui vont te dire, que les touchers rectaux, ils en font plus parce qu'on a le PSA, parce qu'on a l'échographie abdo, parce que...
A : - Voilà.
MG : - Et que le toucher rectal n'a plus de sens, et que, à côté de ça, la palpation abdominale, ça peut être pareil...

1435 A : - La palpation mammaire entre les examens...
MG : - ... que la percussion pulmonaire, c'est pareil, voilà, que... que la palpation mammaire... l'autopalpation mammaire par exemple ne sert absolument à rien en terme de dépistage mammaire, c'est écrit, y'a des trucs écrits là-dessus, hein donc c'est vachement grave, c'est...

je viens de lire un article, que j'ai donné à Véronique, sur le, le, le... la validité du toucher rectal dans l'appendicite, c'est Prescrire qui fait ça, donc revue... machin... qui passe son temps à condamner les médocs, les cliniques, la médecine... bon voilà...

1440 A : - Ouais...

MG : - Y'a du bon et du pas bon à mon sens dans cette revue, peu importe... donc là, c'est le toucher rectal dans le diagnostic de l'appendicite ne sert à rien, il est pas valide, il est traumatisant, il n'est pas performant. Voilà hein, c'est-à-dire que... pas plus de renseignements... que la palpation abdominale, point voilà. Bon moi, qui ai vingt-sept ans d'exercice derrière moi, qui vois très peu d'appendicites, je te dis, une à deux par an grosso modo...

1445 A : - Oui.

MG : - ... je suis désolé, pour moi, le toucher rectal fait partie de la batterie d'examens qu'on fait... j'sais pas, des touchers rectaux, j'en fait peut-être cinq-six par jour. J'ai, j'ai... un jour pour faire rire Nath, tu verras dans ses mails si tu lui demandes, je lui ai envoyé combien de temps j'avais passé depuis vingt-sept ans d'exercice avec mon doigt dans le trou du cul d'un patient... (rire) ... et ça représente un sacré temps finalement... et et, mais pour moi, le toucher rectal, c'est quelque chose qui fait partie de l'examen clinique complètement et me sert dans mes diagnostics d'appendicite. Alors maintenant, qu'on dise que c'est plus validé, alors là, ils arrivaient au diagnostic d'appen...

1455 A : - Alors on fait quoi nous avec quelques chose où c'est écrit ? Au départ...

MG : - Bah voilà. Donc il faut avoir un esprit critique, et puis, et puis savoir faire en fonction de ta pratique à toi, c'est-à-dire que toi si tu as besoin parce que tu as des critères que tu y mets, que juste là, il s'avère que tu es passé à côté de, de... de très peu d'appendicites, et que tu n'as pas fait hospitaliser ou opérer beaucoup de patients qui n'en avaient pas, c'est que tes critères diagnostiques à toi sont quand même pas si mauvais que ça. Et le toucher rectal, il coûte rien jusqu'à preuve du contraire, juste le doigt qui sent, donc donc c'est pas dramatique quoi...

1465 A : - Ouais. Oui, oui...

2. 2. Entretien avec le Dr M.

1 Entretien au cabinet du médecin, dans son bureau. Nous sommes tous les deux assis aux places des patients.

A : - ... parce que en fait, j'ai déjà... sur le premier entretien... j'ai déjà... l'idée, après c'est de,
5 de rassembler les idées issues de l'entretien... C'est bizarre d'être en face, comme ça...

MG : - Tu veux que... je vais me mettre à côté... j'ai fait comme d'habitude mais...

A : - Non, non... mais... oui, voilà... Non mais, bon, est-ce-qu'on pourrait... donc, je reprends l'idée. L'idée c'est, euh... Donc, mon thème : les obstacles à la pratique de la sémiologie en médecine générale.

10 MG : - Oui.

A : - Idée de départ qui sera reformulée... euh, pour laquelle donc...les choses sont pas... les limites en tout cas, sont pas, sont pas bien, bien déterminées pour l'instant. Euh, donc, pour moi, ce qui est important, c'est de se baser sur ton expérience.

MG : - O. K.

15 A : - Donc euh... de savoir si on peut, par exemple... si tu veux, tu peux peut-être penser à ce que tu as fait ce matin, ou les consults que t'as eues hier, voilà... si y'en a, euh...

MG : - Toi, ta question, c'est l'obstacle à l'examen sémiologique. L'examen, pas l'interrogatoire.

A : - Alors, interrogatoire, pour moi, ça rentre dans cadre. C'est-à-dire interrogatoire, examen clinique, euh... donc ça, bon alors... la première question, si tu veux, ça pourrait être : toi,
20 comment est-ce que, déjà, de ton point de vue général, tu considères cette étape-là dans ta démarche diagnostique...

MG : - Alors, moi je trouve que...

A : - ... que c'est important, que... parce que je sais qu'il y a des situations où, globalement, on s'en fout, euh...

25 MG : - Alors, moi, y'a deux choses. Je... comment dire ? Je trouvais que je prenais plus de temps au début. Même des fois trop.

A : - ... de ton expérience ?

MG : - Au début de ton expérience, oui. Mais ça ne posait pas de problème parce que j'avais du temps. Quand on commence à tourner à vingt-cinq consults par jour, la problématique, c'est
30 que t'as un timing horaire qu'est là derrière et... il est là, et...

A : - Parce qu'au début, t'avais quoi comme consults ?

MG : - Bah, y'avait... c'était toutes les demi-heures, toutes les vingt-cinq minutes, toutes les demi-heures, donc t'as beaucoup plus de temps. Deux : euh, donc... je trouvais que j'examinais mieux... enfin, je prenais plus le temps d'interroger. En plus, fallait que je prenne
35 l'habitude de connaître mes patients, que je connaissais pas du tout, ni dans leur vie familiale...

A : - Oui, oui.

MG : - ... ni dans leur contexte professionnel. Maintenant, bon bah, ça fait vingt ans, j'ai l'impression que certains, je les connais par coeur. J'ai bien dit l'impression...

A : - Oui.

40

MG : - ... que je les connais par coeur, et c'est ce que je te disais tout-à-l'heure, c'est pas mal de temps en temps quand notre patient, il est revisité par un stagiaire ou un... ou un remplaçant, parce que, un oeil nouveau voit le patient.

45 A : - Parce que toi là, toi, tu connais maintenant dans ta clientèle, sauf si tu as des patients nouveaux...

MG : - Voilà, voilà.

A : - ... tu connais les antécédents, les facteurs de... bon, globalement voilà. Tu les as...

MG : - Voilà, les antécédents, je les ai ; les facteurs de risque, je les ai quand je les ai demandés...

50 A : - Tu connais...

MG : - Ce qu'est plus dur d'obtenir, c'est les facteurs de... c'est les antécédents familiaux, ça c'est plus dur à obtenir, c'est pourtant important.

A : - Ouais.

MG : - Ca, c'est pas facile à obtenir. C'est toujours vague : « Mon père qu'a eu un truc au

55 coeur. » Je vais m'informer, écouter un peu ce qu'il dit. Tu sais pas trop, alors tu notes un machin, mais tu sais pas trop... Enfin bon.

A : - Tu mets un gros point d'interrogation... Cancer de ça, point d'interrogation.

MG : - Non, tu notes quand même. Cardio : bon, bah c'est vrai que si y'a plusieurs antécédents d'AVC et de cardio dans la famille, tu seras plus vigilant sur ton patient, dès qu'il aura quarante

60 ou quarante-cinq ans, que si vraiment, y'a aucun antécédents familiaux (sic) qu'ils connaissent. Après, donc... moi, ce qui me fait toujours peur quand je commence ma journée, c'est ça, c'est le côté, euh... En fait, je te le disais quand t'étais stagiaire, je dis toujours : « Aujourd'hui, tu vas trouver un truc exceptionnel. » (rire) Parce que si je rentre pas ma journée...

A : - Tu penses encore à... tu...

65 MG : - Oui, et je le fais encore. Parce que sinon, bah, tu pars dans une routine. « Ah bah tiens, je vais encore avoir trois gastros, trois angines, trois machins... » Et tu passeras à côté parce que t'es pris dans le temps, dans le timing, t'as un quart-d'heure...

A : - Et t'arrives à y penser, à ça ?

MG : - Oui.

70 A : - A te... c'est comme une astreinte finalement, de...

MG : - Oui, je me dis...

A : - ... c'est comme un exercice...

MG : - Oui, c'est un exercice, je me dis toujours : « Attention, aujourd'hui, tu peux peut-être passer à côté d'un truc... »

75 A : - Aujourd'hui, y'a une auscultation pulmonaire bizarre, y'a le ventre bizarre...

MG : - Voilà. Après je crois qu'on développe, alors c'est pas du tout cartésien, mais je crois qu'on développe un sixième sens. Du style... moi, ce que j'appelle le délit de sale gueule, parce que, grâce à ça, j'ai fait... j'ai pas fait un super diagnostic, j'ai adressé une personne qu'était vraiment pas bien, et ça a été le délit de sale gueule. Elle avait pas la même tête que

80 d'habitude. Et elle, elle se plaignait pas plus.

A : - Oui.

MG : - Mais, elle avait pas la même tête que d'habitude.

A : - Alors, par exemple...

MG : - Alors, j'ai forcé...

85 A : - Par exemple, on peut détailler cette consult-là, si tu t'en souviens...
MG : - Oui.
A : - ... si c'est pas trop...
MG : - ... Ah bah non non, je m'en souviens très bien, parce qu'elle est décédée maintenant, donc euh...

90 A : - Ah !
MG : - Donc, c'est une patiente de, d'ami, de médecin, qui revenait de chez son fils, qui est médecin de la Réunion, de Martinique pardon. Et elle est arrivée, les traits tirés, pas bien, puis elle me dit : « Ecoute, Didier m'a traitée là-bas, j'ai fait une gastro, mais j'ai toujours un petit peu mal. Didier m'a traitée, il m'a dit que c'était rien. » Et vraiment, sa tête me plaisait pas.

95 Quelqu'un qui revenait d'une semaine... des Antilles...
A : - Sa tête te plaisait pas.
MG : - Elle était tirée, elle était pas bien, elle était fatiguée. Et je l'ai examinée un petit peu différemment.
A : - Quelqu'un que tu connaissais...

100 MG : - Que je connaissais, que je suis depuis huit ans à peu près.
A : - ... d'avance. D'accord.
MG : - Et elle, elle venait pour renouvellement d'ordonnance, me signalant qu'elle avait un petit peu mal au ventre, mais bon... Elle allait pas m'embêter avec ça, quoi.
A : - D'accord. C'était pas son motif.

105 MG : - Non. Elle venait pour son renouvellement.
A : - C'était pas son motif de consult, c'était rien à voir...
MG : - Rien à voir, mais délit de sale gueule, comme je dis. Après, je l'ai adressée à l'hôpital.
A : - Donc c'est de la clinique !
MG : - C'est de la clinique, oui... parce que je la connaissais.

110 A : - Mais tu savais pas... Oui.
MG : - Si je l'avais pas connue, je me serais peut-être cantonnée à, à ce pour quoi...
A : - A son motif de consultation.
MG : - A ce pour quoi elle venait. Et je lui trouve une tension un petit peu élevée, bon mais sans plus et tout... une fosse lombaire... très limite, mais bon, machin... parce qu'elle avait un

115 peu mal au ventre, donc euh, machin... c'est tout. Pis, je l'ai envoyée à l'hôpital pour délit de sale gueule. Donc j'ai appelé déjà l'interne d'abord parce que je le connaissais, c'était, c'était Ahmed. Je lui dis : « Ecoute, je te l'envoie, délit de sale gueule, y'a quelque chose, je sais pas quoi, mais y'a quelque chose. » Et en fait, elle était en insuffisance rénale aiguë sur double compression de ses u... de ses urètres, enfin... uretères...

120 A : - Uretères.
MG : - Uretères pardon...
A : - Ouais...
MG : - Et en fait, elle avait une néoplasie abdominale, qu'a été fulgurante et tout, et puis en fait, elle était pas bien parce que elle était en insuffisance rénale aiguë. Ca, ça s'est pas trop mal

125 passé, elle a été dialysée, elle a eu une double J, tout ce qu'on veut, mais voilà.
A : - Après, ça s'est aggravé...
MG : - Mais je me serais cantonnée à ce pour quoi elle venait... Bon, elle serait venue quatre jours après, mais je, je... Mais elle avait un teint terreux, elle était pas bien.

130 A : - Et alors, du coup, qu'est-ce-qui... donc t'as... tu l'as vue entrer, t'as dit... Ca c'est un truc immédiat, tu vois sa tronche, tu fais : « C'est bizarre... »

MG : - Et je pensais qu'elle allait m'annoncer des trucs. Or, elle me dit : « Je reviens pour mon renouvellement d'ordonnance. »

A : - Et alors, du coup, t'as... Est-ce que tu lui as dit... que tu suspectais... enfin...

135 MG : - Ah je lui ai dit, je lui ai dit, oui : « Christiane, là écoute, je t'envoie à l'hôpital dès ce soir, parce que... tu ne me plais pas. »

A : - T'as essayé de, de creuser, de...

MG : - Je lui ai dit : « Je sais pas ce que t'as... »

A : - T'as pas creusé, enfin, je sais pas...

MG : - Bah non, si, parce que j'ai eu après sa gastro, qu'était pas vraiment passée...

140 A : - Voilà.

MG : - Mais c'est tout, après...

A : - T'avais pas les éléments...

MG : - ... elle était un peu fatiguée, mais elle allait pas se plaindre pour ça... etc. C'était pas une patiente qu'était habituée à se plaindre quoi, elle... Et là, elle venait pour un renouvellement classique qu'était... bon, je sais plus... je sais plus ce qu'elle prenait, elle devait avoir... enfin, rien de, rien de...

145 A : - Donc tu l'envoies finalement dans la journée...

MG : - Je l'envoie dans... c'était le soir. Je l'ai envoyée direct à l'hôpital. Puis là, premier bilan : boum. Elle a été transatée dans les deux heures qui suivaient à La Roche et voilà.

150 A : - D'accord...

MG : - Là, c'était vraiment le...

A : - Ouais. Donc en fait, là ce qui est significatif, on pourrait dire, c'est vraiment, donc toi, ta connaissance de, de...

MG : - C'est la connaissance de la patiente qu'a faite (sic) que j'ai réagi comme ça. Je l'aurais pas connue, elle sortait de mon cabinet avec son traitement. Très probablement.

155 A : - Ouais, c'est ça.

MG : - Et paradoxalement à ça, de temps en temps, je m'en veux, parce que je pars trop du principe que je connais le patient. Et que je connais ses items, ses doléances : « J'ai mal là, j'ai mal là, et puis j'ai mal là, j'ai encore mal là, et puis j'ai mal dormi cette nuit... » Et donc, on fait abstraction totale de l'interrogatoire et de la sémio, parce que, comme on entend ça à chaque consult...

160 A : - Moi, je me souviens d'une patiente... Je sais pas ce qu'elle est devenue mais... qu'était typique là et... j'y pense régulièrement là... Une dame, voilà, qui venait pour ça, multiplaintive, tu sais, une dame un peu imposante, avec un mari tout chétif, euh... T'avais essayé toutes les techniques, les examens, les... envoyer aux spés, au psy, et... Tu te souviens de cette dame-là ou pas ? Une dame qui, qui...

165 MG : - Quel âge a-t-elle ?

A : - Bah une dame qui doit avoir soixante-cinq... mais qu'a toutes les maladies de la terre, un petit mari tout chétif qui, qui en place pas une...

170 MG : - Ah mais bien sûr !

A : - ... qui prend sur lui...

MG : - Bien sûr, oui oui, ils habitent juste à côté là...

A : - Oui, exactement. Alors tu vois, bon. Par exemple, je sais pas, tu les suis encore ?
MG : - Oui, oui, oui. Je les suis toujours, ouais.

175 (rires)
A : - La chance... Et donc par exemple, je sais pas, la dernière fois que tu as vu cette patiente en consult... Elle est arrivée comment ? Avec son mari, aussi ?
MG : - Alors souvent, elle vient avec son mari parce que c'est lui qui conduit, qui l'emmène jusqu'ici, parce que c'est très dur pour elle de faire quelques mètres.

180 A : - Comment tu l'appréhendes, elle, du coup, parce que ça doit rentrer un peu dans ce que tu disais non ?
MG : - Et ben, je fais très attention, parce que je me dis, un jour, je vais encore me dire que c'est dans toutes ses doléances, et puis je vais passer à côté de quelque chose.
A : - Oui.
MG : - Alors on va dire que, une fois sur deux, c'est tout juste si je la fais déshabiller, parce que je lui prends la tension assise sur la chaise là-bas, parce que sinon, j'en ai pour trois heures ; et puis de temps en temps, je fais l'examen complet, comme si je la connaissais pas. Enfin, en essayant de faire comme si je la connaissais pas... Je dis bien « en essayant de faire », parce que...

185 A : - D'accord...
MG : - Et jusque là, j'ai rien trouvé de nouveau. Par contre, depuis que tu l'as vue, elle a accepté d'aller voir un psy. Et ça va un petit peu mieux.
A : - Ah !
MG : - Elle a admis le fait...
A : - Elle a accepté d'y aller et d'y retourner ?

190 MG : - Oui, parce qu'elle est suivie, là.
A : - D'accord.
MG : - Elle a admis le fait qu'éventuellement, l'ensemble de ses symptômes pouvait être dû à un problème dépressif.
A : - D'accord, d'accord. Et donc, t'as pas... Donc voilà, donc du coup...

200 MG : - Bah c'est le travers de notre profession, quand on connaît trop les patients.
A : - Ouais.
MG : - Je me rappellerai toujours, quand j'étais remplaçante, un jour j'ai vu un patient rentrer, chez un médecin que je remplaçais depuis peu, et il avait tous les critères de, de, de l'hypothyroïdie.

205 A : - Ouais.
MG : - Et le médecin, je, je lui jette pas la pierre, mais il s'en était pas aperçu, parce que ça s'était produit sur sept ou huit ans. Il s'était empâté, il était devenu machin, pseudo-dépressif, ralenti... et voilà. Et en fait, il avait une hypothyroïdie. Et moi, en le voyant entrer, le tableau, il était évident.

210 A : - Ouais.
MG : - Quand j'en ai discuté avec le médecin, il m'a dit : « Bah... oui. Maintenant que tu me le dis, oui, mais euh... »
A : - C'est vraiment le fait de revoir les gens qui peut être à la fois un avantage et à la fois un inconvénient...

215 MG : - ... et à la fois un inconvénient pour eux.

A : - Ouais, ouais. Et euh, d'accord, et est-ce que, certaines fois, du coup, t'es passée à côté...

MG : - Ah oui. Oui.

A : - Monsieur Machin a été vu par quelqu'un d'autre éventuellement, ou il est parti à l'hôpital...

MG : - Oui, ça m'est déjà arrivé, tu t'en mords les doigts...

220 A : - ... pour tel motif...

MG : - C'est souvent vrai sur des patients un petit peu comme ça...

A : - Ouais.

MG : - ... ou...

A : - Alors t'as un exemple en tête ?

225 MG : - Bah notamment, bah une hyperthyroïdie...

A : - D'accord...

MG : - ... donc la personne se plaignait... était un peu moins agressif (sic), machin truc, mais elle était un peu speed, elle avait des soucis au travail...

A : - Comment tu la recevais à la consult, parce que donc... donc, ça veut dire que tu la... tu la recevais avec toutes ses antériorités, avec toutes ses consultations...

230

MG : - C'était une patiente jeune quand même, qu'avait un profil un petit peu particulier. Bé j'avoue que, comme elle était un petit peu speed et tout, moi, je l'ai toujours connue comme ça, j'avais... elle avait pas de goitre, ça c'est sûr...

A : - Ouais...

235

MG : - Je veux dire, y'avait pas de... c'est vrai que dans ces bilans, comme elle était jeune, je fais pas un bilan tous les ans...

A : - Ouais, ouais...

MG : - ... bon, j'avais jamais fait la TSH, et quand la TSH est revenue, bah c'était clair que...

A : - D'accord.

240

MG : - C'est pas moi qui l'ai fait faire, c'est ma remplaçante, justement.

A : - Et est-ce que... t'avais... genre zappé ça... parce que elle avait une présentation qui faisait que toi...

MG : - Je pense qu'elle commençait à me gonfler...

A : - Voilà.

MG : - ... et que je me dis : « Elle va encore me raconter ça, elle va encore me raconter ça... »

245

A : - Parce qu'elle avait quoi comme plainte, elle avait... enfin, elle avait un discours...

MG : - Ah bah qu'elle était pas bien, qu'elle était toujours énervée, que son boulot la stressait, que...

A : - Ouais...

MG : - ... que, que, que voilà quoi... elle aimerait avoir plus de temps pour faire du tennis...

250

Parce qu'en dehors de ça, elle avait une vie normale, je veux dire, elle... elle bougeait, elle avait son sport, elle avait ses enfants, elle avait été... elle avait une petite puce de un an, donc elle avait accouché y'a pas longtemps...

A : - Ouais...

MG : - Alors est-ce qu'elle avait son hyper avant ou est-ce que ça s'est déclenché après, ça je saurai pas parce que j'ai pas fait le diagnostic.

255

A : - D'accord, voilà... mais donc là... Alors ça...

MG : - Ca, ça arrive...

A : - C'est toujours facile de le dire après coup...

216

260 MG : - Les troubles digestifs, où au départ, t'as fait l'Hémocult®, le machin, le truc, et puis comme t'en entends parler depuis quatre, cinq ans, et puis, un jour, tu poses un peu plus de questions, et puis au fait, y'a une maladie de Crohn quoi.

A : - Est-ce que tu penses... ouais.

MG : - Ca, ça m'est arrivé.

265 A : - Les gens... juste pour... Cette patiente-là, est-ce que, si tu l'avais vue juste une seule fois à la dernière consult, sur son comportement, est-ce que tu dis que t'aurais eu plus de chances de tilter sur un problème...

MG : - J'aurais été remplaçante et je l'aurais vue ? Pas forcément.

A : - Tu sais, sans... Oui voilà, après...

MG : - Pas forcément.

270 A : - Pas forcément. Et là, ça peut être lié à un caractère de toute façon...

MG : - Alors là, c'est clair que j'ai failli au diagnostic, mais voilà... Après, dès que quelqu'un est un petit peu énervé machin, on fait pas forcément une TSH à chaque fois quoi.

A : - Ouais.

MG : - Je te dis, elle était stable en poids, elle était... bon, y'avait pas... et puis, elle faisait du sport, et puis... bon voilà.

275 A : - Et la découverte de maladie de Crohn ?

MG : - La maladie de Crohn, j'aurais dû le faire plus tôt. Bon, ça a été diagnostiqué, mais bon, elle se plaignait, et ce qui m'a fait penser, mais longtemps après, et avec retard, ça c'est moi, c'est que... quand... dans l'interrogatoire, j'ai pu faire préciser qu'il avait surtout mal la nuit.

280 A : - Ouais.

MG : - Parce qu'en fait, souvent, les douleurs digestives somatiques, la nuit, ils ont pas mal.

A : - Ouais.

MG : - Enfin, c'est ce que j'avais retenu dans mes enseignements...

A : - Oui, si, si.

285 MG : - Et là, je sais plus dans quel contexte, il m'a dit : « Non mais, attends, j'ai surtout mal la nuit. » Mais ça faisait longtemps qu'il avait mal la nuit, mais j'avais jamais dû lui poser la question, et donc... de là, j'ai fait faire le bilan, il s'est avéré que c'était une maladie de Crohn. C'était un homme jeune...

A : - C'est-à-dire que t'avais quoi comme... est-ce que t'avais... bon, t'avais une autre hypothèse diagnostique ou tu te disais...

290 MG : - Colopathe fonctionnel.

A : - Voilà.

MG : - C'était un monsieur qu'était très somatisant...

A : - Oui, ça c'est un problème. C'est un problème fréquent.

295 MG : - ... très somatisant, y'avait jamais eu de rectorragie, y'avait jamais eu de trouble digestif autre. Il disait que depuis toute son enfance, il a toujours été... dès qu'il a quelque chose, de toute façon, c'était le truc digestif...

A : - Ouais.

MG : - ... et j'ai pas... parce que dès que je lui ai posé la question : « Est-ce que vous avez mal la nuit ? » ...

300 A : - Ouais.

MG : - ... ou de fait, de par l'entretien, il s'est avéré qu'il m'ait dit ça, bah là, ça a fait tilt quoi. Je me suis dit il a mal depuis quatre ans, il a mal la nuit alors que la nuit, il dit qu'il dort bien...

A : - C'est-à-dire que t'as un élément, t'as un élément qui survient parce que... voilà... un

305 élément en plus sur le plan sémio, et puis... (claquement de doigt)

MG : - Voilà, et bah là, je me suis dit, attends...

A : - ... tu tiltes et ...

MG : - ... il a mal la nuit alors qu'il dort bien, enfin...

A : - Oui.

310 MG : - ... il dort bien, ça le réveille la nuit, euh... c'est, c'est... c'est pas... c'est pas un colopathe.

A : - Oui, c'est ça.

MG : - En gros, je sais pas ce que c'était mais c'était pas un colopathe.

A : - D'accord.

315 MG : - Et il était... monsieur... oui, il est jeune, quarante... oui, quarante-deux, quarante-trois ans.

A : - D'accord. O. K. Euh...

MG : - Par contre, un autre jeune qu'a lui, une RCH, lui, j'y ai pensé assez vite. Pas à la RCH, mais à l'adresser au spé, parce que, euh... un gamin qui se plaint d'avoir des diarrhées, d'être

320 pas bien, que ça dure depuis deux mois, et qu'a... il a quoi, il a dix-sept ans... voilà, de toute façon, tu traînes pas.

A : - Oui, c'est ça.

MG : - Là, tu dis pas c'est un colopathe, tu...

A : - Ouais. Alors... une question : est-ce que t'as l'impression que... le thème de la FMC... est-ce que t'as l'impression que il pourrait y avoir un besoin de formation de type sémio. Est-ce que tu penses que ça peut, ça peut t'aider ou ça pourrait t'aider dans...

325 MG : - Non.

A : - ... dans, dans... je sais pas...

MG : - On l'a... Directement non, parce qu'on l'a quand on fait les, les... quand on fait des FMC.

330 Moi, je fais pas mal de FMC, donc...

A : - Ouais.

MG : - ... on l'a. Ou on pose des questions, on a quand même les outils pour aller chercher. Je pense que ce qui nous manque, c'est le temps.

A : - Oui.

335 MG : - C'est de prendre le temps. De pas se dire, ah putain, j'ai déjà dix minutes de retard, euh... prendre le temps de l'interrogatoire, pas... avoir des questions qui soient plus à champ ouvert et non pas fermé, ce qui bloque le patient des fois...

A : - Ouais.

MG : - Par exemple, bêtement, des fois, quand j'ai le temps, je dis : « Y'a autre chose ? »

340 A : - Oui.

MG : - Et le patient, tu t'aperçois qu'il va parler. Si tu lui dis : « Bon ! » et que tu passes à la salle d'examen, puisque moi, je fais ça en deux temps...

A : - Oui, oui.

MG : - D'abord l'interrogatoire ici, et après, quitte à ce que l'interrogatoire continue là-bas, t'as coupé le patient... de toute façon, t'as dit : « Bon ! », tu te lèves, il va là-bas, t'examines ce

345

pour quoi il t'a parlé, sauf si tu trouves un truc aberrant à l'examen, tu as bloqué la conversation.

A : - Et ça, ça veut dire que toi-même, tu, tu... c'est quoi... t'as déjà ton diagnostic, ou tu te limites au, au motif de, de, de consultation, le premier motif de consultation, c'est ça le principe ?

350

MG : - Une fois sur... très souvent, je me reproche, surtout quand on est en période hivernale, et qu'il y a des trucs...

A : - Ouais.

MG : - ... d'avoir fait le diagnostic avant même d'avoir examiné le patient. Je vais l'examiner quand même...

355

A : - Oui. Non mais ça, ça me choque pas pour pas mal de choses.

MG : - Tu vas dire, lui, c'est une rhino virale, machin, et c'est un tort...

A : - « Je coule du nez. » Quoi, encore un...

MG : - ... parce que, des fois, tu trouves des trucs, tu regardes quand même les oreilles, tu trouves une otite alors que t'avais pas prévu, hein.

360

A : - Ouais.

MG : - D'où le fait qu'il faut faire quand même l'examen derrière. Enfin, sur un symptôme ORL.

A : - Mais donc... dans ta démarche diagnostique, tu peux avoir... donc, des idées diagnostiques ou des hypothèses diagnostiques, ou même juste un diagnostic, d'emblée quoi.

365

Genre : il est debout, il se mouche, tu te dis : « Bon, c'est bon. » Ca arrive ça ?

MG : - Oui, ça arrive. Parce que, de toute façon, j'en ai un qu'est arrivé ce matin... bon là, comme de fait, il est parti chez l'ORL tout de suite, il parlait comme ça (mimant une voix très couverte), puis pour déglutir, tu voyais qu'il était comme ça (mimant une déglutition difficile), avec la bave qui coulait sur le côté. Donc là, tu te dis, soit c'est une angine phénoménale, soit j'ai un abcès pharyngé quoi, parce que...

370

A : - Ouais.

MG : - ... un jeune qu'est comme ça et qui, tu vois vraiment, il a... bon... Là, j'avais pas le diagnostic, je l'ai quand même examiné.

A : - Oui. Mais t'as su, là, d'emblée, sur, sur, sur sa raucité, sur...

375

MG : - Sur sa façon dont il avait de déglutir et sa façon de rentrer que ça allait pas être un simple...

A : - Mais alors, à l'inverse, quand t'en as un qu'arrive, tu dis, bon il mouche, c'est une rhino... Est-ce que... parce que moi, j'ai fait des consults, ça arrive tout le temps au fait.

MG : - Tout le temps.

380

A : - Tu sais... Globalement, tu sais : ça doit être ça.

MG : - Voilà, tout à fait, ça, ça arrive très souvent.

A : - Et alors, après... il faut avoir aussi... enfin... la capacité de remettre en cause ce que t'as pensé initialement, mais c'est pas...

MG : - Ca, ça peut être dur.

385

A : - Ouais, c'est dur...

MG : - C'est dur...

A : - ... moi-même, je trouve ça dur, enfin...

MG : - C'est très dur, surtout quand t'es dans un contexte épidémique.

A : - Ouais.

390 MG : - Tu te dis : « Ah ça y est, c'est encore la quatrième ou la seizième rhino de la journée, machin... »
A : - Ouais.
MG : - mais, alors, au niveau de l'interrogatoire, je vais peut-être être plus rapide...
A : - Ouais.

395 MG : - ... lui demandant depuis quand la température, s'il a un, un mouchage postérieur... Par contre, je serai plus vigilante à l'examen. Pour regarder les tympans, vérifier qu'il n'y a pas une sinusite...
A : - Tu veux dire, quand t'as ton hypothèse diagnostique d'emblée, tu vas, voilà... shunter un peu...
400 MG : - Voilà, je shunterai peut-être l'interrogatoire...
A : - Ouais.
MG : - ... probablement à tort, mais je vais le shunter un petit peu. Le patient lui-même, en lui-même, souvent, il sait ce qu'il a... enfin...
A : - Oui, oui, oui.

405 MG : - Il dit lui-même : « J'ai une rhino, j'ai un syn... j'ai un rhume, machin. » Mais je vais par contre pas négliger l'examen clinique pour quand même aller regarder un tympan, euh...
A : - Voilà.
MG : - ... et les poumons, alors que par exemple, il tousse pas.
A : - Ouais.

410 MG : - Ca, je le ferai quand même systématiquement...
A : - C'est systématique de ce point de vue-là.
MG : - ... et puis je recherche des adénopathies, mais enfin voilà. Mais oui je vais... je vais avoir tendance plus à shunter le... l'interrogatoire.
A : - Parce que si tu... attends moi, j'ai eu quoi comme consult... ? Parce que je faisais des consultations à la maison d'arrêt à La Roche, un petit peu... je faisais de la médecine générale et euh... et en fait, alors je sais plus l'exemple, mais c'est pareil, j'étais parti sur un truc, sur un truc... inflammatoire non infectieux, et puis à un moment, je demande bon : « Frissons, fièvre, est-ce que vous avez ça ? », et puis il me dit oui alors que je m'attendais à non, et alors, et ça m'a fait ch... ça m'a fait chier en fait, ça m'a...

415 MG : - Oui, parce que en fait... c'est systématique...
A : - Ca faisait cinq minutes que je lui parlais, bon, je lui faisais énumérer la rhinorrhée, la... la... obstruction nasale, bon. Alors, pof pof pof, c'est bon, ça rentre dans les cases, ça rentre dans les cases, ça rentre dans les cases... Et puis à un moment, t'as un truc, et ça c'est pas facile. Enfin, je sais pas si...
420 MG : - Ah bah oui, parce qu'il faut repartir, repartir sur ton organigramme, faut repartir...
A : - T'arrives à ... ?
MG : - Alors, y'a aussi des fois...
A : - Qu'est-ce qui fait que tu vas prendre ce truc-là et donc, un peu, entre guillemets, repartir à zéro, ou un peu, des fois tu vois, tu l'écoutes pas, quoi ?

430 MG : - Alors, bah c'est ce que... alors... Y'a deux solutions. Soit le patient, parce que c'est pas un habitué à se plaindre, etc., donc là si il se plaint de ça machin, y'a autre chose ; soit toujours une petite alerte que t'as : « Oh là, attention, passe pas à côté de... »
A : - Ouais. Donc ça c'est intellectuellement, dans ton...

MG : - ... ou si je suis bousculée par le temps...

435 A : - Ouais.

MG : - ... il m'est arrivé d'oublier la réponse.

A : - D'oublier...

MG : - Bah qu'il m'ait dit ça.

A : - Ouais.

440 MG : - Disant, bah je verrai bien à l'examen, si je trouve un truc ou un machin, disant : « Basta, là c'est une rhinopharyngite. » Voilà.

A : - Et en fait tu repars sur ton...

MG : - Oui. A tort ! Mais bon, après on peut pas...

A : - Donc là, non mais oui non non, voilà...

445 MG : - Oui, oui. De faire abstraction d'un élément clinique qu'on m'ait donné, pour satisfaire mon premier diagnostic, et en finir plus vite parce que je suis euh... azaï.

A : - Ouais.

MG : - Ca peut, ça peut m'arriver.

A : - C'est vraiment le...

450 MG : - Ce sera que sur des trucs...

A : - C'est vraiment le critère du temps... Oui, ce sera sur des trucs... pas... phénoménaux quoi...

MG : - Ce sera pas sur... Voilà.

A : - Comme quoi, le critère du temps...

455 MG : - Ou alors je vais faire revenir, quand c'est un autre critère qu'il va m'amener. On parle pas là d'un syndrome fébrile ou quoi que ce soit. Je vais écouter. « Vous venez de me donner ça... Là, je peux pas. Je suis full, je suis en retard, donc, ça, ça m'embête ce que vous venez de me dire là...

A : - Ouais.

460 MG : - « ... j'ai pas le temps de le voir aujourd'hui parce que, parce que ça nécessite un examen... Vous revenez...

A : - Ca, je sais que tu fais ça.

MG : - ... mais vous revenez que pour ça, parce que là, je peux pas, ou je vais faire n'importe quoi. »

465 A : - « Quels sont vos motifs de consults ? » pof pof pof...

MG : - Voilà.

A : - ... je peux en gérer un, je peux en gérer deux ? Est-ce qu'il y en a un troisième ou si... on fait le point.

MG : - Donc ça... ou même si au décours de l'examen, ils te disent : « Ah puis oui, depuis quelques temps... » Ou par exemple, souvent, le thème qui revient, c'est : « J'ai des troubles du sommeil. » Alors évidemment, tu peux résoudre, tu balances un Stilnox®, un Zolpidiem (sic) ou un machin... bon, d'accord. Non, moi si... « Ecoutez, attendez, moi, troubles du sommeil, je peux pas vous les résoudre comme ça, si je peux vous les régler...

A : - Ouais.

475 MG : - « ... vous revenez, on parle que de ça. »

A : - Oui.

MG : - Ou le tabac : « Ah puis au fait, j'aimerais arrêter de fumer. » Bon : « Attendez, ça c'est consult à part...

A : - Ouais.

480 MG : - ... c'est pas que je veuille faire une C, je vous ferai pas payer si ça vous pose un problème, mais vous revenez, on parle de ça. »

A : - D'accord.

MG : - Et... mais ça, faut savoir le faire, c'est pas évident.

A : - C'est le problème de la... du... comment dire... du... du fait qu'il y ait plusieurs motifs de...

485 MG : - Voilà.

A : - ... plainte au cours d'une même consult... Ca, ça peut, du coup, shunter... Oui, tu peux pas tout faire quoi.

MG : - Le plus dur avec la gestion du temps qu'on a, moi, je me le reproche hein, souvent, je peux dire souvent, une fois par jour, c'est de... de m'arranger pour bloquer l'interrogatoire...

490 A : - Ouais.

MG : - ... pour passer à l'examen...

A : - Parce que toi, dans ta...

MG : - ... parce que je sens que la personne va éventuellement me dire autre chose. Que, tu vois... que le motif est pas... et t'as pas le temps. Il est venu parce que il avait mal à l'épaule, euh...

495 A : - Ouais, ouais, non mais c'est clair...

MG : - ... tu peux pas aller parler du conflit qu'il a avec sa femme ou son truc, ou autre chose. Donc, dans ce cas-là... mais par contre, je laisse une porte d'entrée, en disant : « Il me semble que vous vouliez me parler d'autre chose. J'ai pas le temps aujourd'hui, mais vous revenez. »

500 Alors, j'ai peut-être perdu une occasion qu'il parle, ou qu'elle parle...

A : - Est-ce que tu fais un... Ca, c'est pareil, je... parce que bon, moi à la consult à la prison, j'avais... j'ai eu un... enfin, enfin... c'était... j'avais que deux heures de consults, tu vois, par jour, bon. Et puis je pouvais dépasser, donc parfois... bon alors parfois ça dépendait, soit je dépassais... je me permettais de dépasser, soit je me permettais pas de dépasser... Euh... Y'a une différence, y'a une différence je trouve, entre écoute du patient et interrogatoire. Je sais pas si toi, si ça te parle ça...

505 MG : - Ah totalement différente.

A : - C'est-à-dire que je trouve qu'il y a... il me semble... mais bon, je sais pas comment toi, tu peux gérer ça... il me semble que y'a une... pour pas passer à côté de choses comme ça, de... y'a une... un moment où tu dois laisser flotter, c'est-à-dire que tu dois...

510 MG : - Alors, y'a deux types d'interrogatoire.

A : - ... pas catégoriser, essayer de tout de suite faire sortir un diagnostic... tu vois ?

MG : - T'as deux types d'interrogatoire. Moi, je fais... Y'a certains patients, les secrétaires le savent, ils viennent qu'en fin de matinée ou qu'en fin de journée.

515 A : - Ouais.

MG : - Parce que je sais que je vais prendre du temps.

A : - Ouais.

MG : - Et c'est : « Bon ! » Je dis : « Bon, qu'est-ce qui vous amène ? O. K. O. K. Et ? Y'a autre chose ? O. K. » Je laisse le patient parler. Et après, je pose des questions. Et y'a l'interrogatoire totalement différent : « Vous venez pour un rhume ? - Oui. » Et là, c'est moi qui

520

prends le leadership...

A : - ... qui, qui va étayer...

MG : - ... de l'interrogatoire, et qui l'arrête...

A : - D'accord.

525 MG : - ... ou qui le continue quand je veux.

A : - Ouais. Oui, c'est ça.

MG : - Alors là, ça dépend de ma forme, du planning de la journée.

A : - Parce que ça, tu dis que ça dépend aussi de ton... de certains patients que tu sais que tu ne pourras pas canaliser les choses d'emblée... donc...

530 MG : - Voilà. Non, puis certains patients, il va falloir prendre du temps pour exprimer ce pour quoi ils viennent.

A : - Ouais.

MG : - T'en as, outre ceux qui viennent avec un motif autre... enfin, qui veulent exposer un autre motif...

535 A : - Oui.

MG : - ... ou ceux où faut du temps pour qu'ils s'expriment et là...

A : - ... et ceux qui viennent pas toujours pour les mêmes choses, que tu peux pas catégoriser...

540 MG : - T'as les gens hyper timides et si tu les laisses... tu laisses même dix secondes où tu vas rien dire, ils vont finir par parler. Et là, faut surtout pas les interrompre.

A : - Ouais. Oui, c'est ça, faut pas...

MG : - Ah oui.

A : - Parce que ça, je trouve pas... c'est pareil, c'est quelque chose qui doit se cultiver il me semble de...

545 MG : - Il faut du temps.

A : - ... de... il faut du temps...

MG : - Et voilà...

A : - ... et de laisser ce moment de flottement où tu... où tu... euh... bah où t'acceptes de pas faire rentrer les gens dans un diagnostic d'emblée quoi.

550 MG : - Ouais, tu les laisses. Et des fois, c'est à ce moment-là où ils vont te dire : « Ah, puis... »

A : - Ouais.

MG : - Ils te disent le mot qui, qui va te faire partir vraiment sur autre chose, des fois.

A : - D'accord. D'accord, d'accord... Euh... si on peut revenir très rapidement sur les histoires de courriers, parce que bon... c'est un axe...

555 MG : - Les courriers...

A : - Si tu veux, il me semble que dans l'exercice de la sémiologie, y'a aussi l'exercice de la sémiologie entre collègues. Bon. Euh...

560 MG : - Moi, j'ai un exemple très précis à te donner. Mon ex-mari était radiologue, et je l'ai toujours entendu à la maison : « J'en ai ras-le-bol de voir arriver des courriers avec : « Epaule droite », « épaule gauche » ou « genou droit » » Et de ce jour-là, grâce à l'ordinateur, j'étais toujours ma consult, quand je savais que j'allais faire faire une radio, et je lui envoyais une lettre comme à un confrère... un confrère spécialiste, avec euh... : « Monsieur, j'ai pas de... j'ai pas un choc rotulien, j'ai pas ceci, je pense que, recherche de... »

565 A : - Qu'est-ce que tu... dans un courrier, quand tu adresses, tu sais, dans ta procédure habituelle de genre, je fais un courrier, comment, comment, comment tu...
MG : - Y'a toute ma consult.
A : - Donc... Parce que je me souviens... globalement, je me souviens, mais... donc, tu fais un copier-coller de... de quoi...
570 MG : - Bah j'ai... mon système informatique me permet de mettre l'intégralité de ma consult de la lettre.
A : - Il te met donc ce que tu viens de taper pour...
MG : - Les antécédents... Ce que je viens de taper :
A : - ... la consult du jour...
MG : - ... les antécédents, les traitements en cours...
575 A : - ... les traitements se mettent...
MG : - ... et, et euh...
A : - Allergies, enfin je sais pas ?
MG : - Allergies, tout ça, et tous les courriers qui pourraient être inhérents... là, c'est moi qui prends...
580 A : - Après, c'est toi qui choisis...
MG : - ... qui choisis tous les courriers pouvant correspondre à la pathologie pour lequel (sic) j'adresse au spécialiste.
A : - D'accord. Et toi, tu... manuellement, tu tapes sur ce courrier-là...
MG : - Quand je sais qu'au départ, je vais faire un courrier...
585 A : - ... tu tapes le motif, peut-être, non ? Tu tapes pas le motif d'adressage... non ?
MG : - Je, je, je... je tape le motif pour quoi le patient est venu...
A : - ... te voir...
MG : - ... et après ma conclusion...
A : - D'accord.
590 MG : - ... et ce pour quoi bah je l'adresse à un spécialiste ou aux urgences, enfin, aux urgences ou à un spécialiste.
A : - Oui. Et à la fin tu mets...
MG : - Alors je mets pas toujours un diagnostic parce que j'en ai pas toujours fait un...
A : - Oui.
595 MG : - ... mais je mets voilà : « Je me pose la question de... doit-on faire ça, euh...
A : - D'accord.
MG : - « ... comment peut-on modifier mon traitement ? Ou est-il utile de prévoir un scan, euh... » Voilà.
A : - D'accord. Et tu mets les principaux éléments de la consult : interrogatoire et ce que tu
600 trouves...
MG : - Tout. Tout, tout, puisque je tape, t'as dû remarquer, je tape beaucoup moi.
A : - Oui. Tu tapes beaucoup...
MG : - Je tape assez vite, donc je mets tout ce qu'il me dit en interrogatoire, ce que j'ai trouvé en clinique... Normalement, le spécialiste en face a tout.
605 A : - D'accord, ouais.
MG : - Je sais pas si il lit, mais il y a tout.

A : - Moi, j'ai rencontré, enfin, c'était juste pas du tout dans le cadre de la thèse, mais j'ai une copine qu'est interne de... d'ortho, on parlait un peu de ça, elle me disait : « Mais moi, de toute façon... » Alors, c'est pareil, c'est une spécificité de l'ortho, elle me disait : « Moi, j'en n'ai rien à

610 fiche de...

MG : - Voilà... de l'examen...

A : - « ... l'examen clinique parce que moi je vais le refaire...

MG : - « ... je refais tout...

A : - « Si on m'envoie pour un genou, je fais... je vais faire un examen clinique du genou, et je

615 connais mieux la sémiologie du genou que le généraliste... » ce qui est normal, c'est-à-dire que il va faire des, des petits tests que nous, on connaît pas... et il disait : « Moi, ce qui m'importe, c'est... c'est... que dans le courrier, j'aie tous les éléments... donc... auxquels j'ai pas accès, c'est-à-dire justement les antécédents, le... pff pff voilà... le... pour un genou, tu vois, par exemple, comment est la personne habituellement...

620 MG : - Ouais mais...

A : - « ... comment elle se déplace... »

MG : - Moi, j'en ai discuté avec certains rhumatos, et je leur dis : « Vous avez tort, parce que nous, on peut très bien avoir une hydarthrose, et quand le mec, il va vous voir, il l'a plus, mais nous, on l'avait, et si tu lis pas mon courrier, tu sauras pas qu'à un moment il a eu une

625 hydarthrose. Si y'a une laxité, évidemment tu vas la retrouver, et peut-être qu'il y en a une et que moi, je l'ai pas trouvée parce que je sais pas bien faire l'examen... N'empêche qu'une hydarthrose, je suis complètement débile ; un choc rotulien, je vais l'avoir ; une hydarthrose, je sais faire. »

A : - Oui. Oui, oui, oui.

630 MG : - Donc, c'est des éléments qu'aussi...

A : - Je suis d'accord avec toi.

MG : - « Que quand le patient dit qu'il a une sensation de blocage et qu'il a failli se ramasser la tronche parce que son genou, il a pas suivi, euh... c'est pas mal qu'on vous le marque quand même. »

635 A : - Mais oui, moi je suis absolument d'accord. De toute façon, ce qui rentre en compte, c'est aussi le...

MG : - Parce que...

A : - ... c'est l'évolution de l'examen...

MG : - ... le patient, il va pas forcément le dire au rhumato, parce qu'il trouvera ridicule de dire

640 que un genou... il a failli se casser la figure à cause de son genou.

A : - Ouais. Alors que toi, t'as débrouillé la situation comme...

MG : - Voilà.

A : - T'as fait ton job... Donc ça... oui. Mais moi, je suis d'accord, quand je faisais mes courriers, j'écrivais rigoureusement mon examen clinique.

645 MG : - Après, ils en font ce qu'ils veulent...

A : - ... mais au moins, au moins, à ton sens...

MG : - ... c'est fait. Par contre, il m'arrive d'adresser des patients, mais là, c'est clair et net, je mets les antécédents, je mets tout, mais c'est pour sevrage médicamenteux. Quand moi, je suis à quinze médicaments à la maison, et que j'arrive pas à m'en sortir... Mais c'est clair,

650 j'adresse pour sevrage médicamenteux.

A : - A l'hôpital ? Non, à...

MG : - Ah oui, oui. Ca m'est arrivé, oui. Alors dans ce cas-là, j'appelais ou M. ou Jean-Yves P., je leur dis : « Ecoute, tu me trouves une place quand tu veux là pendant... parce que là, là... faut faire sauter. » Parce que j'y arrivais pas en ville.

655 A : - Ouais.

MG : - Or ça paraît aberrant, mais c'est le seul moyen.

A : - D'accord. Parce que...

MG : - A l'hôpital... Bah t'as notamment la dame dont on parlait tout-à-l'heure...

A : - Oui.

660 MG : - ... quand t'as une liste comme ça, avec... t'en as quinze médicaments, tu sais plus ce que tu fais, et que de toute façon, t'arriveras pas à en enlever parce que...

A : - ... elle voudra jamais...

MG : - ... elle voudra jamais... L'hôpital, ils enlèvent tout... (rire) enfin peut-être pas le Lévothyrox® machin mais...

665 A : - Oui.

MG : - ... et elle repart, elle a plus que quatre médicaments. Quatre ans après t'en as encore quinze...

A : - ... et tu refais la même chose (rires) mais t'as gagné quatre ans.

670 MG : - ... et au bout du compte, la Sécu gagne de l'argent, puisque c'est pas trois jours d'hospitalisation... quand tu vois le prix de certains produits tous les mois...

A : - Ouais. C'est clair.

MG : - Mais c'est clair. Dans mon... quand j'adresse, c'est : sevrage médicamenteux.

A : - Ouais. D'accord. Euh... Tes déplacements, t'en fais plus beaucoup du coup...

MG : - Plus beaucoup. Oui, ça c'est dommage.

675 A : - ... t'en fais un peu... ou...

MG : - A la fois, je suis très contente de plus en faire parce que... parce que, parce que, parce que on est débordé donc...

A : - Ouais... ouais...

680 MG : - ... ça fait gagner du temps ; et à la fois, c'était génial parce que c'était un élément de la médecine générale qu'était... super. Tu voyais comment les gens vivaient, où ils vivaient. T'avais une chambre d'ado, mais c'est génial de voir une chambre d'ado. Des fois, tu comprends plein de choses.

A : - Ouais, bah c'est exactement... Mon père m'avait dit ça.

MG : - Et ça, on le voit en moins en moins, on le fait de moins en moins.

685 A : - Il m'avait dit... ça faisait partie entre guillemets de la clinique.

MG : - Ah, c'était super. Avec ça, des fois, tu comprenais.

A : - Ouais.

690 MG : - Moi, je suis arrivée une fois chez un patient, ça faisait des années que j'essayais de lui faire perdre du poids, en lui disant qu'il fallait qu'il soulage son petit-déjeuner et tout, machin, et un jour, je suis arrivée chez lui à cinq heures du mat', ou six heures du mat', parce que sa petite faisait une crise d'asthme, et j'ai vu les frasques sur la table du petit-déjeuner de quatre heures du matin, puisqu'il était agriculteur, avant qu'il ne parte. Et j'ai compris que ce que je disais depuis quatre ans... J'avais pas bien ciblé, quoi.

A : - Parce que il...

695 MG : - Ah bah, y'avait les rillettes, le pâté, le saindoux, machin. Ah, le petit-déjeuner, il l'avait allégé hein, mais ce que toi, t'appelles petit-déjeuner. Lui, là, c'était son en-cas avant de partir au travail.
A : - Et lui, il t'avait pas fait son retour...
MG : - Ah non...

700 A : - ... il t'avait pas... informée de tout ça...
MG : - Ah non. Au petit-déj, il prenait un café au lait avec une tartine, c'est tout.
A : - Ouais. Donc là, c'est... Non mais c'est hyper important...
MG : - Non, et puis c'est super.
A : - ... ça permet de préciser comment, à l'interrogatoire...

705 MG : - ... comment les gens vivent... Quand tu arrives, une maman qu'a trois gamins et qu'il y a pas un jouet qui traîne, t'as rien pour les gamins, tu te dis que...
A : - Et alors, dans ton examen à domicile...
MG : - Oui...
A : - ... en maison de retraite, ou quoi... Alors est-ce que... est-ce que parfois tu... t'es bloquée, est-ce que ça t'est arrivé d'être bloquée sur un examen clinique, parce que bah... pff... ou bien c'est le boxon, ou bien la personne, elle se présente... tu sais, un petit vieux tout habillé, avec toutes ses épaisseurs, assis dans son fauteuil...
MG : - Alors, ça m'arrive.
A : - ... parce que là...la sémiologie...

715 MG : - Dans ce cas-là, j'y retourne le lendemain et je dis de le laisser au lit, comme ça, je l'ai déshabillé. Je dis : « Je reviens demain et vous me l'habillez pas. »
A : - D'accord. Ca, ça t'est arrivé euh...
MG : - Ah oui, ça m'est arrivé. Ou faut se dépêcher parce que faut les emmener à table. Toi, t'arrives, il est midi moins le quart. A midi, ils passent à table, donc tu les as dans leur fauteuil, dans leur machin...
A : - Ouais...
MG : - ... vaguement, ils sont déjà tout habillés ; ça gonfle tout le monde de le déshabiller et tout, et t'as pas toujours le... l'envie de taper sur la table...
A : - Ouais...

725 MG : - ... pour dire : « Vous me la remettez au lit, vous me la déshabillez... »
A : - Là, les... oui... parce que les gens, ils savent ce que... tu peux pas prévoir effectivement, en fonction de ta matinée, l'heure à laquelle tu...
MG : - Mais j'essaie quand même, une fois par an, mes personnes âgées, comme on les voit tous les mois à peu près en maison de retraite, de les voir dans leur lit, donc en chemise de nuit ou en pyj, pour les examiner complètement.

730 A : - Ca...
MG : - J'essaie...
A : - Oui non mais je sais.
MG : - ... enfin, j'essaie, une fois par an de le faire, sur tous mes patients d'ailleurs.

735 A : - Quand, quand t'y penses, quand... quand t'as le temps...
MG : - Non. En général, je fais toujours ça août, septembre, octobre, au moment où on fait souvent les examens de sport et tout, et où on voit tous les gens à faire le Ruffier-Dickson et tout...

A : - D'accord.

740 MG : - ... et j'essaie et je mets un petit truc sur l'ordi.

A : - « Examiner complètement » ou...

MG : - Quand je mets « examen », non je mets « examen complet ». Ca veut dire que je vais les examiner de la tête aux pieds. Enfin, de la tête aux pieds : je les ai pesés, mesurés, j'ai...

A : - Tu parles, tu parles...

745 MG : - Ici et là-bas. Là-bas, je le marque sur le dossier.

A : - ... tu parles des personnes âgées, enfin...

MG : - Je parle ici, tous mes patients ici.

A : - Tous les patients.

MG : - Oui... Ah sauf ceux que je vois une fois par an hein, mais quand je les vois une fois par

750 an, c'est pour le sport, donc de toute façon, je les vois quasi déshabillés.

A : - Oui. Oui les jeunes.

MG : - Et les personnes âgées, j'essaie, je mets une annotation, je mets « examen complet ».

A : - Parce que, donc, à ce moment-là, qu'est-ce qui se passe ? Tu préviens l'infirmière avant ?

MG : - J'y vais avant qu'ils soient... je leur demande de les laisser au... alors, tu sais, en

755 maison de retraite, j'en ai pas quarante hein, je dois en avoir quinze...

A : - Ouais.

MG : - ... et donc, je fais ça en septembre...

A : - Ouais.

MG : - ... et je leur dis : « Vous les laissez au lit. »

760 A : - D'accord.

MG : - Et donc je les vois au lit...

A : - Donc ils sont...

MG : - ... je regarde la peau, je peux faire les seins, euh... bon, les pouls, tu peux toujours les faire, mais t'as un examen visuel de, de... ta mamie, ton papi.

765 A : - Parce que, du coup, en dehors de ça donc, quand tu prends pas cette précaution-là...

MG : - Tu peux passer à côté de choses, hein.

A : - Voilà, c'est-à-dire que... quand t'arrives, quand t'arrives... globalement dans une maison de retraite, effectivement il est midi, ou midi et demi, ou treize heures...

MG : - Il est entre onze heures et midi et demi quoi, ouais...

770 A : - ... euh... tu les trouves comment ?

MG : - Ah bah ils sont dans leur fauteuil, prêts à manger, déjà le bavoir autour du cou. J'exagère un peu mais...

A : - Et là, effectivement, il est pas du tout pratique de...

MG : - Bah c'est pas pratique.

775 A : - Et dans chaque maison de retraite, t'as euh...

MG : - C'est très différent, ça dépend lesquelles.

A : - Ouais.

MG : - Y'en a où y'a pas de souci, on va te les déshabiller tout de suite, va y'avoir quelqu'un, on va mettre son repas au fr... au chaud et y'a aucun souci. Puis y'en a d'autres, c'est la

780 guerre. A ce moment-là, tu fais tout toi-même.

A : - L'histoire du personnel... C'est-à-dire que...

MG : - Oui, l'histoire du personnel joue beaucoup.

A : - Ouais. Quand tu vas voir une infirmière qui sait que t'arrives, elle peut parfois avoir...
justement gardé la personne dans sa chambre...

785 MG : - Tout à fait. Ouais.

A : - ... ou euh... ou l'avoir installée au lit...

MG : - ... et même des fois, selon le type d'équipe, tu as des gens avec qui tu peux vraiment
faire confiance. Y'a vraiment des personnes qui disent : « Ah, je vous ai pas appelée tout de
suite, mais y'a une petite lésion là-bas... y'a ça, ça s'est étendu... et donc, en fait, tu sais que la

790 mamie a eu son bain deux fois par semaine, et là... elle a été cadrée, elle a été vue, et là tu
peux faire confiance.

A : - D'accord. Ouais. Et en dehors de ça...

MG : - Mais ça dépend des structures.

A : - Ca dépend des structures... Parce qu'il y a des structures où...donc y'aura pas le
personnel, ou pas les bons personnels entre guillemets...

795 MG : - Voilà. Où ça, c'est pas noté. Y'a des structures où ça, c'est colligé hein. Etat cutané, ils
sont obligés de répondre.

A : - D'accord. D'accord... et donc là... En tout cas, ça peut être un...

MG : - T'as des, t'as des, t'as des... maisons de retraite où tu vas trouver des fécalomes pas
possibles, toujours dans les mêmes maisons de retraite, et d'autres, dès que la personne n'est

800 pas allée à la selle pendant deux jours, on va te prévenir.

A : - Enfin...

MG : - On va pas te prévenir, ils vont...

A : - ... ça va être géré.

805 MG : - ... essayer le Movicol® et tout...

A : - Ouais.

MG : - ... et si ça déclenche pas, on va te prévenir.

A : - D'accord.

MG : - Donc t'arrives jamais, t'as jamais de fécalome, enfin... c'est exceptionnel que tu aies
des... alors que y'en a, c'est systématique.

810 A : - Euh... alors tu m'arrêtes quand... hein, je sais pas... dis-moi...

MG : - Non, c'est bon, je commence à la demi, là.

A : - Euh... Au niveau... Y'a une notion que j'ai appris... mais je sais pas si c'est une vraie
notion, c'est-à-dire que bon... l'examen sémiologique, en fait tu... bon, on l'apprend, et puis on

815 l'expérimente donc tous les jours. Euh... il se... il se cale, en fait, notre connaissance de la
sémiologie se cale évidemment sur les pathologies qu'on voit.

MG : - Sur la pratique, oui bien sûr.

A : - Sur la pratique.

MG : - C'est pour ça que j'aime bien la maîtrise de stage.

820 A : - Que t'aimes bien la ... ?

MG : - Bah, d'avoir les stagiaires, parce que, de temps en temps, vous nous ramenez un petit
peu... Je me rappellerai toujours une fois, tu m'avais posé une question : « Pourquoi tu fais
ça ? », et j'avais pas été capable de te répondre pourquoi je faisais ça.

A : - C'était quoi ?

825 MG : - Je sais plus...

A : - Tu sais plus ? C'est vrai que ça fait longtemps.

MG : - Je sais plus ce que c'était... Pourquoi je faisais ça... J'étais incapable de te répondre pourquoi je faisais ça. Donc après, je me suis dit : « Bon, si je suis pas capable de répondre pourquoi je fais ça, y'a deux solutions : ou c'est n'importe quoi...

830 A : - Ouais.

MG : - « ... ou c'est que j'ai pas assez finalisé le pourquoi je faisais ce truc-là. »

A : - Ouais.

MG : - Et au bout du compte, c'est que c'était inutile.

A : - C'était un truc d'examen ?

835 MG : - Ouais, c'était un truc d'examen, je sais plus. Je sais plus, dans un mouvement clinique, je sais plus ce que je faisais...

A : - ... qu'est-ce que tu recherches...

MG : - Qu'est-ce que tu recherches, et...

A : - Ah le con ! (rires)

840 MG : - ... je faisais ça en gros à chaque fois : « Ah, le con ! », (rires) et je me suis aperçue qu'en fait, c'était... bah, que ça servait à rien. Donc, je l'ai supprimé de mon... parce que j'ai pas réussi à trouver un support pour expliquer pourquoi je faisais tel mouvement. Ca devait être dans l'examen d'épaule, je pense.

845 A : - Alors, c'est pas le sujet que je voulais aborder, mais en fait c'est très bien que tu dises ça, c'est-à-dire que en fait... bon, c'est autre chose encore, c'est l'histoire de la réflexivité. C'est-à-dire le retour que tu peux avoir sur ton propre travail, ... appréhendes le...

MG : - Ca, c'est génial.

A : - Oui. Alors, alors voilà. Mais si tu veux, un médecin généraliste, il est pas dans un service avec plein de gens autour, il est tout seul.

850 MG : - Et voilà. D'où quand je te disais que plein voulaient pas de stagiaire. Parce que un stagiaire, c'est des yeux, dans ta consultation.

A : - Ouais.

MG : - Et des yeux dans ta consultation, ils peuvent être critiques.

A : - Ouais.

855 MG : - Et ça, y'en a plein qu'aiment pas. Parce que moi j'ai... ma pratique a évolué de par votre présence.

A : - Ouais.

MG : - Moi, je vous apportais une forme d'expérience, mais vous, vous m'apportiez aussi un oeil avec... mais attends, attends...

860 A : - ... nos yeux naïfs, là...

MG : - ... pas naïfs, mais de la fac, de l'université, de... des trucs qui se faisaient plus et moi, j'étais à la ramasse ou... Parce qu'attends, dans notre cabinet, là, on est les chefs hein.

A : - Mais oui.

MG : - C'est pas le patient qui va te dire... bah ça arrive, mais...

865 A : - ... qui va... oui euh...

MG : - ... qui va te dire...

A : - « Est-ce que j'aurais pas ça ? »

MG : - ... voilà... « Docteur, pourquoi vous ne m'avez pas fait ça ? », ou « Pourquoi... »

870 A : - « Ah bah, je vais le faire. » Mais euh... oui parce que ça, c'est... c'est un problème entre guillemets de pas avoir de réflexivité. Comment est-ce qu'on peut solutionner ce, ce...

MG : - Alors moi, j'aime bien le solutionner, outre votre, votre présence, c'est, des fois, les FMC où on travaille en jeux de rôles.

A : - D'accord.

MG : - Alors ça, j'aime bien.

875 A : - Les groupes de pairs ? Non, c'est encore autre chose ?

MG : - Groupe de pairs, ou des fois, dans des FMC avec des, des, des, des labos...

A : - Ouais.

MG : - ... on va travailler des thématiques en faisant des jeux de rôles...

A : - Ouais.

880 MG : - ... et en général, on est toujours méchant dans le jeu de rôles, parce que quand on joue le patient, notre but, c'est de bloquer l'autre quand même. Donc, on est des méchants, on n'est pas des vrais patients...

A : - Ouais.

MG : - ... et ça, c'est bien parce que t'es obligé d'affûter, d'abord parce que t'as les collègues

885 qui te regardent, hein...

A : - Oui, donc... oui.

MG : - Et deux, t'es obligé, de, de, dans ce que tu vas proposer comme questionnement...

A : - Alors, qu'est-ce que ça te fait, justement...

MG : - Ah bah moi, ça m'apprend plein de trucs.

890 A : - ... quand t'as un collègue qui te regarde ? Parce que ça, c'est important.

MG : - Ah bah je me dis...

A : - Est-ce que c'est flippant ? Est-ce que tu te dis, euh...

MG : - Bah non, parce que moi, j'ai l'habitude avec vous. Mais oui, c'est flippant. Tu dis, si je raconte trois conneries, si j'oublie des choses importantes, et si il s'aperçoit que je suis nulle...

895 Mais bien sûr ! Mais c'est ça qui nous pousse à être meilleurs, enfin pour moi ! Bien sûr, des fois, j'ai dû faire des conneries, j'ai fait éclater de rire, machin. Bon bah basta quoi.

A : - Ouais.

MG : - Heureusement, ces FMC, ces jeux de rôles sont très bien faits, du fait que... Notamment, on en a quand on prépare le stage pédago... le... d'être maître de stage.

900 A : - Ouais.

MG : - On a deux jours où on fait... on a des jeux de rôles, comme ça, notamment avec le SASPAS.

A : - Avec le DMG ?

MG : - Bah ouais, c'était marrant comme tout.

905 A : - Et euh... et alors, tu penses que ça, c'est... donc, ce que tu dis, c'est que finalement, le... en tout cas, le regard des autres... enfin, le, le, le... effectivement, le regard extérieur que peuvent t'apporter les autres quand ils sont témoins de ce que toi, tu fais en jeu de rôles...

MG : - ... t'oblige à être meilleure.

A : - Ouais.

910 MG : - Te force à, à...

A : - ... à pousser...

MG : - Voilà. Ou alors après, si tu veux jamais participer aux jeux de rôles quand ça existe comme ça, faut que tu te poses des questions, en disant : « Pourquoi je veux jamais y aller, dans ce jeu de rôles ? »

915 A : - Ouais.
MG : - « J'ai peur de quoi ? »
A : - Ouais. Et toi, tu penses que.. Enfin, je sais pas si... bon, t'en as certainement dans ton entourage, t'as dû un peu cerner qu'ils aimaient pas trop s'exposer...
MG : - Ah bah moi, très très simple. Quand j'ai demandé... parce que j'ai essayé de recruter
920 des maîtres de stage dans le coin, pour essayer de savoir...
A : - Oui.
MG : - ... disant : « Vous verrez, c'est génial, c'est super... » Et la phrase qu'il fallait plus que je dise à la fin pour stimuler quelqu'un, c'est : « Ca nous permet de nous remettre en cause. »
A : - Ouais.
925 MG : - Parce que c'est ce dont ont peur la plupart des gens, des médecins. Et quand j'en discute avec eux, des amis, et tout, je dis : « Mais pourquoi tu veux pas ? - Ouais, mais tu te rends compte, euh... machin.. » Et c'est pareil...
A : - Ils disent quoi ?
MG : - Bah, au départ, ils t'annoncent leur problème de temps.
930 A : - Bon, ça c'est...
MG : - Et quand tu creuses...
A : - ... c'est le premier niveau effectivement, qui est vrai, mais c'est le premier niveau.
MG : - C'est le premier niveau. La rémunération, jamais, n'est jamais évoquée. C'est... après, c'est le regard !
935 A : - Ouais.
MG : - « Oui, mais moi, je suis habitué à pratiquer comme ça, j'ai pas envie d'avoir, machin... qu'on me dise que, machin... » Mais oui, mais je dis : « Ca fait partie de l'évolution des pratiques aussi, c'est... - Ah non, non, non. Non, et puis j'ai pas le temps, j'ai pas le temps. » Et quand tu creuses, pour certains, c'est... tu as cette problématique du regard de l'autre.
940 A : - Ouais. Et est-ce que t'as pu creuser alors. Parce que ce qu'il faudrait que je fasse, peut-être avec d'autres médecins, justement, des gens qui seraient un peu comme ça. Est-ce que toi, t'as pu creuser pour savoir encore pourquoi est-ce que ce regard, ils pouvaient pas le supporter ?
MG : - Ah, je suis pas allée si loin.
945 A : - Non.
MG : - Parce qu'après j'ai pas eu l'occasion de, de pousser plus loin, j'ai eu d'autres...
A : - Oui, non mais oui, c'est...
MG : - Mais moi, je dis. Je dis : « C'est génial. Bon, des fois, tu te prends une claque... » Enfin, une claque... Si tu t'entends bien avec ton stagiaire, tu prends pas une claque. Et je dis : « T'as compris que là euh... puis t'es tout content après parce que t'as progressé. »
950 A : - Ouais.
MG : - Je dis, moi, j'ai fait un truc comme ça sur... c'est grâce à un stagiaire que j'ai évolué dans mes frottis, où je faisais encore ma plaque, puis elle me dit : « Bah vous faites pas le milieu liquide ? Si, si, c'est possible, c'est comme ça. » Et pouf, la semaine d'après, j'avais le
955 milieu liquide et terminé.
A : - Ouais.
MG : - Sinon, je serais peut-être encore avec mes, mes...
A : - ... tes spatules d'Ayre...

MG : - ... spatules d'Ayre, Cervicobrush et tout...

960 A : - Ouais.

MG : - Non mais, je lui dis... Voilà, bon bah, mais bon... A un moment, faut... accepter la remise en question.

A : - Ouais, ça, c'est quelque chose qui...

MG : - Alors que le patient, il dira rien lui.

965 A : - Mais c'est pas du tout dans la culture, euh... enfin...

MG : - Eh ouais...

A : - ... enfin, c'est pas du tout... je sais pas... mais c'est pas appris... en tout cas, c'est pas dans la pratique d'avoir une réflexivité, parce que qu'est-ce qu'ils ont comme, comme retour sur leur pratique, les médecins ?

970 MG : - Aucun.

A : - Donc y'a, bon, éventuellement se mettre un, un, un étudiant, un jeu de rôles... voilà...

MG : - Mais ça, faut aller aux FMC qui font ça...

A : - Sinon des FMC, bon des FMC entre guillemets standards...

MG : - Les FMC, t'es vachement passif, sur les FMC standards. Là, ce soir, on a une FMC, un

975 truc... bon, bah tu vas avoir un spécialiste qui va nous expliquer un thème, on va poser deux, trois questions, mais on n'est pas très actif...

A : - Ouais.

MG : - ... on fait que prendre, on n'échange pas beaucoup.

A : - Ouais. Vous avez pas de feed-back, en fait, c'est ça.

980 MG : - Très peu, très peu. Moi, les meilleurs feed-backs que j'ai faits, c'est depuis que je suis maître de stage, parce que je suis obligée de le faire.

A : - Oui, oui. Ca, c'est un truc hyper important. Moi, j'ai lu du coup, pas mal, sur... dans une revue qui s'appelle Pédagogie médicale, qui est là pour, en fait, décrypter les mécanismes d'apprentissage...

985 MG : - Ah oui.

A : - ... au sein du milieu médical. Donc euh... c'est... et, et, y'a beaucoup de, de travers...

MG : - Puis euh... ce qui nous fait évoluer un petit peu aussi, mais ça, je sais pas si c'est tous les collègues, c'est le fait aussi que maintenant, les gens ont accès à des données qu'ils n'avaient pas avant. Bon. Les gens maintenant, arrivent avec quatre feuilles Internet sur euh...

990 l'algodystrophie hein...

A : - Ouais. Oui.

MG : - Voilà. « Bah ouais, j'ai... la radio, il m'a dit ça ; moi, je suis allé voir algodystrophie sur, sur Wikipedia® ou Wikimerdia (rires) et voilà, on m'annonce ça. Qu'est-ce que vous en pensez ? » Alors, déjà, tu prends les feuilles... Algodystrophie, ça va... mais des fois, c'est...

995 maladie de Dubreuilh, maladie de je sais pas quoi...

A : - Bon, ils arrivent avec quelque chose que toi...

MG : - ... dont t'as jamais entendu parler quoi. Euh oui. Donc, là, ça t'oblige...

A : - Ca te pose quoi comme euh...

MG : - Aucun. Moi, je dis aux gens : « Ecoutez, très bien. Je ne connais pas visiblement aussi

1000 bien la maladie que vous. Je vais aller voir sur mon site à moi, euh truc. On va regarder ensemble. » Non moi, ça me pose euh...

A : - Tu mets les choses à plat et puis...

MG : - Ah oui. Je dis : « Ecoutez, je suis... je suis désolé, je suis que médecin généraliste, je
dois tout posséder un petit peu. Là, vous m'apportez des données. Ecoutez, on va les regarder
ensemble. Après, je vais vous les critiquer en fonction de ce que je sais, puis si y'a un souci,
1005 on va aller sur un site médical. » Puis, je... J'ai pas... Tu sais, moi, j'ouvre le Vidal® devant les
gens, hein. T'as bien vu.
A : - Oui bah, moi je le fais ça...

MG : - Ca dérange pas... Il arrive : « Le radiologue... le cardiologue m'a donné ça. - Ecoutez, je
1010 connais pas...
A : - Ouais.
MG : - « ... on va regarder. » Des fois, c'est même pas sur le Vidal®. Euh non, moi je... Pour
mes patients, j'ai pas la science infuse...
A : - Ouais.

MG : - ... alors qu'il y en a euh... Je vais pas citer de nom...
1015 A : - Oui. Bah oui, c'est vrai...
MG : - Moi, il m'arrive qu'il y ait un patient qui dise : « Bah voilà, j'ai la maladie de Machin, vous
connaissez ? - La maladie de quoi ? Ecoutez, sous ce nom-là, je connais pas... » Donc
souvent, ils m'amènent le papier, parce que bon... « Ah non, je connaissais pas. » ou « Oui, je
1020 le connais, mais pas sous ce nom-là. » Parce que des fois euh... t'as le syndrome de Machin...
Et... mais moi, j'ai... Bon, heureusement j'ai pas à le faire dix fois par jour parce que là je me
poserais des questions, mais...
A : - Ouais, non, c'est...
MG : - Mais c'est dur d'être médecin généraliste... moyen. Quand tu vois l'évolution des... Moi,
1025 ils me font rire des fois, les spécialistes, dans leur courrier, hein.
A : - Parce que ?
MG : - Bah parce que des fois, ils te balancent euh... : « Oui, il aurait mieux aimé (sic) donner
ceci, cela, machin... » Ils balancent tout un tas de produits, des protocoles, des trucs, attends
euh... Ce qu'ils réalisent pas, c'est que nous, les protocoles, on les a en rhumato, on les a en
1030 cardio, on les a en pneumo, on les a en diabéto, on les a... en tout. Et faut tout qu'on manie.
A : - Ouais.
MG : - Parce qu'après, c'est nous qu'avons les effets secondaires des médicaments euh... le
fait que la personne, elle le tolère pas, et qu'elle ait pas dit au cardio qu'avec, elle prenait du
truc et du bidule et que...

A : - Bah oui, non mais c'est clair... Est-ce qu'à un moment t'as été absolument pas disponible
1035 au patient...
MG : - Oui.
A : - ... sur une période de temps, tu vois...
MG : - Oui.

A : - ... genre t'es pas bien pendant une semaine...
1040 MG : - Ah oui.
A : - ... t'es fatiguée, t'es H. S., ou t'as un souci perso...
MG : - Plus d'une semaine...
A : - ... non, non mais... tu vois ?

MG : - Oui. J'ai quand même bossé. On a même fait un test par la FMC, là, tu sais, par le
1045 groupe de pairs, t'avais dû y venir...

A : - J'étais allé une ou deux fois. Oui, deux fois.

MG : - ... et on avait fait un test sur le burn-out.

A : - Oui, voilà, oui, bah, c'est exactement ça.

1050 MG : - Et euh... on était onze à cette soirée. Donc, le mec avait fait un pré-test pour nous, pour savoir si onze d'entre nous pouvaient être dans les stades 1 à 5 du burn-out...

A : - Ouais.

MG : - Anonyme, le test. Et il nous avait posé des questions, on avait refait le test à la fin, et on avait... certains d'entre nous qu'étaient un peu blancs, c'est-à-dire huit sur onze...

1055 A : - ... qu'étaient...

MG : - ... qu'étaient passés en stade 5 de burn-out à un moment dans leur profession...

A : - ... alors que... c'est-à-dire que le pré-test donnait un petit peu l'idée qu'on peut avoir du burn-out, et le post-test, c'était vraiment est-ce que je suis dans les critères...

MG : - Et il y en avait huit d'entre nous qui l'avaient été au stade 5...

1060 A : - Cinq, c'est le pire ?

MG : - Bah, c'est le pire, là où normalement tu dois être en arrêt de travail, où tu... Aucun d'entre nous n'avait consulté. On s'était tous bidouillé nous-mêmes notre traitement, parce que je faisais partie des huit, etc., euh, voilà. Donc ça veut dire qu'à un moment dans ma carrière, c'était au moment de ma séparation...

1065 A : - Ouais.

MG : - ... je m'en souviens très très bien, y'avait même le stagiaire, y'a une journée, à la fin de ma journée, je ne sais pas, j'avais travaillé ; visiblement, j'avais dû faire les choses à peu près correctement parce que ma stagiaire aurait peut-être poussé des cris, ou si quelque chose... mais je ne me souviens pas de ma journée le soir. Enfin... je m'en souvenais évidemment,

1070 mais... et là, le week-end, je me suis dit : « Y'a... tu fais quelque chose là. »

A : - Et euh... ouais.

MG : - Oui, ça arrive. On est complètement H. S. Le patient, on lui fait répéter quatre fois la question... « Température ? - Je vous l'ai déjà dit, Docteur. J'ai de la température. »

A : - Mais moi, ça m'arrive. Parfois, on fait répéter aux gens trois fois la même question et...

1075 MG : - « Vous lui avez déjà demandé, Docteur. »

A : - Oui, c'est ça hein. Mais qu'est-ce qui fait que... Pourquoi y'a une telle différence entre le pré-test et le post-test ? C'est-à-dire que qu'est-ce qui fait que finalement, les gens se sont pas rendus compte ?

MG : - Parce que, parce que... je pense qu'on a un gros problème dans notre profession,

1080 c'est : demain, tu sens que tu dérapes, on te... enfin bon, attention... je suis toujours très r... pas blanc et noir, mais...

A : - Non, non, non, mais...

MG : - On ne devrait pas avoir le droit de s'auto-prescrire.

A : - Oui.

1085 MG : - Un médecin, sauf sur des médicaments, je dirais... de base, j'en sais rien, du Rhinofluimucil®, du truc que tu peux aller chercher en pharmacie... ne devrait pas avoir le droit de s'auto-prescrire.

A : - Ouais.

MG : - Les huit, là, d'entre nous, on s'est tous auto-prescrit nos antidépresseurs, et nos

1090 machins et nos trucs et nos trucs pour dormir et nos machins. Tous. Aucun d'entre nous n'est

allé voir quelqu'un : un collègue... parce que... pff...

A : - Et... pourquoi ? Oui et ben...

MG : - Parce qu'on va s'en sortir tout seul...

A : - Oui... Parce que consulter un collègue...

1095 MG : - ... on n'a pas envie de le dire...

A : - Oui.

MG : - ... on n'a pas envie... Et puis moi, tu vois, même quand aujourd'hui... je me dirais : « Qui je vais voir quoi ? »

A : - Oui.

1100 MG : - Pas que je me sente la meilleure...

A : - Entre guillemets, dans la procédure de soins, le médecin, il garde... enfin...

MG : - ... il est out.

A : - ... il est plus isolé...

MG : - Voilà. Le patient, à un moment, il va être obligé de venir te voir. Parce que du Lexomil, du Machin ou du Truc, il en trouvera pas.

1105

A : - Ouais.

MG : - Ou du Stilnox®, il en trouvera pas. Donc, il va être obligé de venir, et donc, à un moment de te poser sa problématique : « Je ne dors plus, j'ai ceci, j'ai un souci avec ma femme...

1110

A : - Ouais.

MG : - « ... machin, je sais pas. »

A : - Et toi, t'as un recours ?

MG : - Toi, tu te fais ta prescription.

A : - Bah, y'a deux facteurs : y'a le fait que t'as recours à la prescription, et le fait que... t'es isolé dans ton...

1115

MG : - Voilà.

A : - ... parce que par rapport au système de santé, tu te demandes comment tu peux pas exploser...

MG : - Je pense qu'il devrait y avoir des cellules... Ca a été créé là, les cellules burn-out pour les médecins et tout...

1120

A : - Oui. C'est un sujet qui, qui émerge depuis quelques années...

MG : - A mon avis, c'est pas... Quand tu vois ce qui s'est passé à notre collègue y'a pas longtemps...

A : - A Pouzauges là ?

1125

MG : - J'étais trois jours avant avec lui en FMC, parce qu'il faisait partie de la FMC, tu l'as connu.

A : - Hein ?

MG : - Bah oui, il faisait partie...

A : - Au groupe de pairs ?

1130

MG : - Il était dans notre groupe de pairs. C'était le grand mince à lunettes...

A : - Il s'appelait comment ?

MG : - Emmanuel... euh... j'ai oublié son nom maintenant...

A : - Bon, bon... (montrant le dictaphone) Mais euh...

MG : - C'était le grand mince à lunettes. Très, très...

1135 A : - Ca fait longtemps, je suis allé que deux fois...
MG : - Et bah c'est lui. Et moi, quatre jours... trois jours avant, j'étais avec lui en groupe de pairs.
A : - Et il t'avait semblé normal ?
MG : - Normal. Il était de garde en plus. Normal. Enfin, normal...

1140 A : - Et qu'est-ce que tu peux dire de ta pratique à ce moment-là ? Donc tout-à-l'heure, tu disais : « Bon, j'ai l'impression quand même d'avoir fait les choses... voilà, correctement... » Parce que...
MG : - Ce qu'il faudrait...
A : - ... dans ces cas-là, t'as pas de patience, t'as pas de... enfin je sais pas, mais...

1145 MG : - T'as plein de ?
A : - T'as pas de patience, t'as pas de... t'as pas de... enfin, on est fermé sur soi, enfin...
MG : - Ah bah, tu te refermes...
A : - Moi aussi, ça m'est arrivé, y'a des moments où t'es fatigué, t'en as marre.
MG : - Tu t'enfermes complètement, et bizarrement, tu bosses encore plus. Parce que, comme

1150 tu mets beaucoup plus de temps à réagir : une consult qu'aurait duré vingt minutes, elle dure une demi-heure, etc.
A : - Oui. T'as une perte de rendement.
MG : - Bah pff... flagrante, ouais.
A : - Donc du coup... Et c'est difficile à évaluer, ça...

1155 MG : - Ah non, mais je pense que ça, ça nous manque, d'avoir un endroit où appeler, mais surtout, je crois qu'il faudrait empêcher les médecins de s'auto-prescrire. Je sais pas si c'est possible hein, j'en sais rien. Parce que, au moins, bah quand le médecin, il se dirait : « Bah, il faut que je me mette sous antidépresseur. » ou : « Il faut que je me mette sous euh... »
A : - Oui.

1160 MG : - ... et il pourrait pas le faire tout seul.
A : - Et puis ça... ça donnerait... enfin, ça donnerait un regard extérieur qui donc, non seulement... enfin, qui aussi donnerait un regard extérieur sur l'ensemble de la situation, quoi, parce que genre on fait un break, euh...
MG : - Quand tu vois le taux du suicide dans notre profession, c'est impressionnant, quand même.

1165 A : - Ouais.
MG : - Même dans le coin. Y'en a un par an dans le coin quand même.
A : - Un par an ?
MG : - En quinze ans, y'en a eu douze là, dans le coin. Moi, ça fait vingt ans que je suis installée, y'en a eu au moins une quinzaine. Je parle de Vendée, hein. C'est impressionnant.

1170 A : - Des généralistes ?
MG : - Généralistes, euh... Deux spécialistes et tous les autres, c'est des généralistes oui.
A : - Libéraux ?
MG : - Libéraux.

1175 A : - Et les spécialistes ?
MG : - Y'en a un, c'était un praticien hospitalier, et l'autre, c'était un spécialiste libéral.
A : - D'accord. Ouais. Donc c'est...

MG : - Non, je pense qu'il y a...

A : - Y'a un manque de ce côté-là.

1180 MG : - Ah oui. Ca, c'est très clair. Je pense que y'a quelque chose à faire, mais alors quoi, euh... Quelle est la structure qui permettrait à un médecin généraliste de dire : « Bon, bah j'appelle là-bas et... et... » Voilà. Si ce n'est de faire confiance à un collègue. Mais là, la preuve, les huit sur onze, ce qu'est quand même impressionnant dans le groupe hein, ça fait quand même une grosse quantité, ça fait presque deux tiers.

1185 A : - Oui, huit sur onze qu'avaient été en burn-out stade 5.

MG : - Et aucun n'avait consulté. On s'était tous débrouillé euh... Bon, on s'en est tous sorti comme il faut mais... Bah, j'espère.

A : - Bah, sauf un.

MG : - Et... mais...

1190 A : - Ouais... non mais... bon, ça... c'est...

MG : - Et on voit bien quand on discute, les gens qui disent : « J'en ai ras-le-bol, j'avance plus, je suis débordé euh... »

A : - Et les patients, ils t'ont déjà fait des retours là-dessus ? Les patients, sur... genre euh...

MG : - Certains patients m'avaient dit à cette époque : « Vous avez l'air fatiguée, Docteur. »

1195 Mais ils vont jamais plus loin. Ils osent pas.

A : - Bah, c'est impossible... faut pas le dire, quoi.

MG : - Oui. « Vous avez l'air fatiguée. »

A : - Mais c'est vrai que l'isolement relatif, en tout cas surtout dans certaines... finalement, dans beauc... dans plusieurs aspects de la profession, est préjudiciable, finalement. A la fois sur le plan burn-out personnel...

1200 MG : - Et pourtant... et pourtant on est en groupe, là. Donc on pourrait penser que euh... au sein du groupe, tu puisses... et puis, en fait, tu t'aperçois qu'on partage des moyens, mais pas forcément...

A : - Bah ça dépend la façon dont on s'entend...

1205 MG : - Voilà. Ca dépend du groupe, de... l'assoc, quoi.

A : - Ca, tu penses que ça peut être une... une sécu... enfin, oui, de principe, ça peut être une sécurité...

MG : - Ah bah, moi j'aurais aimé que dans le groupe, de temps en temps, on puisse faire des briefings. De se dire, bon bah voilà, tous les samedis matins, on vient une demi-heure plus tôt, et puis chacun de nous, si on a un cas, on en parle.

1210 A : - Ouais.

MG : - Ca, j'aurais aimé. C'est, c'est un petit peu comme ça que j'envisageais l'association.

A : - Ouais.

MG : - Pas que... partager des moyens.

1215 A : - Oui, parce que...

MG : - Des moyens au sens large du terme, au sens intellectuel aussi.

A : - Oui, oui, oui, tout à fait.

MG : - Mais ça, non, dans notre groupe, on l'a pas.

A : - Y'a pas de... Parce que...

1220 MG : - Y'a des groupes où ils l'ont, hein.

2. 3. Entretien avec le Dr G.

- 1 Entretien au domicile du médecin, dans la cuisine, assis à table, vers 22 heures, après sa journée de travail et le dîner.
- A : - ... c'est des notes que j'ai prises tout-à-l'heure pour... un peu... faire un recensement de,
5 des thèmes que j'avais déjà abordés... De toute façon, l'idée, c'est pas de... je te pose pas toutes ces questions-là, c'est... Donc, c'est un entretien... c'est exploratoire, donc c'est vraiment libre. Mon sujet va aller en se définissant encore dans l'avenir. Donc, je te rappelle le... l'idée de base, c'était : quels sont les éléments spécifiques à la médecine générale qui peuvent être des obstacles ou des, ou des avantages à... à... à l'interrogatoire et l'examen
10 physique de ton patient. Donc euh... (rires) Ca a l'air de, ça a l'air de t'inspirer !
MG : - Non, non, mais y'a pas de souci.
A : - Mais alors, qu'est-ce que tu disais juste à l'instant ? Euh... est-ce qu'on peut reprendre euh... Parce que voilà, cette histoire de logiciel.
MG : - Ah oui.
- 15 A : - Ca, c'est comme... pour moi, c'est un truc qu'est nou... tu vois, que j'ai pas du tout repéré pour l'instant...
MG : - Mais j'ai découvert ça y'a pas très, très longtemps. Après, ça fait dix ans que je me sers du logiciel. (rires) Mais non, mais j'ai voulu... Parce qu'en fait, c'est avec notre histoire là de... des nouveaux modes de rémunération...
- 20 A : - Ouais.
MG : - ... et la nécessité de préciser les diagnostics, et d'avoir les pathologies.
A : - Oui.
MG : - Je me suis dit : « Mais comment on fait des requêtes ? », tout ça euh...
A : - Vous allez être obligés d'être plus précis de ce côté-là au sein du pôle ?
- 25 MG : - Bah je pense que ouais, enfin euh... Y'a des indicateurs qui peuvent... On peut choisir...
A : - Ah, vous allez coter ?
MG : - Bah euh...
A : - ... vos actes ?
MG : - Non, non...
- 30 A : - ... comme à l'hôpital et tout ça ?
MG : - Bah pff... Certains actes peut-être si tu veux, parce que par exemple, on va co... on va coter euh... Si on fait une vaccination anti-grippale, on va la coter quoi.
A : - Ouais.
MG : - Y'a certains actes qu'on va coter.
- 35 A : - Oui.
MG : - Et y'a intérêt que tout le monde les cote.
A : - Comme vous cotez « vaccin ».
MG : - Oui, c'est ça. Oui, mais euh... en étant très précis, c'est pas... Si on met que « vaccin », ça va pas coller, c'est... il faut vraiment être très précis : « vaccin anti-grippe » ou...
- 40 A : - Parce que tu vois...
MG : - ... « rougeole »...

A : - ... là où j'étais en MPU, euh... donc c'est de la médecine polyvalente hein, c'est pas loin de la médecine générale...

MG : - Oui, bah ils étaient... ils font la T2A, oui donc euh...

45 A : - Oui.

MG : - ... ça d'accord.

A : - ... Oui, c'est ça. Vous allez pas faire ça, non c'est pas... ?

MG : - Ca peut, ça peut arriver à ce qu'on arrive à faire ça en fait.

A : - Parce que ça valoriserait votre activité quoi.

50 MG : - Oui, enfin bon, c'est compliqué parce qu'en fait, faut que tout le monde parle pareil, et puis euh... ça, c'est compliqué.

A : - Donc ce logiciel...

55 MG : - Donc justement, pour voir, pour voir avec les requêtes, moi, j'ai testé pour voir si notre logiciel le faisait ou pas, quoi en fait, et je suis tombé sur cette histoire-là, avec euh... quand tu tapes sur la case « Diagnostic », euh... tu as, tu as... avant de valider ton diagnostic et d'être sûr d'avoir la pathologie, il faut... tu as euh... des symptômes qui euh... qui s'affichent, et si tu les as pas cochés...

A : - Ouais, oui.

MG : - ... donc si ils sont pas présents...

60 A : - Oui.

MG : - ... tu ne peux pas...

A : - ... valider...

65 MG : - ... valider ton diagnostic. Alors, c'est contraignant, mais ça peut être aussi intéressant dans la démarche pour aboutir au diagnostic... t'es sûr... Attends, si tu as oublié, je sais pas moi...

A : - Donc toi, t'as découvert ça, genre y'a dix jours, là.

MG : - Je, non... ça fait deux, trois mois. Deux, trois mois. Deux, trois mois. Et ça m'arrive...

A : - Mais est-ce que t'as... Est-ce que en consult, t'as...

MG : - Je l'ai fait, je l'ai fait...

70 A : - Ca a changé un peu ta façon de...

MG : - Bah... j'ai trouvé ça marrant quoi, en fait.

A : - Oui.

MG : - Alors ça... des fois, ça...

A : - T'as un exemple, t'as un exemple de consult...

75 MG : - Non, je suis pas... euh pff...

A : - ... où t'as voulu remplir ton diagnostic...

MG : - Non, je sais plus, je sais pas trop... Si, sur de la patho inflammatoire, enfin, ou infectieuse plutôt.

A : - Ouais.

80 MG : - Sur de la patho infectieuse. Alors euh, c'est parfois un peu chiant, parce que... justement euh... je trouvais ça justement très rigoureux quoi en fait.

A : - Ouais, t'as pas forcément tout quoi.

MG : - T'as pas forcément tout, alors que toi, dans ton texte libre, tu vas mettre le diagnostic et ça va pas te gêner quoi.

85 A : - Ouais.

MG : - Donc, c'est euh... alors que t'as pas tous les symptômes.

A : - Et alors, tu penses que ça, ça peut...

MG : - C'est un biais, c'est un biais du logiciel...

A : - Non mais, je sais pas... Est-ce que ça peut être mieux pour euh...

90 MG : - Non mais alors, bah mieux... A titre individuel, ça peut peut-être un peu progresser parce que justement, tu te rappelles plus.

A : - T'as pas eu besoin de ça. T'as fait ta médecine euh... comme ça.

MG : - Non mais, ça te remet en cause sur... Ca te remet en cause quand même.

A : - Ouais.

95 MG : - Ca te remet en cause sur... t'arrives à un diagnostic, et puis, tu dis : « Merde, je, je, j'aboutis à ce diagnostic, mais peut-être que j'ai oublié les symptômes, si tu veux, qui font partie du... enfin euh... de, de, de, de... ouais, de cette pathologie-là quoi. »

A : - ... du diagnostic tel qu'on le connaît quoi.

MG : - Et puis, euh, tu dis : « Bah, merde, j'ai peut-être pas pensé à ça.. Et puis, ça en fait

100 partie de ce truc-là... Ah oui, c'est vrai. » Non mais, enfin, c'est, c'est euh... intellectuellement intéressant quoi.

A : - Ouais.

MG : - Alors après, après bah, je pense que ça peut être intéressant, c'est justement sur euh... sur des groupes, euh... Si entre médecins, si tu veux, tu veux parler d'une pathologie ou euh...

105 et pour que tout le monde parle de la même chose.

A : - D'accord.

MG : - Euh...

A : - Tout le monde a les mêmes entités diagnostiques... syndrome...

MG : - Voilà, ça, ça peut être intéressant.

110 A : - D'accord.

MG : - Mais je me suis dit que c'était vachement lourd, parce que ça implique quand même euh...

A : - Mais ça, c'est quand vous avez une discussion de groupe. Vous avez des... au sein... bah de toute façon, vous êtes trois, non quatre.

115 MG : - Ouais, enfin... Si, on en a. Des euh... des discussions autour de cas ?

A : - Ouais voilà, autour de patients, autour de cas...

MG : - Euh... J'ai envie de dire presque quotidiennement mais de manière informelle.

A : - Ouais.

MG : - Avec Dominique...

120 A : - ... c'est tout le temps...

MG : - Si tu veux, c'est tout le temps quoi en fait. Ca commence au café le matin ici, comme ça peut être entre deux, deux patients euh... ou même pendant que le patient est là, si tu veux. Et avec Anne-Claude D., c'est pareil, si tu veux.

A : - Oui, oui, oui, oui. Vous vous sollicitez les uns les autres.

125 MG : - Oui, bah ça, si tu veux, quand on est emmerdé, on a ça, ça : « Qu'est-ce t'en penses ? » Enfin bon, ça, ça on le fait euh... Vraiment, ça, c'est le quotidien, ça hein.

A : - Oui. Ca c'est... d'accord. Et euh... donc l'ordinateur... ça a modifié ton examen... ? Du coup, quand...

MG : - L'examen clinique ?

130 A : - Ouais.
MG : - Par rapport à y'a dix ans ?
A : - Non, mais tu vois... Je veux dire euh... ce que tu as découvert.
MG : - Non.
A : - Ca a pas modifié ta pratique ?

135 MG : - Non. Non.
A : - Voilà, tu l'as pris comme un truc un peu ludique, effectivement...
MG : - Ouais, c'est ça.
A : - ... de formation effectivement...
MG : - Mais par contre, d'alerte, d'alerte, entre guillemets de formation.

140 A : - Euh...
MG : - Bah tu sais, je pense qu'on est tous euh... alors moi, je... tous, sur la sémio, on se pose tous la question à un moment donné si ça vaudrait pas le coup d'aller refaire un petit tour dans les bouquins de sémio hein.
A : - Oui. Et ça, t'en penses quoi ? (rires)

145 MG : - Ca me fait peur. (rires)
A : - Mais non, mais tu vois... alors... ça, je... bon, je l'ai posée aux autres médecins...
MG : - Ah mais ça fait peur !
A : - ... cette question de la sémiologie. Est-ce que... Moi, j'ai l'impression que... La sémiologie, donc tu vois, c'est la, c'est la base.

150 MG : - Ouais.
A : - C'est sensé être la base.
MG : - Ouais.
A : - Moi, je me dis que les médecins sont sensés tous la connaître et, au regard de leurs pairs, sont sensés le connaître, la connaître. Et donc, justement, ça peut être... tellement c'est, entre

155 guillemets, évident de le savoir, c'est plus difficile sans doute bah de remettre en cause le fait que bah... y'a tel élément de sémio, on sait plus trop quoi en faire... euh... non, c'est... ?
MG : - C'est vraiment la remettre dans le... Bah c'est vrai : dans le fouillis... Parce qu'en fait, en fait, les souvenirs de, de D1, euh... où justement... les souvenirs de D1, c'est, c'est plutôt appareil par appareil. Tu te rappelles euh, t'avais les pathologies et puis t'avais le listing après

160 les signes qui correspondent...
A : - Ouais.
MG : - Enfin, nous, on fait dans le système inverse. On est euh... On part avec des signes et faut qu'on arrive... On est à l'envers de ce qu'on nous a enseigné, quoi en fait.
A : - Ouais.

165 MG : - Tu vois ?
A : - Oui. Carrément.
MG : - Bah oui, bah euh... Je sais plus, moi euh... L'entorse de la cheville, euh... t'avais ton examen, ça se fait en varus équin, y'en a 90 % en varus équin... T'as tel et tel truc à faire euh... enfin, tu vois ? Alors que nous, euh bah euh... c'est dans l'autre sens que ça se passe quoi en fait. A partir d'une douleur de cheville, on arrive au diagnostic d'entorse. Tu vois, c'est dans le

170 sens contraire.
A : - Euh... Bah non, c'est dans le même sens. C'est-à-dire que tu...
MG : - Bah non !

A : - La sémio, c'est ton signe.

175 MG : - Ouais, mais t'avais, t'avais...

A : - Tu pars bien de signes.

MG : - Nous, on pars de signes, nous.

A : - De signes, de symptômes...

MG : - Oui, c'est ça, et puis après pour aboutir à un diagnostic.

180 A : - Voilà.

MG : - C'était souvent enseigné dans l'autre sens.

A : - Oui. Ah oui, oui, oui, quand on avait...

MG : - T'avais un diagnostic, ton cours « Entorses », t'avais le truc ensuite... tu vois... « péritonite », t'avais tous les signes de la péritonite...

A : - Ouais. Voilà, ouais.

185 MG : - ... mais c'était pas à partir d'un ventre dur euh... enfin, comment on arrive au diagnostic de péritonite, quoi en fait.

A : - Ouais, ouais.

MG : - Tu vois, c'est euh...

A : - D'accord.

190 MG : - Enfin bon... Ca c'est euh... Mais c'est notre quotidien ça, quand même.

A : - Ouais. Et... je t'avais interrompu...

MG : - Et en plus...

A : - On se dit... Tu disais euh... De temps en temps, j'irai bien... jeter un coup d'oeil dans un, dans un bouquin. Toi, tu... de temps en temps, ça t'est arrivé de te... enfin, je sais pas, c'est...

195 dans une consult, de te dire... ah, j'aurais bien relu le petit, le petit chapitre, le petit...

MG : - Bah on le fait maintenant, je trouve, tu sais. Y'a quand même l'outil Internet là maintenant, quand même, qu'est euh...

A : - Ouais.

MG : - ... qu'est quand même un outil de plus en plus facile, quand même.

200 A : - Ouais.

MG : - Parce que si tu veux, quand même, tu... t'as vite fait quand même euh...

A : - ... de, de, de toper euh...

MG : - ... bah de taper, ouais enfin...

A : - ... le diagnostic supposé et puis tu retrouves... de toute façon...

205 MG : - Ouais, c'est ça. Ouais. C'est vachement plus facile que y'a... je sais pas, quatre, cinq ans quoi en fait.

A : - Parce que y'a quatre, cinq ans, y'avait...

MG : - Bah t'avais pas... tu regardais pas sur Internet, quoi en fait.

A : - Ouais. Y'a dix ans. Enfin, oui, enfin, en tout cas, c'est peut-être pas rentré.. oui...

210 MG : - Y'a quatre, cinq ans...

A : - C'est peut-être pas rentré dans les, dans les... Là, maintenant, ça doit être rentré dans les habitudes, effectivement.

MG : - Ah non, y'a quatre, cinq ans, je t'assure. Y'a quatre, cinq ans, tu le faisais pas hein.

A : - D'accord.

215 MG : - Tu le faisais pas beaucoup.

A : - D'accord. Et donc ça, ça... euh... Y'a certaines consults où euh...

MG : - Bah tu vas voir, quoi en fait.

A : - ... où... mais à quelle étape de ta démarche ?

MG : - C'est souvent après.

220 A : - C'est...

MG : - Souvent après, ou alors, quand tu reçois des courriers de spécialistes...

A : - Ouais...

MG : - ... et euh... alors là, t'as complètement zappé, tu sais même pas ce que c'est, ce qu'il te raconte là en fait, et euh... et tu vas revoir ce que c'est que cette maladie-là, quoi en fait.

225 A : - D'accord.

MG : - Et là, tu te retapes les symptômes. Alors soit tu passes pour un con parce que tu... t'aurais dû t'en rendre compte beaucoup plus tôt... (rires) qu'il y avait quelque chose...

A : - C'est un truc simple, ouais, d'accord.

230 MG : - ... ou alors, c'est le truc, tu te dis : « Bon alors, de toute manière, je le reverrai plus jamais ce machin-là. » Donc euh...

A : - Mais ça... tu le fais pas pendant la consult ?

MG : - C'est difficile de le faire pendant la consult.

A : - Oui. C'est difficile. Mais euh...

MG : - Si, tu le fais euh...

235 A : - Enfin... tu le fais...

MG : - ... pas sur les symptômes... tu le fais...

A : - C'est-à-dire à quelle étape de ta démarche tu peux avoir recours donc à Internet, parce que...

MG : - C'est souvent a posteriori.

240 A : - C'est souvent... C'est-à-dire que... t'as traité ton patient au moins sur le plan des symptômes...

MG : - Pas forcément d'ailleurs. Tu lui dis : « Je vais creuser la question et vous...

A : - « ... vous revenez. »

MG : - Ou... Bah des fois, tu bottes en touche, tu temporises...

A : - Ouais, ouais, ouais...

245 MG : - Ou des fois, tu le fais revenir, parce que tu dis : « Bah voilà, faut que je regarde quoi, en fait, quand même. » Ca arrive, ça.

A : - Oui. Bah ça arrive... à tout le monde.

MG : - Ca arrive, ça arrive.

250 A : - Et heureusement, parce que je pense, celui à qui ça arrive pas, c'est celui qui... Tu crois pas ?

MG : - Bah si, si, ou alors tu fais un truc symptomatique, mais tu sais que tu vas le revoir quoi. Et c'est là que tu vas, tu vas à la pêche aux infos. Par contre, c'est pas tout à fait pareil, si tu veux, pour les... les demandes d'examen complémentaire, où là, tu vas regarder pendant la consult euh...

255 A : - Oui.

MG : - ... où là tu vas regarder sur la consult qu'est-ce qu'il faut demander, je sais pas moi, comme anticorps, je sais pas quoi euh...

A : - Ouais, ouais. Oui, pour...

244

260 MG : - ... euh, parce que tu te rappelles plus... Ouais, ou peut-être... ou quel examen... bon, de radio... mais c'est surtout pour la biologie...
A : - Ouais.
MG : - ... où tu te rappelles plus, quoi en fait euh... exactement ce qu'il faut demander. Là, du coup, c'est pendant la consult que tu vas aller à la pêche.
A : - Ouais.

265 MG : - Parce que ça va être très bref.
A : - Mais ça, ça intervient donc après ton...
MG : - Ah si, ça peut être pendant les consults avec les patients...
A : - Ca intervient après ton hypothèse diagnostique.
MG : - Ah bah oui, bien sûr.

270 A : - Parce que... tu demandes ta bio...
MG : - Parce que là, tu fais ton hypothèse diagnostique... Voilà.
A : - ... en fonction de tes hypothèses.
MG : - Mais par contre, à l'interrogatoire, aller chercher...
A : - Au départ... Oui...

275 MG : - Attends, après un interrogatoire ou après l'examen clinique, aller chercher, enfin, voir si y'a un truc clinique à faire, ça, tu le fais pas.
A : - Ouais.
MG : - Ca, je crois que tu le fais pas.
A : - Donc, Internet, ça intervient pas à ce niveau-là quoi.

280 MG : - Non. Je crois pas, ça.
A : - Est-ce que le fait d'avoir... alors, est-ce que le fait d'avoir ton logiciel informatique... je sais pas... peut-être pas au tout début de ta carrière...
MG : - Non bah... parce que... quatre, cinq ans...
A : - ... ça a modifié ta pratique de l'examen clinique ?

285 MG : - L'examen clinique, non.
A : - Et de l'interrogatoire, est-ce que...
MG : - Mais par contre... Euh... moi, je crois pas... par contre, c'est la... moi, je crois pas, enfin... je crois pas... par contre, sur la... euh, le remplissage euh...
A : - Ouais.

290 MG : - ... de ton examen clinique et de ton interrogatoire, ça...
A : - Ouais.
MG : - ... Bah attends... sur le dossier papier, tu marquais rien quoi en fait. Tu marquais euh... tu marquais vraiment...
A : - Tu marquais « rhino » et basta quoi.

295 MG : - Tu marquais « rhino », basta. Par contre, maintenant, « rhino », tu mets « tympan normaux », tu mets euh... tu vois, parce que en fait tu, en fait tu sais que le gamin, tu vas le revoir, ou tu l'avais vu le coup d'avant parce qu'il avait un tympan anormal et tu vas, tu vas marquer que le tympan, il est normal ou pas normal, quoi en fait. La consultation suivante, tu vas avoir des...

300 A : - Parce que... Pourquoi tu fais ça ? Parce que en fait, l'accès aux consultations antérieures...
MG : - Bah c'est classé.

A : - ... est très facile.

305 MG : - C'est classé, et puis parce que aussi, c'est euh... enfin, t'as une présentation qui t'impose un peu de rigueur, tu vois en fait.

A : - Ouais. Voilà.

MG : - Et donc, t'as un support pour marquer ton truc, quoi en fait.

A : - Voilà.

310 MG : - Alors après, tu marques ce que tu veux. Tu marques ou tu marques pas, mais quand même, tu sais... tu sais que ça peut te servir pour le coup d'avant ou le coup d'après. Alors que sur le dossier papier...

A : - Ca incite quoi. C'est-à-dire que t'as un cadre euh... qui, qui, qui... large comme... parce que tes cases, des grandes cases... « Examen »...

315 MG : - Ouais, ça dépend, parce que si tu veux remplir les formulaires, je te parlais tout-à-l'heure...

A : - Ah oui.

MG : - ... de la gynéco...

A : - Ouais.

MG : - ... enfin, la visite de, de, de grossesse...

320 A : - Oui.

MG : - ... où là, c'est pas des grosses cases blanches avec texte libre.

A : - Ouais.

MG : - Là, c'est vraiment euh...

A : - T'as tout quoi.

325 MG : - T'as tout : les oedèmes, les contractions, la, le, le... le périmètre...

A : - La hauteur utérine.

MG : - ... la hauteur utérine euh... T'as tout, quoi en fait.

A : - D'accord.

MG : - Et là, là... Bah non, là, c'est vraiment très rigoureux quoi.

330 A : - Ouais. Et donc là, du coup... c'est un, c'est un, c'est un... bon support à... bah du coup, vraiment, à l'examen clinique et puis...

MG : - Bah là, t'es sûr de pas oublier des trucs.

A : - T'es sûr de pas oublier des trucs. Et t'as ça dans... tu... Est-ce que toi, tu utilises d'autres formulaires par exemple, hormis celui du suivi de grossesse ?

335 MG : - Bah oui, enfin j'en utilise... J'utilise euh...

A : - ... de façon fréquente, enfin... comme ça, si t'avais un autre exemple...

MG : - Je sais pas, tu vois, le Mini Mental Test, moi j'en ai...

A : - Le MMS.

MG : - ... je le fais sur l'ordi, quoi en fait.

340 A : - Ouais.

MG : - Parce que ça, j'ai ça tout-de-suite, et je m'en sers après éventuellement pour surveiller.

A : - Oui.

MG : - Pour scorer en fait, parce que...

A : - C'est pour voir l'évolution.

345 MG : - Ouais.

A : - D'accord.

MG : - Peak-flow, par exemple, tu vois, enfin, y'a des trucs que...

A : - Oui... tu peux tout noter, d'accord.

MG : - Bah peak-flow, c'est facile, bon poids tension, j'en parle pas mais naturellement, c'est

350 évident mais... Peak-flow, c'est quand même intéressant hein.

A : - Ouais. Bah oui, il faut la base...

MG : - La taille chez, chez, chez les personnes qui prennent de l'Actonel ou du Fosamax, c'est quand même pas mal aussi quoi.

A : - Ouais. Oui, oui.

355 MG : - Et ça, tu sais...

A : - C'est un support, on peut dire que c'est un support à l'historique...

MG : - Ah ouais, ouais. Bah aussi au diagnostic quelque part, tu vois la...

A : - Oui.

MG : - ... la dame qu'a perdu trois, quatre centimètres, c'est quand même pas inutile de... Ca,

360 tu, ça tu... sur un support papier, tu l'as pas hein.

A : - D'accord. Oui, oui, non mais oui, c'est sûr.

MG : - Ca, tu marquais pas, ça, alors là... Ca, c'est sûr.

A : - Ouais. Oui, parce qu'il fallait, il aurait fallu colliger tout, tout ce que tu avais écrit manuellement...

365 MG : - Et puis, c'est le bordel... enfin... tu vois rien.

A : - Je regarde un tout petit peu mes... parce que... euh...

MG : - Par contre, par contre... moi, sur la manière dont je conduis les interrogatoires, ça change rien.

A : - Ca change rien.

370 MG : - Parce que ça, c'est euh... Si tu veux, ma saisie d'informatique, je la fais qu'à la fin, quoi, donc... mais c'est volontaire. C'est volontaire parce que moi, je... enfin, je tiens à avoir mon patient en face de... enfin, en face de moi...

A : - Et pas parler à ton ordi quoi.

MG : - ... et bien marquer les temps. Enfin, j'aime bien moi avoir le temps de l'interrogatoire...

375 A : - Ah voilà.

MG : - ... j'aime bien avoir le temps de l'examen clinique.

A : - Justement, comment... comment tu... Tu respectes toujours cette séquence-là dans une consult ?

MG : - Ah ouais. Moi, les gens s'assoient... De toute manière, les gens s'assoient sur le...

380 s'assoient en face de mon bureau, pour raconter ce qui leur... ce qui les amène.

A : - D'accord.

MG : - Parce que ça, ça fait partie de mon rituel, quoi si tu veux.

A : - Oui.

MG : - Ca fait partie de mon rituel. A la limite, je pourrais leur demander de se déshabiller, de

385 faire l'interrogatoire en les examinant...

A : - Mais...

MG : - Mais ça, alors, ça m'empêche pas de les ré-interroger en les examinant.

A : - Oui.

MG : - Mais c'est plus de la précision.

390 A : - Oui, d'accord. Donc t'as vraiment cette séquence de...

MG : - Ah moi, je sépare. C'est utile pour moi.

A : - Donc, donc... du début à la fin alors, ils s'installent au... ils s'installent au... en face de toi au bureau...

395 MG : - Ouais. « Qu'est-ce qui vous amène ? », enfin : « Pourquoi, vous venez ? » Voilà, et là...

A : - Deuxièmement, l'interrogatoire...

MG : - L'interrogatoire...

A : - ... l'examen, pardon.

MG : - L'interrogatoire, il est souvent beaucoup plus... enfin, oui, c'est quand même la partie la plus... presque la plus longue, je pense.

400 A : - Ouais.

MG : - Souvent. Pas pour une rhinopharyngite, mais...

A : - Ouais.

MG : - ... quoique...

A : - Et donc tu sépare les temps, et ensuite bon bah...

405 MG : - Examen, et puis après, explications.

A : - Ouais...

MG : - Explications, et euh... c'est là que...

A : - Prescription aussi.

MG : - La prescription, voilà oui.

410 A : - D'accord. Alors euh, au niveau de l'interrogatoire, si on commence par ça, est-ce que euh... Est-ce que t'as des... je sais pas, rien que comme ça, sans te... t'orienter plus, est-ce que tu... y'a des choses qui te font faire un interrogatoire différent de celui que t'aurais voulu faire, quoi. Quand tu diriges la consult, est-ce que parfois, tu trouves des obstacles... Tu dis : « Mince, mon interrogatoire... » Ou bien t'as... à cause de ton patient... Est-ce que ton patient,

415 parfois il peut... être tel que t'arrives pas à faire l'interrogatoire que tu veux, tu tires pas les bonnes informations...

MG : - Y'en a, ils sont ininterrogeables, enfin... soit parce qu'ils causent tout le temps, soit c'est noyé dans un tas de machins, dans un tas de plaintes, un tas de trucs ou un tas de je sais pas trop quoi d'ailleurs...

420 A : - Ouais.

MG : - Y'en a qui sont ininterrogeables... quasiment... enfin euh...

A : - Même sans trouble cognitif ?

MG : - Même sans trouble cognitif. (rires) Ceux qu'ont des troubles cognitifs, c'est diagnostique déjà, c'est presque enfin... ça oriente...

425 A : - Oui, oui. Tout à fait.

MG : - ... ça oriente...

A : - Oui.

MG : - Ca veut dire qu'il déraile. Mais, mais...

A : - Ouais. Mais t'en as... qu'est-ce que t'appelles ininterrogeables, enfin... ils t'écoutent pas ou...

430 MG : - Ils causent tout le temps et puis tu te noies dans le machin, et t'es obligé de dire stop, quoi en fait. « Bon, alors, ça veut dire quoi, ça ? »

A : - T'en as beaucoup, des comme ça ?

MG : - Oh bah plein.

435 A : - Oui, je sais, j'en ai...
 MG : - Y'en a... Puis là, t'es là, t'es obligé de... après, c'est toi qu'es obligé de faire le gendarme, quoi. « Attends, qu'est-ce que vous voulez me dire ? Que... ? » C'est ça, enfin...
 A : - Et euh... et donc ça...
 MG : - J'aime bien mener l'interrogatoire quoi. C'est moi qui... J'aime bien être le chef quoi.

440 J'aime bien... C'est pareil, dans l'interrogatoire, j'aime bien que ce soit eux qui causent au début...
 A : - Ouais.
 MG : - Longuement.
 A : - Ouais.

445 MG : - Et puis après euh... après, c'est moi qui oriente vers ce...
 A : - Une fois que toi t'as, t'as une petite... t'as des idées, tu précises les choses.
 MG : - Voilà. Ouais. Mais ça, c'est pareil, j'essaie de, de me tenir à ça quoi. J'essaie.
 A : - De... C'est-à-dire de pas faire...
 MG : - Pas intervenir au début.

450 A : - ... un interrogatoire policier au départ.
 MG : - Ouais. Et puis après... Plus ça avance... plus la consultation à la limite avance...
 A : - Ouais.
 MG : - ... plus l'interrogatoire, il va être ciblé, quoi en fait.
 A : - Oui.

455 MG : - Tu vois ? Parce que des fois, même pendant l'examen clinique, c'est vraiment la précision, quoi euh... « Ca vous fait mal à quelle heure ? » quoi en fait.
 A : - Ouais.
 MG : - Tu vois, vraiment. Tu sais, le truc, tu te dis... « Mais ça vous fait vraiment mal à cet endroit ou... ? » Voilà quoi, enfin... Alors que t'as déjà eu l'info, mais c'est de la re-précision, quoi en fait.

460 A : - Ouais, c'est ça. Et quand ils partent dans tous les sens euh, parfois... on peut pas quoi, on peut pas... on peut pas faire préciser...
 MG : - Ouais, ça je suis d'accord. Ca, tu peux pas. Puis t'as des spécialistes.
 A : - T'as ?

465 MG : - T'as des spécialistes.
 A : - De ?
 MG : - Bah de... pff... C'est chaque fois, quoi.
 A : - Pour raconter les choses euh... ça part dans tous les sens à chaque fois. et quand t'as... Quand y'a plein de plaintes, parce que ça, c'est... c'est quand même une spécificité, enfin dis-

470 moi si je me trompe, mais de la médecine générale...
 MG : - ... de certaines personnes...
 A : - ... par rapport aux consultations...
 MG : - De spé ?
 A : - ... de spé, où là y'a un problème...

475 MG : - Je sais pas... peut-être que le psychiatre, peut-être pas... (rires)
 A : - Ouais, d'accord.
 MG : - Peut-être pas le psychiatre...
 A : - Mais bon. C'est fréquent qu'un patient arrive avec plusieurs plaintes.

MG : - Oui.

480 A : - T'es d'accord.

MG : - Mais il repart souvent avec plusieurs aussi.

A : - Alors, effectivement, t'es obligé de faire le tri... parce que alors... peut-être que tu peux gérer un, deux problèmes... trois problèmes dans la consult, si c'est des choses simples...

MG : - Ouais.

485 A : - Bon. Comment tu fais le... Comment tu gères ce truc-là, c'est-à-dire quand... bah voilà, quand ça prend trop de temps ou quand c'est pour des choses trop compliquées, tu... t'es bien obligé de faire le tri...

MG : - Bah y'a des choses, si tu veux euh... Alors c'est vrai quand même qu'il y a des consultations où tu tries, enfin, que tu mets à certaines heures... consultations psy euh... ça te tombe dessus... tu sais, par exemple, les évaluations traitement à... anti... si tu institues un traitement antidépresseur, tu les revoies à dix jours...

490 A : - Oui.

MG : - ... ceux-là, euh, ils ont rendez-vous à vingt heures le soir.

A : - Parce que tu sais que ça va être très long.

495 MG : - Ouais. Ceux-là, je les mets d'emblée... C'est moi qui fixe le rendez-vous d'ailleurs.

A : - D'accord.

MG : - ... si tu veux, parce que je sais que ça va être... ceux-là, c'est vingt heures le soir, comme ça, je sais que je suis pas embêté après. J'ai le temps.

A : - D'accord. Parce que tu veux te donner le temps... non, c'est parce que la consult nécessite...

500 MG : - Parce que la consultation va nécessiter du temps.

A : - Là, on n'est pas sur de l'interrogatoire, c'est le fait...

MG : - Et puis le cadre est déplacé, enfin moi, je le place tout de suite aux gens en disant : « Je vous mets à cette heure-là parce que j'aurai... je, je... je pense que c'est important qu'on ait du temps pour, pour, pour échanger quoi. »

505 A : - Ouais. Parce que dans... Alors, parce que...

MG : - Parce que ça, c'est quand même parfois la tuile, quand... tu te dis euh : « Oh, chouette, Madame... Oh c'est Madame... ça va être sympa, elle est sympa...

A : - Ouais.

510 MG : - « Ca va être sympa, cette consultation suivante... Pourtant... c'est sympa, je vais pouvoir rattraper mon retard parce que...

A : - Ouais.

MG : - « ... je suis à la bourre... » Et merde. Et merde. Au bout de deux phrases, t'as compris que c'est... ça va être cata quoi.

515 A : - Que elle va pas bien dans toute sa vie... (rires)

MG : - ... et que ça va être cata, quoi en fait. Et qu'elle s'est fait violée par son grand-père, et que...

A : - Pas maintenant !

MG : - Pas maintenant, ouais. Bah voilà quoi, c'est ça.

520 A : - Comment tu gères cette histoire de, de... parce que vous avez des consultations qui sont blindées...

MG : - Ouais.

A : - Tu vois combien de patients par jour à peu près ?
MG : - Pff... Ca dépend...

525 A : - C'est très variable.
MG : - Ouais... Je sais pas...
A : - Une consultation moyenne, elle te... Tu te poses quoi comme temps ?
MG : - Bah c'est quinze minutes normalement.
A : - Quinze minutes. Quatre par heure à peu près, et puis...

530 MG : - Ouais. Mais euh... c'est souvent plus hein. Parce que t'as quand même des entre-deux, et machin... Bah en fait, elle fait pas quinze minutes la consultation, parce que t'as le coup de téléphone de Madame Tartempion, t'as le...
A : - Oui.
MG : - Je limite toujours moi à un appel téléphonique par consultation.

535 A : - Ah oui.
MG : - Ouais.
A : - Tu donnes droit, enfin... entre guillemets à la secrétaire de te passer un coup de fil...
MG : - Un.
A : - ... par consult.

540 MG : - Ouais.
A : - C'est déjà la... c'est déjà bien large... Mais t'en as besoin, enfin...
MG : - Ah bah autrement, tout serait d'enfer, quoi en fait. Autrement... y'a des consultations, tu serais trois, quatre fois au téléphone.
A : - Et euh... donc... cette histoire de temps, c'est quelque chose qui...

545 MG : - Ah bah ça, c'est sûr que c'est un problème, quoi en fait.
A : - ... qui est un problème, qui est une contrainte permanente...
MG : - Mais d'un autre côté, ça permet parfois de conclure aussi.
A : - Alors comment, justement, comment tu gères... euh... Cette contrainte-là, forcément, elle retentit sur ta consult, bon, sur la durée de ta consultation.

550 MG : - Bien sûr.
A : - ... Donc elle retentit à la fois sur toutes les étapes...
MG : - Ouais.
A : - ... l'entretien, l'examen clinique.
MG : - Ouais.

555 A : - Comment est-ce que tu gères ça, quand tu vois justement que t'as pas trop de temps... Est-ce que ça t'est arrivé de shunter... de shunter des choses en disant je les reverrai plus tard...
MG : - Ah oui, bien sûr, clairement.
A : - ... ou...

560 MG : - Clairement, bah justement, enfin... le... clairement, ça...
A : - Ouais.
MG : - Bah attends, enfin.
A : - Tu hiérarchises enfin, tu leur dis quoi...
MG : - Tu te rends compte, tu vois par exemple, pff... t'as des consultations, très honnêtement tu vois, à la limite, tu sais par exemple : « Mince. » C'est la consultation où tu devais faire un frottis, bah tu mets d'emblée dans le dossier que ce sera fait dans trois mois hein.

565

A : - Ouais.

MG : - Parce que t'as pas le temps, enfin.

A : - Ouais.

570 MG : - Clairement, t'as pas le temps. Bon alors t'as... maintenant, et ça, c'est quand même le support informatique qu'est quand même intéressant, parce que sur le papier, tu le ferais pas, tu l'oublieras en plus.

A : - Ouais.

575 MG : - Là, faut quand même avoir, entre guillemets, l'honnêteté d'alimenter, d'allumer l'alerte, parce que sinon... trois mois... t'es mal, au prochain coup, tu vas l'oublier quand même, tu vas finir par l'oublier... Ou faut interrompre et le faire.

A : - Ouais. Ca, ça t'arrive, de volontairement, de... alors...

MG : - Bah, je crois que c'est honnête, enfin, je crois que c'est vraiment... On le fait tous, on le fait tous.

580 A : - Zapper des... bon là, c'était l'exemple du frottis... mais, ça peut être quand y'a plein de plaintes quoi, quelqu'un qu'a de multiples plaintes, y'en a bien, enfin...

MG : - Bah...

A : - C'est des questions qui peuvent te paraître un peu naïves... mais c'est pas...

MG : - Non mais je comprends, oui...

585 A : - Parce que je sais, je sais que tout le monde le fait, et moi, je le fais et...

MG : - Répondre à tout ?

A : - On peut pas répondre à tout. Donc...

MG : - Non mais attends, puis c'est sûr...

A : - Comment... comment tu solutionnes ça ?

590 MG : - Tu vois un gamin, tu vois un gamin et t'as la mère qui se plaint de je sais pas quoi... T'es obligé de dire à un moment donné, t'es obligé de dire : « Bah vous prenez rendez-vous parce que je peux pas voir ça en cinq minutes. »

A : - Ouais. Donc c'est ça. Comment est-ce que tu solutionnes le problème ? C'est : on reporte... on identifie le problème et on le reporte à une autre consult.

595 MG : - Ouais.

A : - On fait...

MG : - Je crois que c'est difficile de dire ça, parce que, si tu veux, de temps en temps, je crois que... oh, je pense que parfois, tu... tu fais exprès de pas entendre.

A : - Ouais, à cause de...

600 MG : - Alors est-ce que c'est vraiment tout le temps à cause du temps ? Ou aussi parfois à cause... « Fait chier... » (tout bas) (rires)

A : - C'est un sujet que... qu'il faut qu'on aborde.

MG : - Bah non, mais je crois, faut le dire, enfin, tu vois...

A : - Absolument, non mais c'est clair.

605 MG : - Honnêtement, enfin, je pense qu'il faut le dire... enfin, de temps en temps : « Putain, fait chier avec son truc... » (bas)

A : - Mais enfin, voilà, le médecin que j'ai vu avant toi la semaine dernière, c'est... Bah voilà... on sait bien qu'il y a ça aussi.

MG : - Bah oui, je pense que, enfin...

610 A : - Parce que ça soûle, parce que...

MG : - Parce que ça soûle, parce que tu... Alors l'excuse du temps, elle peut être ça.
A : - Voilà.

MG : - Parce qu'elle m'en a déjà rebassiné de ce truc-là, on a déjà vu ça plein de fois, attends...

615 A : - Et tu sais que ça va pas...

MG : - Et puis ça va aboutir sur rien du tout et puis que... pff...

A : - Ouais.

MG : - Et puis ça te barbe, quoi en fait, je pense aussi, ouais.

A : - Et... est-ce qu'il y a certains... par exemple, certains profils de patients, certains types de

620 patients où... qui sont plus gonflants, qui sont plus euh...

MG : - Attends... t'as tes humeurs, t'as tes jours, t'as des machins, t'as... Bah oui, je pense que y'a ça aussi, si tu veux.

A : - Ouais.

MG : - A part ça, t'es surpris aussi, t'es surpris aussi parce que parfois aussi, t'as quand même

625 le, le... le chieur qui te fait chier... puis, y'a un jour, il va te dire un truc et puis ça... je sais pas, y'a... toc ! un déclic euh... mutuel entre guillemets, et puis tu raccroches le wagon. Il redevient, ce patient-là, c'est pas qu'il redevient intéressant, mais presque, quoi en fait. Il redevient... il redevient intéressant médicalement, tu vois... Tu te rapproches : « Tiens, il présente un truc, tiens c'est intéressant, ce truc-là. » Tu vois, euh... ?

630 A : - Ouais.

MG : - Oui, je pense... peut-être... peut-être ouais. Bah oui.

A : - Mais ça, c'est... ouais. Et à ce moment-là, effectivement... à ce moment-là, il rentre dans, dans...

MG : - Alors, est-ce que c'est... est-ce que... On peut se poser la question, en allant plus loin.

635 Est-ce que... euh... est-ce que... En allant vraiment très loin, hein...

A : - C'est ce qu'il faut.

MG : - Est-ce qu'il va... est-ce qu'il devient... est-ce qu'il reste le sujet de... relationnel ou il redevient l'objet médical, d'ailleurs... enfin, l'objet médical avec une... une patho, avec un truc intéressant à trouver, un truc euh... Tu sais, tu vois euh...

640 A : - Parce que le social, t'en as fait pendant les quinze consults qu'ont précédé...

MG : - Voilà, c'est ça. Et puis tiens, enfin, il présente un truc qui sort de l'ordinaire... qui... qui m'intéresse... un truc qui m'intéresse ce jour-là, et puis je vais pas m'en rappeler le coup d'après...

A : - Oui.

645 MG : - Mais je pense que oui... on a de ça là-dedans que... on voit nous-mêmes. Enfin, c'est nous qui le, qui le... qui générons ce truc-là, en fait, qui nous intéresse parfois et pas à un autre moment.

A : - Ouais.

MG : - Ou c'est lui qui nous a envoyé quelque chose, quelque chose... je sais pas quoi...

650 A : - Ou bien, lui, il s'est exprimé différemment...

MG : - Oui.

A : - ... ou bien, soi-même, peut-être...

MG : - ... on a une écoute différente ce jour-là, et puis voilà quoi.

A : - Ouais.

655 MG : - Ou il a une évolution qui fait que... « Tiens. Tiens. »
A : - Qu'est-ce qui... qu'est-ce qui fait que tu vas... tu, t'écoutes... enfin, voilà, t'es, t'es moins disponible euh... ça t'est arrivé de, de, dans... est-ce que c'est dans des périodes où...
MG : - Quand t'as... quand t'as une réunion qui... quand t'as euh, un rendez-vous, un rencard à
660 l'ARS euh, à telle heure, bah c'est sûr que il faut que ta consult, elle soit bouclée à telle heure, parce qu'il faut que t'aïlles à Vannes ou à Nantes ou à je sais pas où pour telle heure, quoi en fait.
A : - Ouais.
MG : - Donc, c'est sûr que... ce jour-là, faut que tu bazardes tes consults.
A : - Parce que toi, en l'occurrence euh... t'es, t'es, t'es... là du coup, par rapport à... à ce...
665 MG : - ... au projet.
A : - ... au projet de pôle, tes, tes activités, si tu me disais, un petit peu.
MG : - Ah je suis sollicité sans arrêt.
A : - Tes sollicitations, elles viennent d'où par exemple ?
MG : - Elles viennent de, du directeur de l'hôpital, elles viennent de... Ce matin, j'ai eu un
670 journaliste du Conseil Régional parce qu'il prépare un article, parce que...
A : - Ouais.
MG : - ... et là, t'es pendant tes consults, quoi en fait.
A : - Ouais.
MG : - Donc...
675 A : - Oui, c'est pendant tes consults...
MG : - Bah oui.
A : - Oui, forcément.
MG : - Donc là, si tu veux, c'est...
A : - Ouais. Donc t'es obligé de faire le...
680 MG : - Si j'ai eu deux fois le cabinet du juriste, j'ai eu euh... Bah une journée aujourd'hui, si tu veux : j'ai le Conseil... le journaliste du Conseil Général, deux fois, deux fois le cabinet du juriste pour l'histoire d'heure, de... à laquelle le juriste arrivait. L'autre, c'était pour une histoire de part sociale, parce que untel, je sais pas s'il était en société ou il adhéraït à titre individuel. J'avais rendez-vous à chaque. Donc si tu veux, t'es quand même... l'esprit qu'est pas
685 forcément super, super libre... Et puis, et puis Monsieur Tartempion qu'il faut... qui va pas bien à domicile et qu'il faut mettre à l'hôpital parce qu'il a, il est en soins palliatifs et que ça va tourner vinaigre... Euh... et que t'as l'INR de Madame Machin qu'il va falloir rappeler parce qu'elle a 4,5...
A : - Ouais.
690 MG : - Euh... Donc... on peut pas dire non plus que t'as l'esprit 100 % à Madame Dupont qu'est en face de toi lors de la consult, hein. Moi, je... non.
A : - La... la visite à domicile. Donc, t'en fais, t'en fais beaucoup... ?
MG : - J'en fais trois jours par semaine.
A : - Ouais.
695 MG : - Le lundi, jeudi, vendredi, ouais. Et c'est des créneaux de deux heures.
A : - Et bon... ça te fait quatre, cinq consults, ça te fait...
MG : - Ouais, c'est ça.

A : - ... quatre, cinq visites par jour, pendant trois jours. Euh, alors, si on se recentre sur, sur l'examen et l'interrogatoire...

700 MG : - Est-ce que c'est différent ?

A : - Voilà. Quelles différences... quelles différences tu peux trouver ? Notamment bah...

MG : - Alors, les conditions matérielles, ça, c'est sûr.

A : - Voilà, exactement.

MG : - Conditions matérielles d'examen clinique qui sont quand même pas les mêmes. Mais

705 c'est aussi pareil pour les maisons de retraite.

A : - Ouais, exactement.

MG : - C'est un peu pareil pour les maisons de retraite, parce que, si tu veux...

A : - Par exemple, tes dernières visites...

MG : - Et en plus, les gens souvent âgés, maintenant, les visites à domicile, c'est des gens

710 âgés...

A : - Ouais.

MG : - ... alors faire, par exemple, un examen gynéco à une personne âgée dans, dans le vieux lit de... qu'est tout mou et qu'est tout creux et que tu vois pas le... Sous la doudoune, tu vois que dalle, quoi en fait. Et qu'elle a naturellement du lichen plein la vulve, et que... voilà...

715 Pff... (rires)

A : - Oui. Bah non mais, voilà, l'examen clinique, il est... Au niveau... au niveau...

MG : - Et la grand-mère qu'a son corset et que... qu'a mal au dos, que machin... bon... et qu'a ses bas à varices, et que je sais pas quoi... tu... waouh !

A : - Ouais.

720 MG : - Ca prend du temps, et puis c'est pas facile, et puis c'est pas forcément ce qu'elle attend.

A : - Là, on est sur les... l'examen... bon... Sur l'interrogatoire...

MG : - ... sur l'interrogatoire...

A : - ... ça va rien changer.

725 MG : - ... ça change rien.

A : - Bon.

MG : - Bon, sauf que, sauf que, par contre, l'interrogatoire, il va quand même...si, ça change quelque chose.

A : - Ah.

730 MG : - Euh... Je pense que, quand même, tu peux pas ne pas t'imprégner des conditions que tu vois. Bah, c'est-à-dire euh... Tiens, je pense à une grand-mère euh... une consultation y'a pas très longtemps, un renouvellement, une grand-mère que je vois tous les mois, qu'a quatre-vingt-dix-neuf ans... bah, elle est à domicile, quatre-vingt-dix-neuf ans...

A : - Beau travail.

735 MG : - Beau travail, et en plus euh... elle... Quatre-vingt-dix-neuf ans, elle fait son ménage toute seule. (rires)

A : - Superbe travail !

MG : - T'as vu hein, ça... Bien joué ! Bon, le médecin, il sert pas à grand-chose... parce qu'ils vont tous très bien. Non, c'est pas vrai en plus. Mais euh.. Mais depuis quelques mois, quand

740 je viens, j'ai remarqué quand même que le sol était plus dégueulasse que... et y'avait des taches sur sa robe que y'avait pas avant, quoi.

A : - Oui.

MG : - Donc, ça, si tu veux, l'interrogatoire, il va être compl... il va être modifié du fait que ça se trouve à domicile.

745 A : - Absolument.

MG : - Et ça... Alors ça, on perd...

A : - Tu gagnes en éléments...

MG : - ... on perd, on perd, là en faisant moins de visites, on perd quand même... On connaît plus le domicile des gens.

750 A : - Par rapport... Par rapport au début de ta carrière...

MG : - Ah bah oui, y'a une différence, y'a une différence. On va, on va... Attends, on allait, par exemple, faire même des rhinopharyngites chez des assistantes maternelles. Donc, on voyait bien les assistantes matern... Tiens, pour, pour... on savait qui fallait contacter pour nos gamins à nous, parce qu'on allait chez elles et on voyait comment c'était, chez les assistantes maternelles.

755

A : - Ah oui ! D'accord.

MG : - Alors que maintenant, tu connais plus les assistantes maternelles.

A : - Merde. Ah bah là, ils sont, ils sont grands.

MG : - Mais non, c'est parce que en fait, tu t'imprégnais des conditions, tu les voyais quoi. Et donc, je pense, dans le...

760

A : - Ton interrogatoire, il est modifié par, effectivement, les informations...

MG : - Ah bah bien sûr.

A : - ... que tu chopes par, par...

MG : - ... par le, la vue du contexte.

765

A : - Par la vue du contexte. Et alors, l'examen clinique... euh...

MG : - Alors c'est... plus les conditions matérielles quand même.

A : - Au niveau matériel, toi, il te manque, il te manque des choses quand t'es en visite, ou... pour toi, enfin dans ton...

MG : - Bah, je pense... gynéco, naturellement...

770

A : - Ouais.

MG : - Après euh... Non, je pense pas qu'il manque des choses. Ah bah si, quand même euh... enfin justement, le support informatique, quand même, parce que t'as pas l'historique du dossier. Donc en fait, ce qui va t'aider...

A : - Comment tu gères cette, cette... ?

775

MG : - Ce qui va t'aider pour l'interrogatoire d'avant tout ça, c'est basé quand même beaucoup sur la mémoire quoi, quand même.

A : - D'accord.

MG : - Alors euh... sauf les gens, si tu veux, qui sont suivis par le service des soins infirmiers à domicile, ou l'infirmière à domicile, qui mettent des petits mots...

780

A : - Des trans.

MG : - ... des petites trans, mais euh... si tu veux, t'as pas quand même euh... Même pour guider ton interrogatoire, tu peux pas te baser sur les consultations d'avant, c'est que ta mémoire qui marche.

A : - Mais... parce que...

785

MG : - Alors ça va quand t'as une bonne mémoire, mais...

256

A : - Tu... effectivement, après, dans l'ordi, tu rentres pas ta consult ? Non ?
MG : - Si, tu la rentres, mais tu révises pas avant.
A : - Oui bon voilà, on dit comme ça, mais après...
790 MG : - Si, si, moi je le fais. Je sais plus... je sais la compta, donc je mets euh... je sais pas moi, je mets « pneumopathie droite » ou je sais pas quoi, et puis je mets « Oroken® » en face, ou « Augmentin® » ou je sais pas quoi, enfin, si tu veux. Mais c'est... hyper bref là par contre.
A : - Ouais. Oui, oui, voilà.
MG : - Là, par contre, c'est hyper bref par rapport à ce que je rentre pour quelqu'un qui vient en consultation.
795 A : - Ouais, tout à fait.
MG : - Donc, donc...
A : - Donc, on va dire, c'est donc les conditions matérielles...
MG : - Et puis, et puis...
A : - La façon dont tu trouves ton patient...
800 MG : - Bah, si tu veux, par exemple, si tu la trouves avec du monde, euh... à domicile, il est en train de jouer sa belote... Toi, t'es l'intrus, tu vas euh... tu vas... faire vite.
A : - Ouais.
MG : - ... pour pas la déranger...
A : - Ouais.
805 MG : - Et puis les conditions de, enfin de... confidentialité ou de... ou d'intimité sont pas les mêmes quoi, ou quand t'as les enfants à domicile, les enfants des personnes âgées.
A : - Ouais.
MG : - Si tu veux euh... Déjà, déjà, quand ils viennent au cabinet, si tu veux, quand t'as une personne âgée qui vient au cabinet et que t'as un tiers, euh... c'est déjà pas pareil. Ton
810 interrogatoire va être différent. Quand t'as un couple...
A : - Oui.
MG : - Attends, combien de fois, quand t'as la consultation, les deux qui viennent pour un renouvellement... il se passe pas la même chose quand t'en as deux qui viennent pour un renouvellement et que tu fais la consult l'un après l'autre, que quand t'as séparément deux consultations différentes. Ton interrogatoire va être différent.
815 A : - Tu perds...
MG : - Donc tu vas faire un interrogatoire à trois, et pas... t'auras interrogé les deux en même temps parce qu'ils vont toujours te dire les mêmes trucs...
A : - Ouais.
820 MG : - ... enfin, l'un va couper l'autre...
A : - Ouais.
MG : - ... alors que, quand tu fais un par un, c'est pas du tout la même chose qui se passe. Et à la maison, c'est un peu pareil... si, parce que t'as... je sais pas, t'as la voisine qu'est là, l'aide à domicile qu'est là, donc tu vas parfois t'intéresser... alors t'as des infos...
825 A : - Donc du coup, tu sh...
MG : - T'as des infos.
A : - Ouais. D'un côté, tu gagnes...
MG : - ... mais d'un autre côté, tu perds aussi, alors en intimité. Mais c'est aussi pareil à la maison de retraite quand tu as euh... quand t'as l'infirmière qui te donne les données, ou

830 quand tu les, tu les as avec simplement le dossier et la personne âgée que t'as en face de toi.
A : - Ouais.
MG : - C'est pas la même chose.
A : - Ouais. Ah oui, parce que elle, elle te fait une, une, une... actualisation du, du...
MG : - Bah, c'est l'infirmière que tu vas interroger en... Tous les coups, tu vas avoir
835 rapidement... Bah, attends, elle te fait une synthèse, tout ça, tous les trucs qui va pas (sic), et
comme t'es pressé, ça va, ça t'arrange, quoi.
A : - Comment, alors... Si on reprend... c'est très bien ça... Au cabinet euh... bon, si y'a le
couple, comment est-ce que tu gères cette, cette... ce truc-là ?
MG : - Ah ça, mais ça dépend. Si...
840 A : - Est-ce que tu fais sortir, ou est-ce que tu dis...
MG : - Bah non. Attends, si y'en a deux qui rentrent... si ils viennent à deux, si ils rentrent à
deux dans le cabinet, tu vas pas en faire sortir un. Enfin, tu... Sauf euh... en couple, les deux
mariés.
A : - Ouais.
845 MG : - Alors là, tu, tu.. moi, je l'ai jamais fait ça euh... Sortir le mari ou sortir la femme, j'ai
jamais fait ça.
A : - Je comprends tout à fait...
MG : - Par contre...
A : - ... mais c'est une question d'habitude, parce que...
850 MG : - J'ai jamais fait ça. Par contre, euh... sortir la mère parce que tu veux... enfin, tu veux
dialoguer avec l'enfant, ou l'ado, ça c'est régulier, quoi en fait. Ca, tu le fais régulièrement. Les
gens comprennent, en général.
A : - D'accord.
MG : - Sauf que, après, t'es obligé d'avoir le temps de synthèse de... avec la mère ou... parce
855 que, voilà, la mère... et ça se passe devant l'enfant. Des fois, c'est pas facile.
A : - Et, et donc euh... à domicile, même au cabinet quand t'as une personne âgée du coup,
effectivement, qui arrive accomp... ou qui est à la maison avec la famille donc, ou l'aide...
MG : - ... à domicile, ouais.
A : - ... donc, c'est vrai que c'est un tiers que tu n'as pas envie de shunter parce que elle
860 t'apporte un certain nombre d'informations...
MG : - Elle t'apporte des infos, mais d'un autre côté, y'a un risque, un gros danger de focaliser
la consultation, l'interrogatoire sur cette personne-là, et donner les explications qu'à cette
personne-là.
A : - Ouais.
865 MG : - Au tiers.
A : - Ouais, absolument.
MG : - Parce qu'il véhicule, mais en fait, il est aussi porteur de l'ordonnance pour la
pharmacie...
A : - Il biaise...
870 MG : - ... et il biaise.
A : - Ouais, c'est-à-dire que tu vas...
MG : - Y'a un gros risque.

A : - ... faire l'interrogatoire par un prisme de ce que cette personne a compris, ou a eu l'impression de comprendre...

875 MG : - Et tu vas pas faire l'examen clinique de la même manière parce que t'as un tiers qui te regarde.

A : - Ouais.

MG : - Donc, y'a des trucs que tu vas pas faire.

A : - Euh...

880 MG : - Au niveau de l'intimité, si tu veux, y'a des trucs que tu vas pas faire.

A : - Ouais, ouais, tout à fait.

MG : - Enfin, tu vois, tu vas être gêné quoi.

A : - Quand t'examines... enfin, tu vois, quand j'ai fait mes quelques remplas, euh... effectivement, t'arrives, tu demandes ce qui se passe au couple, souvent les deux personnes

885 âgées, mais sur l'examen clinique... moi, enfin, il s'installait dans la chambre, et puis le conjoint sortait.

MG : - Quand t'es dans une maison de retraite ou à domicile. Mais dans ton cabinet ? Alors nous, on n'a pas...

A : - Dans ton cabinet... Oui, oui...

890 MG : - Si tu veux, y'a pas de séparation...

A : - Mais en visite à domicile ? C'est pas toujours facile de faire sortir le tiers, même à domicile ?

MG : - Ah bah c'est pas facile, c'est pas forcément facile, hein.

A : - Ouais.

895 MG : - C'est pas toujours simple, hein. C'est.... quand il y a les enfants, quand c'est la fille qui s'occupe de tout, si tu veux euh... elle a envie d'être là, quoi.

A : - Ouais. Et elle est préoccupée...

MG : - Et puis... ou... moi, alors, qui fais pas mal de soins palliatifs, virer la femme, le conjoint euh... C'est pas simple, hein.

900 A : - Absolument.

MG : - Je peux te dire que c'est pas simple.

A : - (bas) C'est cool, ça... Je, je... Alors, une chose importante, c'est que tu me vires... enfin, quand tu veux, parce que... je te dis, on peut tenir longtemps. (compulsant mon carnet) Non, non mais... Tu vois, y'a beaucoup de choses... Visites à domicile, maison de retraite... Euh...

905 Multiplic... On a fait pas mal de, déjà pas mal de trucs... Après, je sais pas si toi, t'as des... t'as, t'as, t'as des choses qui te viennent, qui te viendraient à l'esprit, comme ça...

MG : - Alors moi, moi si... Depuis euh... Si, je me suis rendu compte euh.. quand même, qu'on n'avait pas tous le même... on faisait pas la même chose. Moi, c'est le fait d'avoir des stagiaires, des étudiants... euh...

910 A : - Ouais.

MG : - ... Sur la comparaison euh... de, de l'examen clinique. Tu sais pas comment... tu, tu... tu sais pas comment... Richard, alors, Richard examinait des patients, parce que j'avais été en stage avec lui et j'avais vu comment il travaillait.

A : - Ouais.

915 MG : - Dominique, j'ai jamais assisté à une consultation avec lui, je sais pas comment il examine.

A : - Ouais.

MG : - Mais par contre, je vois les étudiants, euh.. examiner les patients, tu sais, dans les... la période en binôme...

920 A : - Ouais. Toi, c'est des SASPAS ou des...

MG : - J'ai eu les deux, quoi en fait.

A : - T'as eu les deux, d'accord.

MG : - Maintenant, j'ai les SASPAS...

A : - Donc SASPAS, ils sont autonomes... voilà.

925 MG : - Oui, mais tu t'aperçois quand même qu'on n'examine pas les gens de la même manière.

A : - Et alors euh... Oui. Est-ce que t'as un exemple, par exemple, en tête de, d'avoir assisté à un examen clinique qui t'a, qui t'a fait bizarre, parce que c'était pas la façon dont toi, tu l'aurais conduit..

930 MG : - Bah attends, quand tu prends la tension au bout, en remontant simplement la manche, si tu veux euh... et tu fais le renouvellement de traitement anti-hypertenseur comme ça, si tu veux... ça pose question, quoi en fait. Enfin... clairement, quoi.

A : - Ouais.

MG : - Je, je, j'ai pas de nom, quoi... Je vais pas te donner de nom.

935 A : - J'en veux pas.

MG : - C'est anonyme. (rires) Mais je le sais que ça se fait, quoi en fait.

A : - Ouais. Mais moi, j'ai vu faire ça, c'est clair.

MG : - Tu sais, comme ça...

A : - Oui, puis assis au bureau, enfin...

940 MG : - ... ou debout, ou debout. Je... C'est pas pour une recherche d'hypotension orthostatique, hein. (rires)

A : - Non, non, rien à voir.

MG : - Ca peut se faire... Je...

A : - Oui, oui.

945 MG : - Mais, mais... et ou... ou si tu veux euh... Ah, ça, ça me... examiner les, les nourrissons à travers le body. Pas dégrafer le body pour passer le stétho en dessous.

A : - Ouais.

MG : - Euh... Examiner, écouter les poumons à travers la combinaison, par dessus la combinaison.

950 A : - Ouais.

MG : - Euh.. Et ça euh... Ca, c'est des trucs dont j'ai pu discuter avec des... avec des stagiaires...

A : - Ouais.

955 MG : - ... parce que.. bon... Mais peut-être aussi, moi, je suis dans le modèle, et j'ai bâti ma consultation telle que... Et alors du coup, du coup, c'est très rigolo, parce que tu vois les patients... (interruption par le chien) ... tu vois les patients (le chien rentre dans la cuisine) ... et tu vois les patients, c'est très rigolo...

A : - Ouais.

960 MG : - ... parce que, quand ils changent de médecin, tu vois euh, si ils se déshabillent, si euh... et où ils se positionnent dans le cabinet.

A : - Ouais.

MG : - Et ça, c'est très rigolo.

A : - S'ils vont direct à la table d'examen...

965 MG : - Et toi, tu peux le voir en tant que... tu dois le voir dans tes remplacements, tu dois le voir...

A : - Y'en a, tu dis « Déshabillez. » et en deux secondes, ils sont en caleçon, et y'en a, tu dis : « Déshabillez-vous. » et ils enlèvent, ils ouvrent deux boutons !

MG : - Voilà c'est ça. Mais ça, c'est vraiment... Non mais, ça veut dire qu'on...

A : - Toi, tu t'es rendu compte de ça par le fait que t'es maître de stage.

970 MG : - Oui.

A : - T'es maître de stage depuis combien de temps ?

MG : - Euh... Ca fait quatre ans, cinq ans, quatre ans.

A : - Et donc, t'as reçu des « prat », enfin ce qu'on appelle le « prat », et des SASPAS.

MG : - Ouais.

975 A : - Et euh... alors, justement...

MG : - Et ça, ça appartient... Ca, c'est vachement difficile...

A : - Ouais.

MG : - ... alors ça, euh... c'est extrêmement difficile, et ça, moi, j'ai un... peut-être un souci positionnel euh... à aborder ça avec les... avec les internes, avec les étudiants...

980 A : - Ouais.

MG : - ... parce que je trouve que...

A : - A aborder quoi, euh ? La façon dont eux-mêmes ... leur examen clinique ?

MG : - Oui. Enfin, dont ils examinent les gens, si tu veux. Est-ce qu'ils les déshabillent, est-ce qu'ils les déshabillent pas ? ... les positionnements, parce qu'en fait, si tu veux, j'ai... j'ai un peu

985 euh... ça, ça... ça relèverait presque de l'intimité qu'ils veulent mettre avec le patient, enfin si tu veux... pas l'intimité, mais... Y'a quelque chose comme ça, si tu veux... et la distance qu'ils veulent mettre avec leur patient...

A : - Ouais, ouais.

MG : - ... ou de la manière aussi qu'ils veulent se positionner par rapport à leur patient quoi en fait.

990 A : - Ouais, tout à fait.

MG : - Et si tu veux, euh...

A : - Si t'interfères là-dessus pendant la consultation, tu penses...

MG : - Bah, même après si tu... mais j'ai envie de dire, ça fait partie d'eux, quoi en fait quelque

995 part. Et j'ai peur de les bousculer en leur disant : « Bah attends, comment tu les déshab... Tu le dessapes pas, quoi en fait. »

A : - Ouais.

MG : - « Pourquoi tu le fais pas dessaper, quoi en fait ? » Et d'être un peu violent, quoi en fait.

A : - Oui, oui, si, je comprends tout à fait. C'est-à-dire que tu... t'arrives pas à trouver l'équilibre

1000 entre ce que tu pourrais dire comme... comme... c'est-à-dire comme conseil, c'est-à-dire comme conseil de formation que... oui, issu de ton expérience, de ta pratique, de ce que tu pourrais leur donner comme conseil, et euh... le fait que tu ne veux pas qu'ils se conforment à, à...

MG : - Quelque part à toi, à ton exercice à toi...

- 1005 A : - ... toi. Tu veux respecter aussi leur spécificité en tant que...
MG : - Bah oui, c'est ça, c'est ça. Mais, ça, c'est compliqué, si tu veux, et puis, j'ai l'impression que là, on est vraiment dans du... du positionnement personnel, si tu veux.
A : - Ouais.
MG : - Tu vois, on... Euh...
- 1010 A : - Si, si...
MG : - ... enfin... J'ai l'impression qu'on pourrait s'attaquer carrément à... enfin, à... enfin, ce qui fait que toi, tu prends telle et telle attitude, quoi en fait... et telle ou telle distance vis-à-vis des gens, telle ou telle... euh...
A : - T'as un exemple en tête, de, de, de...
- 1015 MG : - Oh bah, je sais pas... Si tu veux euh...
A : - Que... C'est-à-dire une façon différente...
MG : - Bah je trouve un peu agressif de dire : « Attends, bah pourquoi tu l'as examinée... la dame, pourquoi t'as fait une auscultation par rapport à... par-dessus le, le, la chemise ? »
A : - Ouais.
- 1020 MG : - Alors qu'on sait très bien que, par-dessus une chemise, on entend quand même moins bien que si... directement sur la peau, quoi en fait. Et...
A : - Mais alors, tu...
MG : - Alors tu dis... t'as envie, t'as envie de dire, c'est un peu agressif ce que je vais dire, mais elle fait pas son boulot, elle fait pas ton... truc.
- 1025 A : - Ouais. Et pourquoi tu penses qu'elle fait ça ?
MG : - Alors euh... Ca, c'est une bonne question. C'est une bonne question. Parce que... mais, justement, est-ce que c'est par facilité, euh... est-ce que c'est pour pas... pour mettre une certaine distance, pour pas se coller au patient ou si tu veux euh... pas rentrer dans son intimité... ou c'est par, vraiment par solution de facilité, puis on se pose pas de question.
- 1030 A : - Toi, t'as...
MG : - Et si tu veux, j'ai quand même l'impression que l'examen clinique est pas forcément bien... enfin... C'est un temps qu'est vachement important, quoi en fait.
A : - Ouais, ouais.
MG : - Même euh... L'interrogatoire est vachement important, mais l'examen clinique aussi est
- 1035 vachement important. Il faut prendre le temps de l'examen clinique, quoi en fait. C'est pas con de faire un examen clinique. Euh, euh... c'est, c'est pas... Enfin, interrogatoire, quand je disais tout-à-l'heure, c'était une connerie, parce qu'en fait, moi je me suis rendu compte, plein de fois, on entend, plein de fois, dire : « Ouais, mais nous, en médecine générale, neuf fois sur dix, on a le diagnostic euh, par l'interrogatoire. » Moi, je trouve que c'est une connerie parce qu'en fait,
- 1040 ça, ça voudrait dire : allez hop, interrogatoire, examens paramédicaux, diagnostic.
A : - Ouais.
MG : - Moi, je crois quand même que le temps de l'examen clinique, c'est aussi, un temps aussi, quelque part, particulier avec le patient, euh... Attends, tu le touches en plus, tu le touches, tu l'examines, tu...
- 1045 A : - Oui. C'est pas rien.
MG : - Et c'est pas rien. Tu... Là, si y'a du contact, y'a du contact, quoi en fait.
A : - Est-ce que tu trouves que dans la façon dont, dont les internes, tes stagiaires, mènent l'examen clinique, y'a une différence par rapport à ce que toi, t'as pu apprendre ? C'est-à-dire

ce que tu ressens de leur formation initiale, par rapport à toi, ce que t'as connu quand t'as fait tes études ?

1050 MG : - Nous, nous... enfin, je trouve qu'on avait... C'était un peu... c'était vraiment très euh... externe... enfin, ça dépend de qui t'avais côtoyé comme externe, comme interne, comme chef, comme euh...

A : - Ouais.

1055 MG : - Voilà. Je, je crois pourtant qu'il y a des, des... maintenant, des cliniques à passer en fait au... y'a des examens... enfin...

A : - Euh... pff... c'est pas... oui... Oui, oui, oui, oui.

MG : - C'est peut-être pas très formalisé, quoi, je sais pas trop...

A : - Si, c'est un peu formalisé, mais je pense que c'est des choses qui pèsent pas trop par rapport aux examens euh... classiques... enfin...

1060 MG : - Ouais, c'est ça.

A : - Y'a des modules, effectivement euh...

MG : - Moi, je trouve que c'est dommage, quoi en fait, parce que je trouve quand même que...
L

1065 Moi, j'ai eu quelques... la chance de rencontrer quelques chefs qui m'ont bien, bien aidé dans, dans l'intérêt de l'examen clinique, quoi en fait.

A : - Et ça, t'as l'impression de pas le retrouver... ou... je sais pas hein.

MG : - Peut-être, peut-être... ah, moi, je, je râle après mes... enfin, je râle, j'échange beaucoup...

1070 A : - Ouais.

MG : - ... avec les internes quand euh... Bah, je dis : « Attends, l'examen clinique, l'interrogatoire, le... Allez, attends avant de demander les examens, on a le temps, on peut revoir le truc, on peut réexaminer. Attends, euh... Attends ! »

A : - Oui. C'est-à-dire que tu... a priori...

1075 MG : - Ca va vite à l'examen...

A : - ... ils vont vite à l'examen clinique...

MG : - ... vite à l'examen...

A : - ... à l'examen, pardon...

MG : - ... à l'examen complémentaire.

1080 A : - Ca, tu, te... t'as trouvé ça depuis que tu...

MG : - Ouais, bah bon alors, peut-être que c'est parce que maintenant, avec quinze ans... un peu plus de quinze ans d'exercice, ça se temporise avec le temps.

A : - Ouais.

MG : - Et je pense que ça, je pense que j'étais comme ça aussi, hein, euh... Ca se temporise avec le temps... et ça, c'est quelque chose qu'est difficile à faire passer. C'est difficile à faire passer.

1085 A : - De...

MG : - Bah de leur dire : « Attends... » Et puis... et puis l'importance de l'examen clinique.

A : - Ouais.

1090 MG : - C'est vachement important de... Un nourrisson, enfin faut bien... faut bien apprendre, faut bien...

A : - Ouais.

MG : - ... des trucs, euh...

A : - D'accord.

1095 MG : - Y'a des petits trucs à capter, mais si, ça je pense on est dans... dans du perso, hein, quelque part aussi, là.

A : - Euh... Oui, voilà, c'est ça, c'est le... euh... Ce que tu disais tout-à-l'heure, c'est le... le...

MG : - Attends, le côté, tiens...

A : - ... l'affectif.

1100 MG : - Dans l'exa... bah y'a quelque chose de, oui, de l'affectif, de l'intime, de je sais pas, si tu veux...

A : - Ouais.

MG : - Quand t'es avec ta petite grand-mère euh... ta petite grand-mère que t'examines, tu l'examines, mais tu... tu peux parfois aussi lui tenir la main, quoi en fait. C'est pas qu'un examen clinique. Si tu veux, tu... tu vois, tu... y'a du tactile, y'a du toucher, quoi en fait.

1105 A : - Ouais, ouais.

MG : - Et ça euh... Le gamin, c'est pareil. Le petit bébé, si, si, si euh... tu poses que le stétho... Si euh... tu mets ton doigt dans la bouche... (mimant le geste)

A : - Ouais.

1110 MG : - ... plutôt qu'il ait la tétine, et qu'il te tâte la doigt, bah il pleure plus, le petit gamin. Et tu peux l'examiner tranquillos.

A : - Ouais. Ouais.

MG : - Faut, faut accepter de mettre le doigt...

A : - Ouais, ouais.

1115 MG : - ... pour qu'il fasse ça. (mimant l'action de têter)

A : - Oui.

MG : - Tu vois ce que je veux dire ?

A : - Oui. C'est-à-dire que le temps de l'examen clinique n'est pas que... entre guillemets, un temps que de...

1120 MG : - C'est pas que de recherche de signes.

A : - ... que de recherche de signes. C'est aussi un moment de... d'expérience relationnelle.

MG : - Euh... Je crois à ça.

A : - Ouais.

MG : - Je crois à ça, si tu veux. Je crois à ça. D'expérience relationnelle, alors, ça veut pas dire... enfin...

1125 A : - Oui, non, non mais, en gros.

MG : - Sans, sans...

A : - Au sens pur du terme, sans...

MG : - Sans se...

1130 A : - ... c'est une expérience relationnelle, c'est-à-dire que, quand tu tiens la main à une vieille dame, c'est, voilà, y'a quelque chose qui se passe, c'est...

MG : - Bah quand tu lui tiens la main, quand tu lui auscultes les poumons, t'es pas obligé de, de venir la main...

A : - Ouais.

1135 MG : - ... mais n'empêche que, si tu lui tiens la main, elle va pas te l'enlever. Elle te l'enlève pas, la, la petite dame. Tu vois ? Euh... Alors que, enfin... mais parce que... mais alors ça veut

pas dire euh... Enfin, je pense, y'a quelque chose qui passe, là. Y'a quelque chose qui passe de toi, aussi, quelque part.

A : - Ouais.

1140 MG : - Ca veut dire que tu mets pas de distance, enfin, tu mets une distance, mais... enfin, la distance de... bah « Je prends soin. », quoi en fait, quelque part.

A : - Ouais, c'est... Oui, c'est la forme, une forme de soin...

MG : - Bah « Je prends soin. » enfin, je touche...

A : - ... une expression de...

1145 MG : - ... je touche.

A : - Ouais.

MG : - Enfin, je vous touche, parce que vous êtes pas... vous êtes pas...

A : - ... juste un corps...

1150 MG : - Voilà, c'est ça, tu vois ? Et je pense qu'il y a quelque chose dans l'examen clinique qui... qu'est de cet ordre-là. Les infirmières sont bien meilleures que nous sur le sujet, hein.

A : - Ouais.

MG : - Tu sais, avec leur... elles nous rebâchent souvent : toucher, massages, nanana... mais euh...

A : - C'est vrai.

1155 MG : - Mais...

A : - T'as pas, t'as pas perçu ça chez les internes euh...

MG : - Bah ça, je... non. Je...

A : - Non mais ça, c'est difficile de conclure, parce que c'est vrai que c'est des jeunes, machin...

1160 MG : - Attends, je suis d'accord, et si tu veux, peut-être que ça vient aussi, c'est une dimension qui vient avec le temps.

A : - Ouais.

1165 MG : - Peut-être aussi, si tu veux. Euh... avec euh... ta sensibilité euh... soins palliatifs, donc forcément si tu veux, c'est quelque chose auquel je suis sensible. La gériatrie aussi, je suis sensible, mais euh, si tu veux, y'a quelque chose dans le, dans l'examen clinique, qu'est important, si tu veux.

A : - Est-ce qu'il y a déjà des patients qui te refusent des... d'être examinés ? Ca t'est arrivé, ça ?

MG : - Euh... bah...

1170 A : - Ou qui te refusent un geste ?

MG : - Euh... attends, bah bien sûr... euh... des, des, des, des examens gynéco, des... touchers rectaux... jour après, Monsieur ..., PSA à je sais plus combien... j'ai jamais pu lui mettre un doigt dans le derrière, hein... enfin...

A : - ... parce que, voilà, tout simplement, il refusait.

1175 MG : - Parce que, parce qu'il refusait, quoi en fait...

A : - Parce qu'il avait déjà, il en avait déjà eu cinquante ?

1180 MG : - Non. Parce que, parce qu'il savait probablement un truc et que il voulait pas... Puis, je pense, je sais pas, il devait y avoir une signification là-dessus, j'en sais rien... mais il a refusé, oui, enfin... T'as, t'as quand même pas mal de petites grands-mères qui disent : « Je voudrais pas, je veux pas monter sur votre machin, quoi en fait. Je vais pas monter sur votre table

d'examen. » T'arrives toujours à les... Soit parce qu'elle est trop haute... ou tu sais :
« Docteur... »

A : - Et... oui. Mais pourquoi ? Parce que ils sont, ils sont bien venus chez le médecin, donc ils savent qu'ils vont se faire examiner. Qu'est-ce que... le sens...

1185 MG : - A...

A : - Quel sens tu donnes à ces réticences, même si ils montent finalement ?

MG : - Pff.

A : - C'est, bon, de la... c'est-à-dire, tout simplement, ils ont pas envie de se dénuder...

1190 MG : - Ouais, je pense ou euh... « Oh bah, vous allez bien me faire mon renouvellement comme ça, quoi en fait. » Si tu veux, sans... Et je pense que ça, c'est important aussi, quand même : « Bah non, vous êtes pas là pour faire un renouvellement, moi je suis là aussi pour... pour voir comment ça va et j'ai besoin d'écouter, de prendre quelques mesures, constantes et de je sais pas quoi, enfin, puis...

A : - Ouais.

1195 MG : - ... enfin regarder si y'a rien d'anormal, quoi. »

A : - C'est-à-dire que dans l'esprit de certains patients, le...

MG : - Ca peut être passer, aussi, à un moment donné.

A : - ... l'examen clinique euh... pourrait être shunté parfois...

MG : - Oh parfois, oui, je pense, ouais.

1200 A : - Ils sont pas demandeurs...

MG : - Non. Papouilles, machin, truc...

A : - C'est-à-dire que t'es obligé de les convaincre, entre guillemets, ou de...

MG : - Bah attends...

A : - ... de leur faire comprendre que... Non, non, mais...

1205 MG : - Alors y'a des trucs à la con, y'a des trucs à la con, si tu veux. T'as, t'as des patients qui vont te faire le reproche parce que t'as oublié, t'as oublié de prendre la tension, alors qu'ils sont pas du tout venus pour ça et que ça n'a aucun intérêt de prendre la tension...

A : - On s'en fout.

1210 MG : - ... on s'en fout. (rires) Et puis, et puis t'en as d'autres euh... enfin, d'après ce que... ils viennent pour le renouvellement de traitement anti-hypertenseur, il faudrait leur prendre que la tension.

A : - Ouais.

1215 MG : - Mais alors si tu leur demandes d'enlever leurs chaussettes pour voir si ils ont un pouls pédieux, euh... Bah... que... « De, de quoi je... » Et puis en plus ils ont les pieds sales... « Je les ai pas nettoyés... »

A : - Ah c'est-à-dire, c'est-à-dire qu'ils ont leur propre avis sur...

MG : - Ah que... sans doute, sans doute...

A : - ... sur ce qu'il faut faire ou pas faire ou...

MG : - ... ou ne pas faire...

1220 A : - Ce que t'as le droit, ce que t'as pas le droit...

MG : - Je pense oui.

A : - Et donc ils ont...

MG : - Certains oui, certains. Certains, parce que y'en a qui te font confiance complètement euh...

1225 A : - Oui, absolument.
MG : - T'as, t'as, t'as des...
A : - Et en tant, en tant que... c'est-à-dire que...
MG : - ... des gens qui sont quand même très très surprenants, en fait. Moi, je... T'as des
1230 femmes euh... Elles se dessapent complètement euh... pour un examen gynéco euh... elles
enlèvent le soutien-gorge, t'as plus qu'à leur palper, elles sont carrément à poil dans ton
machin, enfin... Et tu leur demandes rien, quoi en fait. Mais parce que... alors, c'est pas... en
plus, des femmes très pudiques, hein, en fait en plus, certaines.
A : - Oui, oui, c'est leur con... la conception qu'elles ont du, du médecin finalement, puis...
MG : - Oui, c'est ça, ouais, ou...
1235 A : - ... de leur consult...
MG : - ... puis elle vient pour son... Moi, j'ai une femme, euh... Elle vient tous les ans, une fois
par... Elle vient qu'une fois par an...
A : - Ouais.
MG : - ... euh... je la vois une fois par an, mais elle se fout à poil complètement, sans que je lui
1240 demande, en fait, si tu veux...
A : - Ouais.
MG : - Je... elle fait... Je fais son examen gynéco, la palpation des seins, tout ça, enfin...
A : - Ouais.
MG : - C'est... Elle vient pour ça, puis point... basta, quoi en fait.
1245 A : - D'accord.
MG : - Mais alors par contre, confiance aveugle... L'autre fois, bon par contre, elle est venue
pour une douleur abdominale aiguë, elle avait un kyste ovarien... euh... Et, si tu veux,
confiance aveugle, quoi.
A : - Mais c'est-à-dire que ton, ton patient effectivement, il a son... il a...
1250 MG : - Mais par contre, elle vient pour ça...
A : - ... sa conception...
MG : - ... elle vient aussi celle-là, elle vient aussi pour ça. Si elle se déshabille complètement,
c'est aussi que elle a envie que, enfin, qu'il y ait une, une... qu'il y ait un frottis, qu'il y ait enfin,
un examen gynéco, qu'il y ait une palpation des seins, parce que, pour elle, ça... je pense que,
1255 le contrôle annuel euh... doit comporter ça, quoi en fait.
A : - Ouais. Tout à fait.
MG : - Et donc, je pense que si euh... là, par contre, je prenais que sa tension, et je lui délivrais
sa pilule, ça le ferait pas, quoi.
A : - Et à l'inverse, t'en as qui sont... complètement dans le...
1260 MG : - ... dans le truc inverse.
A : - Ouais.
MG : - Donc ils ont leur... leur Coversyl®, il faudrait leur prendre que la tension, quoi, et encore.
Et encore, ceux qui viennent sous Coversyl®... qui, qu'ont du Coversyl®, et à qui faudrait faire
le, le... l'ordonnance sans les voir.
1265 A : - Ouais. Y'a ça aussi.
MG : - Ceux...
A : - Et à quoi... comment tu...
MG : - ... ceux qui viennent faire leur marché, quoi en fait.

A : - Ouais. Comment...

1270 MG : - Donc sans...

A : - Comment on interprète ça ? Après, y'a pas des interprétations, y'a pas une interprétation unique.

MG : - Bah non, je crois que non, ça dépend des gens...

A : - Chacun...

1275 MG : - Ca dépend la relation que t'as avec tes patients, puis je pense aussi que c'est à toi de mettre aussi des... des trucs. Moi, c'est comme ça que ça passe, quoi en fait, enfin, si tu veux, que, t'as...

A : - Une chose qui pourrait passer avec d'autres médecins...

MG : - Puis tu veux euh, attends...

1280 A : - Ca t'est arrivé de, de...

MG : - Tu sais, tu sais, c'est comme...

A : - ... de récupérer quelqu'un d'un médecin d'à côté ou... et euh... justement, ce qu'on disait, c'est-à-dire que le mé... le patient est ha... est habitué à la façon de faire du médecin précédent...

1285 MG : - Bien sûr.

A : - ... et toi, tu récupères donc...

MG : - Parce que justement, ce jour-là, t'as fait un truc euh... ou y'avait un truc et puis... toc ! T'as pas de bol ou t'as du bol, je sais pas...

A : - Ouais.

1290 MG : - ... t'as trouvé un truc que... anormal, parce que dans ta méthodo euh... tu sais que tu palpes la thyroïde quand tu regardes les ganglions, si y'a des ganglions euh voilà... tu le fais toujours, tu regardes toujours la thyroïde.

A : - Ouais.

MG : - Puis naturellement, tu vas tomber un jour sur un nodule thyroïdien...

1295 A : - Ouais.

MG : - ... que l'autre aura pas vu parce que dans son...

A : - ... dans son... dans sa routine...

MG : - ... dans son déroulé de consultation, il fait pas ça, quoi en fait. Tu vois ? Enfin...

A : - Ouais, ouais. Tout à fait. Non, non, mais ça, c'est effectivement... le... c'est-à-dire le

1300 patient en tant que sujet qui euh... qui s'oppose euh...

MG : - Oh oui...

A : - Pour x raisons... Non, non, mais, c'est évident, mais ça... c'est vrai que c'est quelque chose qui... Euh... pff... Je relis juste... De toute façon, c'est... Euh... Le fait de suivre un patient pendant longtemps, c'est bien ou c'est pas bien ? Est-ce que c'est... Je pense bon, y'a les

1305 deux réponses. C'est-à-dire que à la fois, c'est un avantage et à la fois, c'est un désavantage. Est-ce que toi, tu...

MG : - Oh, ça peut être une ri... c'est souvent, quand même plus souvent une richesse qu'un inconvénient.

A : - Euh...

1310 MG : - Plus souvent une richesse qu'un inconvénient, parce que t'as quand même l'historique... Alors, t'as toujours le... Dire...

A : - ... le fait...

MG : - ... c'est rengaine, donc en fait, je... je, je, je... je fais dans la rengaine...

A : - J'écoute plus...

1315 MG : - ... j'écoute plus, je vois plus, je machin...

A : - Est-ce que ça, ça dispose pas au risque de, de shunter une plainte, de la catégoriser dans...

MG : - Ah j'ai envie de dire...

A : - ... dans...

1320 MG : - ... j'ai envie de dire : l'exercice de groupe permet que, de temps en temps, on n'est pas là, on est en vacances, on est en machin et truc...

A : - Ouais.

MG : - ... et, et euh... et, et qu'il y a des internes, maintenant...

A : - Ouais.

1325 MG : - ... et que y'a le SASPAS...

A : - Oui.

MG : - ... et que de temps en temps, ça donne un regard neuf sur une personne que tu suis depuis longtemps. Ca, c'est pas mal, ça.

A : - Ouais.

1330 MG : - C'est pas mal parce que, justement...

A : - Et des fois, t'as eu des... justement euh...

MG : - Oui.

A : - ... un remplaçant, ou... quelqu'un...

MG : - Bien sûr.

1335 A : - ... qui t'a pointé quelque chose que t'avais pas pointé...

MG : - Bien sûr. Bien sûr. Bah oui.

A : - T'aurais un exemple à... ?

MG : - Pff...

A : - Je sais pas, mais...

1340 MG : - Non, non... j'en ai plein, quoi en fait.. J'en ai plein, d'exemples.

A : - Oui, ça doit être fréquent.

MG : - Bah oui.

A : - Et est-ce que, quand, quand un interne ou un remplaçant, tu vois, te pointe ça, est-ce que toi, euh... tu peux dire bah : « Tiens, bon, moi, j'ai pas fait gaffe à ça, je le connais depuis quinze ans... »

1345 MG : - Bah, ça te remet...

A : - Est-ce que, est-ce que ça te... ça t'a, t'a...

MG : - Bah ça te remet en cause, quoi, un petit peu, enfin, tu dis : « Merde... » Bah...

A : - Bah pourquoi est-ce que t'avais shunté ça ?

1350 MG : - Bah, ça j'en... ça dépend de que c'est.

A : - Ca dépend des cas...

MG : - Ca dépend ce que c'est, si tu veux.

A : - Mais euh...

MG : - Ca dépend ce que c'est, quoi en fait.

1355 A : - Ouais.

MG : - Puis je trouve quand même que... alors... c'est un avantage aussi quand tu les connais depuis longtemps, parce que tu marches un peu au feeling. De temps en temps, tu sais que... (humant) t'as, t'as... « Tiens, c'est bizarre, il est pas comme d'habitude. » Ou : « Je le sens, je le sens pas comme d'habitude. » Et là, ça vaut, ça vaut le coup après, d'aller gratter euh...
1360 d'aller gratter euh...
A : - Sur quoi tu, tu le sens pas comme d'habitude ?
MG : - Oh attends...
A : - Sur une présentation ?
MG : - Sur une présentation, sur une attitude, sur euh...
1365 A : - Ouais.
MG : - ... sur son discours, sur sa plainte, sur euh... sur son sourire, sur son regard, son je sais pas quoi.
A : - Ouais.
MG : - Ah ça, des fois, tu sais pas pourquoi, hein. Et tu, tu... tu sais pas pourquoi. Et puis, et puis euh... tu poses la question qui tue ou tu... ou tu dis le mot qui tue et paf ! Tu sais, c'est
1370 comme les gens...
A : - Le mot qui tue, c'est-à-dire que...
MG : - Non, mais euh...
A : - Tu balances une hypothèse...
1375 MG : - Le mot gâchette, et puis pof ! c'est là que... puis t'as la personne qui s'effondre, ou que... ou qui te raconte le secret depuis belle lurette caché... alors que tu le suis depuis quinze ans.
A : - Et que t'avais juste une...
MG : - ... présomption...
1380 A : - ... présomption de, de, de... tu ne sais quoi et...
MG : - Voilà ! Et tu ne sais quoi, et puis pof. Ca, ce... ouais.
A : - L'entretien que j'ai fait la semaine dernière euh... donc euh... Marie M. à F. ... j'étais son, son stagiaire... elle m'a dit, elle a dit ça aussi, elle m'a dit que... elle m'a parlé, elle, de sixième sens... (rires) C'est-à-dire que il se trouve des moments où y'a... tu agis dans la consultation de
1385 façon pas... en fait, pas rationnelle, c'est-à-dire que il se passe quelque chose...
MG : - Ouais. Ouais, et puis euh... et puis en plus, c'est, c'est.. Moi, j'ai vu des consultations, vraiment, pour des motifs euh... complètement banaux... (sic)
A : - Ouais.
MG : - ... se transformer... et je ne sais pas pourquoi, y'a des gens des fois, ils te le disent
1390 après d'ailleurs, qu'ils étaient pas venus là pour ça, et euh... et ça se transforme en... en truc complètement différent de ce que l'un et l'autre attendaient.
A : - Et ça, tu saurais pas l'expliquer...
MG : - Non. Non, parce que moi, je pense que c'est la magie de la rencontre, enfin... (rires)
A : - C'est le coup de foudre !
1395 MG : - Non ! Mais c'est la magie de la rencontre, si tu veux, je pense que c'est, c'est ça, quoi. T'as deux, deux personnes, même qui se connaissent depuis longtemps...
A : - Ca t'est arrivé récemment, ça ? Ou de...
MG : - Ah, ça m'arrive de temps en temps... Alors je pense qu'il y a peut-être, y'a des moments où t'es plus à l'écoute que ça et tu regardes sous le coude plus que ça et puis pof.

1400 A : - Ouais.
MG : - Ou tu vas... tu vas dire une phrase et puis cloc ! Il va pas réagir comme tu le... comme c'est pas... comme ça te paraît rationnel qu'il réagisse. Et puis là, pof. « Bah, pourquoi il réagit comme ça ? » Et puis, je sais pas, t'embrayes... pas forcément en ayant une démarche euh... logique ou... médicale au fait...

1405 A : - Oui, c'est ça.
MG : - ... et puis pof ! Alors après, bah tu... t'es quand même médecin, alors tu... tu vas l'exploiter euh...
A : - Tu recadres les choses.
MG : - Tu vas l'exploiter en tant que médecin, quoi.

1410 A : - Tu pars dans une autre case, dans une... enfin...
MG : - Voilà. Mais...
A : - Ouais.
MG : - Non mais quand ça se passe comme ça, à la limite, ça veut dire que... je pense que c'est... c'est tout ce qui fait la, la poésie de la médecine générale, si tu veux.

1415 A : - Ouais.
MG : - C'est...
A : - ... la richesse de tout ce que tu peux pas contrôler...
MG : - Ah bah, attends, ouais. Alors ça, c'est le... Moi je, moi je, j'adore ça, moi ça... Ce, c'est la vraie rencontre, ça.

1420 A : - Ouais.
MG : - Et ça arrive quand même euh... plus souvent qu'on ne croie, ça.
A : - Ouais.
MG : - T'en as dans...
A : - Est-ce que t'as un exemple ?

1425 MG : - Ah, c'est souvent des histoires... des histoires de famille qui, qui viennent comme ça, ou d'histoires personnelles... des secrets de famille...
A : - Ouais.
MG : - Des secrets de famille, alors : relations, je sais pas, incestueuses, relations... viols...
A : - Ouais.

1430 MG : - ... euh... des deuils pathologiques, des...
A : - Oui.
MG : - ... des gens qu'ont, qu'ont des plaintes somatiques euh... que tu traites depuis je sais pas combien de temps... Tu, tu le soupçonnes à un moment donné, tu le soupçonnes.
A : - Ouais.

1435 MG : - Et puis, un jour, paf ! C'est le père qui s'est pen... Tiens, bah y'a pas très longtemps, tiens, oui... Je savais pas du tout, moi, c'est ce euh... C'est quelqu'un qui me racontait que son père s'était pendu, je ne le savais pas du tout.
A : - Ouais.
MG : - Et c'est, c'est... un truc qui s'est passé y'a quinze ans... et euh... et cette dame-là, enfin,

1440 elle...
A : - La personne, elle se présentait comment ?
MG : - Ah bah elle avait... Mais... Elle se présentait, bon y'a eu toute une, toute une batterie de trucs pour les pathologies euh... digestives, qu'elle avait laissée tomber, et puis euh... et puis

1445 finalement, quand même, là, y'a eu un décès récent et puis... et puis, pof, ça l'a ressorti, quoi.
Et, et, et elle m'a ressorti le coup de son père décédé, pendu.

A : - Ouais.

MG : - Si tu veux...

A : - Bah y'avait une somatisation ?

1450 MG : - Oui, y'avait une somatisation, mais... mais, mais vieille, qui s'était, qui s'était euh... bon, pour lequel j'avais été mis...

A : - ... chronicisée...

MG : - ... à la limite j'avais mis en échec, au fait, à la limite, là-dessus, parce que... Je, j'avais pas trouvé, le truc.

A : - Ouais.

1455 MG : - Et puis euh... puis là... là, tu...

A : - Ca... ça... ça, c'est un truc qui, qui quand même... ce concept de somatisation, moi, ça me pose beaucoup de questions, au fait.

MG : - Bah... oui.

A : - Parce que... bah j'ai quand même l'impression que c'est, bon, globalement, c'est un gros fourre-tout. Mais tout le monde, tout le monde le dit, hein, quand on dit : « C'est psychosomatique... »

1460 MG : - Oui, oui, oui.

A : - On a l'impression que c'est un gros fourre-tout de euh... bah des symptômes que t'arrives pas à faire rentrer dans des cases...

1465 MG : - Oui. Mais je suis d'accord avec toi, mais, mais si tu veux, c'est quand même... enfin... Y'a des gens qu'on s... ils sont, enfin, ils sont pas bien, ils ont un mal-être de je sais pas quoi... Je sais pas quoi.

A : - Oui.

MG : - Et puis d'un seul coup, tu t'aperçois quand même que... y'a, y'a... d'un seul coup, pof, y'a quelque chose qui, qui allait vraiment pas bien, quoi en fait. Mais c'était pas du tout en rapport avec euh... enfin...

1470 A : - Ouais.

MG : - ... y... y'a rien qui laissait penser.

A : - ... qui laissait penser un lien entre donc un événement de famille et euh... toi, les symptômes que t'avais...

1475 MG : - Oui, mais pourquoi... Et puis toi, ça fait quinze ans que tu le suis, il t'en a jamais parlé... et puis là, pour un truc futile, ou je sais pas quoi, pof, il t'en parle. « Pourquoi... »

A : - « ... il m'en a parlé... ? » (rires)

MG : - Non, c'est pas ça, tu te dis : « Bah attends... pourquoi il l'a pas dit plus tôt ? »

1480 A : - Ouais.

MG : - « Pourquoi je l'ai pas trouvé plus tôt ? »

A : - Ouais.

MG : - ... ou...

A : - Et parfois, ça t'a expliqué, ce genre de, de découverte, des, des, des tableaux cliniques ?

1485 MG : - Alors après, c'est peut-être facile, c'est peut-être de la, de la psychiat... de la psychanalyse à euh...

A : - ... à deux ronds...

MG : - ... à deux ronds, quoi, à deux balles, ouais, c'est ça, et puis euh... mais bon, enfin...
 Y'avait quelque chose, qui tournait pas rond, quoi en fait. Je pense que c'est plutôt ça... que
 1490 faut pas faire forcément de, de, de rapport de cause à effet...
 A : - Ouais.
 MG : - Mais par contre, y'a, y'a quelque chose, quoi, y'a quelque chose...
 A : - Y'a quelque chose... ouais, c'est-à-dire que tu dé...
 MG : - ... ou...
 1495 A : - ... tu continues de découvrir, quoi, des années après...
 MG : - Bah oui mais alors, d'un autre côté, justement tu vois, euh... Même si tu les connais
 depuis quinze ans, euh... il se passe toujours quelque chose aux Galeries Lafayette, quoi en
 fait. (rires)
 A : - C'est clair. Oh, bon je vais peut-être pas t'embêter trop longtemps, je regarde juste si...
 1500 parce que là il est tard en fait.
 MG : - Ouais...
 A : - Je vais, je vais... Parce que en fait...
 MG : - J'espère que t'auras déjà plein de trucs...
 A : - Je pense que, je pense que y'a déjà plein de trucs parce que, tu vois, sur toutes les
 1505 petites lignes, les trucs que j'ai soulignés, y'a... multiplicité des plaintes... le planning... les
 visites à domicile, le feed-back euh... oui, en deux minutes, le feed-back, t'as, t'as... donc le
 retour sur ta propre pratique, t'as ça donc, par les...
 MG : - ... les internes, tiens.
 A : - Les internes, ils t'en donnent... Est-ce que, est-ce que...
 1510 MG : - Les patients.
 A : - Les patients t'en donnent ?
 MG : - Ouais, ouais...
 A : - T'as l'impression que ça...
 MG : - Si, parfois, quand même, ouais. Oh si quand même, quand t'as, quand t'as été bon,
 1515 quand t'as été mauvais aussi parfois...
 A : - Ouais.
 MG : - « Ah, vous m'avez pas trouvé ça, Docteur. » alors que le spécialiste, il l'a trouvé de...
 A : - Ah oui.
 MG : - ... du premier coup, quoi en fait.
 1520 A : - Ouais.
 MG : - ... très bien...
 A : - Non mais... Oui, ouais, ouais, carrément... Donc les, les, les patients, ils t'en donnent...
 MG : - Parfois ouais. Oh oui, les patients, quand même...
 A : - Et les internes, est-ce que... quand tu... quand t'es avec eux, du coup, te, te... bah te, te
 1525 donnent un retour sur ce que tu as pu faire, c'est-à-dire est-ce qu'ils t'interrogent sur...
 MG : - Bah...
 A : - ... quand ils te regardent examiner, quand ils te...
 MG : - Pas trop, ils osent pas trop.
 A : - Ils osent pas trop...
 1530 MG : - Moi, je trouve qu'ils osent pas trop te dire comment t'as examiné. Par contre euh... si...
 dans ta démarche, ils se disent : « Tiens, pourquoi t'as fait ça ? » Bon, après ça t'interroge, si

ils te posent la question, c'est qu'ils ont, ils ont été percutés par quelque chose, quoi.

A : - Toi, ça t'a appris des choses, toi, personnellement, d'être maître de stage ?

MG : - Ah oui. Oui, beaucoup d'avantages que d'inconvénients.

1535 A : - Ouais. D'accord.

MG : - Ah oui, oui, attends, c'est... c'est, c'est super intéressant, et intéressant pour sa propre pratique, hein. Très égoïstement, à la limite.

A : - A ce point-là ?

MG : - Bah oui, non...

1540 A : - Ouais.

MG : - ... parce que

A : - Oui, oui, non, mais oui. Parce que...

MG : - Bah attends, mais euh... t'as pas trop de rec... de regard extérieur, quoi en fait...

A : - Ouais.

1545 MG : - ... et euh tu, tu l'as pas ça en fait. Et euh...

A : - C'est pas la même chose d'avoir quelqu'un qui assiste à ta consult que discuter d'un cas euh...

MG : - Ah c'est pas pareil.

A : - ... autour d'un café.

1550 MG : - Pas du... pas du tout pareil. Bah attends après... Autour d'un café, tu... tu donnes ce que t'as envie de donner.

A : - Ouais. Ouais. Absolument.

MG : - Tu donnes ce que t'as envie de donner.

A : - Ouais.

1555 MG : - Et euh, narcissiquement, tu vas pas donner euh... tes doutes, ou enfin, ou... ou tu vas donner tes doutes, mais euh... tes doutes diagnostiques...

A : - Ouais.

MG : - Mais pas tes doutes sur la manière de faire... ou... ce que, ce que...

A : - Bêtement, entre guillemets.

1560 MG : - ... que tu cherches et euh... ce que t'as pas, ce que t'as pas... pensé peut-être, mais aussi pour... et dans quel but. C'est peut-être aussi pour... pour retomber sur tes pieds... ou, ou euh... ou euh... ou une confirmation de ce que tu penses.

A : - Ouais. Donc ça, c'est biaisé aussi.

MG : - Euh, ouais. Mais euh...

1565 A : - Enfin...

MG : - ... bon enfin... mais, mais après...

A : - C'est pas pareil quand on parle... Quand toi, quand tu parles à Dominique, tu vas peut-être avoir plus de facilité à parler...

MG : - Dominique, c'est pas pareil, c'est un copain...

1570 A : - ... exactement, que par exemple, si tu devais discuter d'un cas avec un autre confrère, plus éloigné... tu présenterais sans doute pas les choses de la même façon.

MG : - Ce que, ce que... je pense que tu présenterais, voilà, oui.

A : - Un peu plus... voilà... un peu plus beau, ton cas, il sera un peu plus beau.

MG : - Tu vas travailler un peu sur le sujet, quoi, juste avant de le présenter...

1575 A : - Ouais.

MG : - ... quand même.

A : - Non mais euh, ça c'est... bon... oui.

MG : - Tu vas devoir travailler ta sémiologie avant, pour être sûr que, quand même t'aies rien oublié... (rires) et quand même pas passer pour un con, quand même.

1580 A : - C'est clair.

MG : - Attends...

A : - Aux FMC, vous... Tu fais des FMC ?

MG : - Bah ça m'arrive, ça m'arrive. Si, si si, si si, un peu, enfin...

A : - T'es confronté au... à ce... à des... regards extérieurs, à des...

1585 MG : - Ouais...

A : - ... à des choses comme ça ?

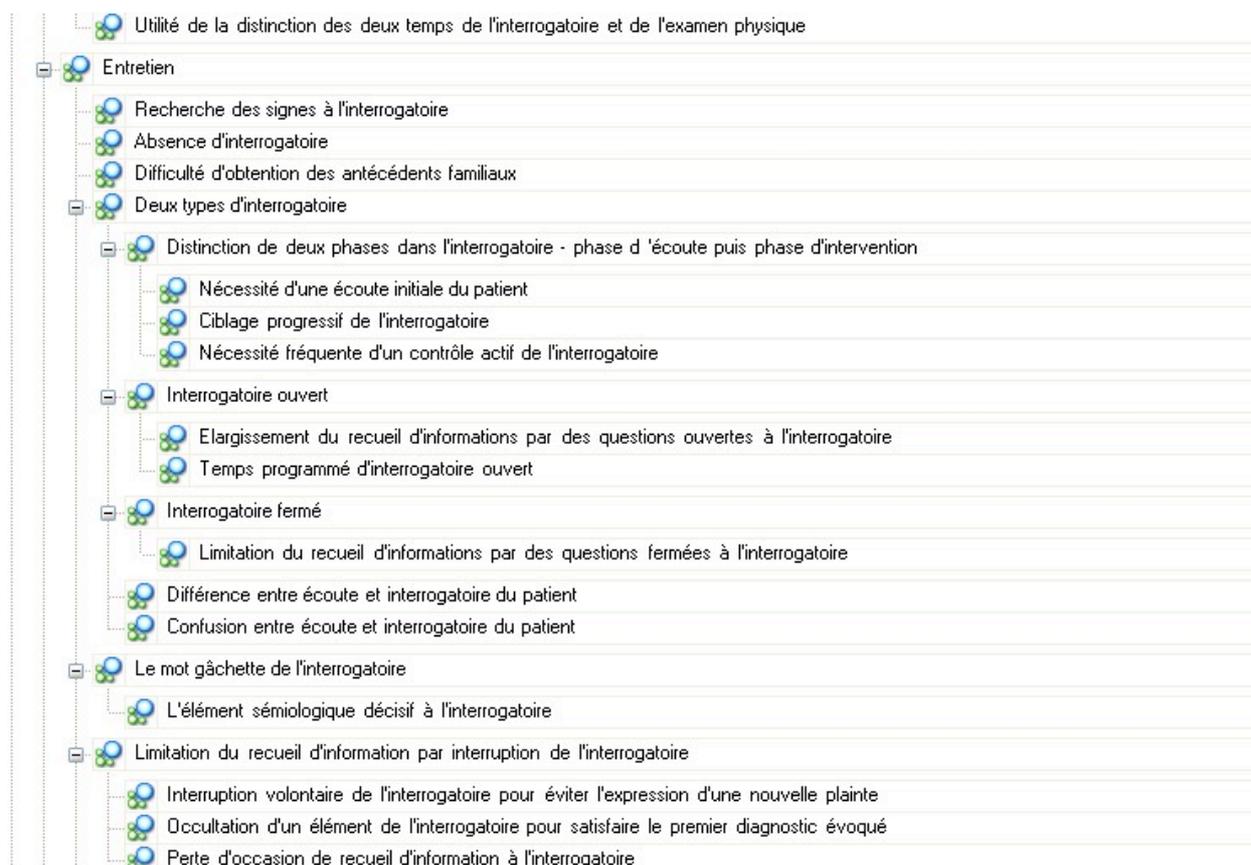
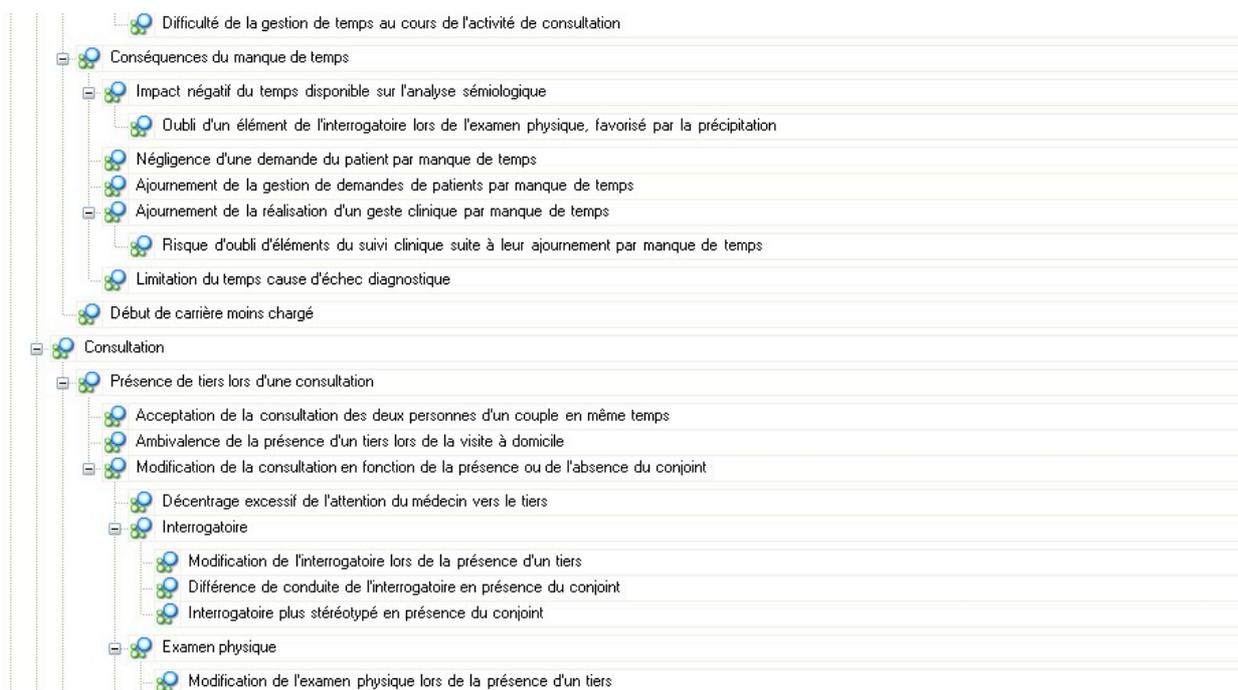
MG : - Ouais, oui oui, oui... Si tu veux, je pense que si... Je pense que même là dedans, dans les FMC, tu donnes aussi un peu euh... ce que t'as envie de donner, quoi en fait.

A : - Ouais, ouais. Jeux de rôles, t'as déjà fait ça ?

1590 MG : - Oui, oui, oui. Bah jeux de rôles, oui, c'est marrant, oui...

A : - Bon ! Allez, bon, j'arrête de t'embêter parce que il est tard...

3. Catégorisation : extraits d'arborescence sous NVivo



4. Comptes-rendus de consultations (CRC)

4. 1. Consultations (Cs) du Dr L.

Cs 1 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011

- 1 JH d'origine étrangère, noir, parlant peu le français.
Demande immédiate de médicaments, avant que le médecin n'engage la conversation, en s'asseyant.
Demande de Dexeryl® et Diprosone®.
- 5 Le patient tutoie le médecin, sans doute à cause de son français limité.
Le médecin vouvoie le patient en retour.
Le médecin engage des explications sur l'utilisation de la Diprosone®, qu'elle ne doit pas s'appliquer sur l'ensemble du corps, comme le fait le patient.
Risque de fragilité de la peau. Le patient comprend.
- 10 Le médecin se lève de son fauteuil, contourne le bureau, prend une petite lampe et commence à examiner le visage du patient, qui n'a pas bougé et est resté assis. Il se tourne un peu vers le médecin pour se faire examiner.
Le médecin poursuit en même temps ses explications, il signale quelques boutons à désinfecter.
- 15 Patient assis et médecin debout.
Le médecin décrit donc des lésions qui non pas été annoncées par le patient initialement.
Le médecin retourne s'asseoir dans son fauteuil, entreprend sa prescription.
Ok pour le Dexeryl®.
- 20 Ok pour la Diprosone®, mais avec les conseils sur son utilisation : moins en prendre, n'en mettre qu'en petite quantité sur le visage.
Pendant ce temps, le patient parle moins et attend la prescription.
- 25 Petit debriefing une fois le patient sorti : patient bénéficiant de l'AME, en situation irrégulière, venant « faire son marché ». Le médecin perçu comme prestataire de service.

Cs 2 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011

- 1 Pas une réelle consultation programmée.
Mais un JH est présent dans le couloir et interpelle le Dr L. au sortir de la consultation précédente.
- 5 JH d'environ 25-30 ans demandant si le Dr L. accepte de prescrire un traitement de substitution (lequel ?). Il dit avoir attendu trois heures dans la salle d'attente d'un autre médecin généraliste, qui n'a finalement pas accepté de prescrire le traitement demandé.
Le patient souhaite savoir si le Dr L. pourrait le prescrire.
Discussion de deux minutes, dans le couloir.
- 10 Le médecin répond que c'est possible si le patient est sérieux, s'il a une pharmacie fixe pour la délivrance, s'il n'y a pas trop de chevauchement entre les ordonnances de 28 jours.
« Un jour ou deux de chevauchement, c'est bon, mais pas plus. »
Accord de principe en accompagnant le patient vers la sortie.
- 15 Le patient doit prendre rendez-vous et « on verra ».

Cs 3 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011

- 1 La patiente a apporté des radiographies de hanches.
Le Dr L. résume les antécédents de la patiente oralement, en consultant le dossier informatique. Vérifie les derniers bilans biologiques.
- 5 Motifs multiples.

Onychomycose des pouces.
La patiente dit : « Je vais être franche, je l'ai pas fait régulièrement. »
Prescription de MycoSter® poursuivie.
- 10 Lecture des radiographies et de résultats d'ostéodensitométrie.
La patiente demande des explications sur les résultats de cet examen.
Le spécialiste (radiologue probablement) lui aurait dit : « Vous êtes guérie. »
Du coup, la patiente a arrêté son traitement anti-ostéoporotique.
- 15 Le Dr L. rectifie les choses en lui signalant que le traitement est à poursuivre.
Patiente : « Je vais continuer le traitement. »

En fait, il n'y a pas de CR écrit expliquant les résultats de l'ostéodensitométrie, il n'y a que les graphiques.
- 20 Coup de fil interrompant la conservation.

Le Dr L. élargit le débat : « Comment ça va ? »
Réponse de la patiente : « Quand le moral va, tout va. »
- 25 Q : quelles activités ?
La patiente marche, mais est gênée à cause d'un pb de hanche.
Marche tous les jours 30 minutes. Réponse du Dr L. : « C'est bien. »
- 30 La patiente signale ensuite avoir eu les « sinus bouchés », comme « un genre d'allergie ». Mais c'est rentré spontanément dans l'ordre.
- 35 Passage au fond de la pièce, vers la table d'examen.
La patiente s'allonge toute seule, avec chaussures et pull.
Mesure de la TA, automatiquement. Silence. « 16 ? » demande la patiente.
Silence.
- 40 Le Dr L. regarde son oeil droit. Ensuite seulement, il répond : « 19,5. »

Auscultation cardiaque.
Le Dr L. parle peu. Silence pendant l'auscultation. « Asseyez-vous, respirez bien fort. »
Auscultation pulmonaire. Recherche d'œdème des chevilles.
Interrogation sur la TA à domicile. « Je vous fais peur ? »
- 45 La patiente : « Je sais qu'elle va être plus forte. » (sous-entendu : lorsqu'elle vient en consultation)

Palpation abdominale sur les vêtements.

50 Le Dr L. m'interpelle : « Mon collègue va vous sauter dessus. » (évoquant sa « peur ») 0

Q du Dr L. : pb à l'oeil ?

55 Seconde mesure de la TA, sans en parler. Silence, un peu long. « 18 ». Vous pouvez vous relever. »

La patiente va directement sur la balance, accompagnée par le Dr L. (notion d'habitude)

60 Discussion sur le poids, l'HTA, la consommation de sel.

Retour au bureau
Edition de l'ordonnance, pendant que la patiente se rhabille.
Prescription d'une MAPA, pendant un mois, matin et soir.
Instauration de Lercan®, information du risque d'apparition d'oedèmes des MI.

65 La patiente : « J'ai déjà tendance aux gonflements. »
Réponse : « Il est très bien toléré. » Répétée.

« On a tous des soucis. »
« Avez-vous la carte vitale ? »

70 Paiement, chèque.

La patiente : « Je devrais me sentir mieux. - Non, vous ne devriez pas voir de différence. - Ah bah, je le prends pas alors ! »
Le Dr L. fait ses explications.

75 Débriefing après la sortie de la patiente
« Elle est hystérique. »
Elle ne prend pas ses traitements, elle fait bonne figure devant le Dr L., mais reste réticente à suivre les traitements (règles HD, médicaments). Exemple : avait arrêté son biphosphonate.

80 Mais petit-à-petit, le Dr L. arrive à quelques changements : ne marchait pas 30 minutes par jour avant. A une coxarthrose.

85 Le Dr L. appelle en radiologie pour récupérer le CR de l'ostéodensitométrie.

Cs 4 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011

- 1 Patient vu pour la première fois. Patient noir, à l'air timide, parlant français de façon limitée.
S'installe face au bureau.
Création du dossier informatique : état civil, adresses à Paris et Rezé.
- 5 Récupération des antécédents médico-chirurgicaux, familiaux, des allergies.
Tabac ?
- Motif : « Je me sens pas bien. » « Perte d'appétit depuis deux jours. »
Interrogatoire ciblé : douleur ? diarrhée ?
- 10 « Vous mangez équilibré ? - Non, j'ai parfois du mal à finir. » Incompréhension de la question par le patient, question non reprise pour obtenir une réponse fiable.
- « Allez ! » Passage à la table d'examen.
- 15 Patient torse nu.
TA, auscultation cardiaque.
Le Dr L. ne donne pas le résultat de la TA.
Auscultation pulmonaire.
Le patient s'exécute, silencieux. « Rallongez-vous. »
- 20 Examen abdominal. Le Dr L. défait la ceinture du patient. Q : abus ?
Palpation profonde, percussion. Dr L. signale un météorisme.
Palpation des aires ganglionnaire cervicales.
- 25 En même temps, interrogatoire sur l'alimentation : soda ? coca ? bière ?
- Examen buccal, otoscopie.
Le patient se relève.
Pesée : poids habituel (demandé avant la pesée et vérifié). « C'est votre poids habituel. »
- 30 Retour au bureau
« Vous avez pris un petit coup de froid sur le ventre. »
- 35 Le patient demande (pour la seconde fois) un « bilan de santé ». Demande shuntée par le Dr L.
- « Je vais vous donner quelque chose pour que ça se remette rapidement. »
Conseils alimentaires : fruits, légumes. Traitement symptomatique : Débridat®, Motilium®. Eviter la bière.
- 40 Le patient se rhabille en même temps. Silence. Feuille de soins faite, signée par le patient.
Derniers conseils répétés.

Cs 5 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011

- 1 Homme de 51 ans. S'assied, à l'aise.
Etait sensé déménager, mais finalement reste sur Rezé.
Discussion sur la famille : femme, adolescent de 14 ans, fille de 6 ans.
Discussion avec empathie. « J'ai eu la première à 37 ans... ça va... Maintenant,
- 5 j'ai plus l'âge. »
- Coup de fil rapide (durée 15 secondes).
- Reprise de la conversation.
- 10 Le patient recherche un médecin traitant, demande quel formulaire remplir.
Formulaire imprimé par le Dr L., donné. Inscription dans le dossier.
- « Vous êtes là pour votre renouvellement aussi ? »
Patient sous buprénorphine 8 mg.
- 15 « C'est quoi, votre pharmacie ? » Appel de la pharmacie par le Dr L. pour
obtenir son accord pour délivrer le traitement à ce patient. Silence, attente.
Pharmacie ok, nom du patient donné.
- 20 Pas d'examen physique. « Vous m'avez consulté la dernière fois. »
Le patient se lève et s'apprête à se déshabiller, voyant le Dr L. se lever, mais
celui-ci s'est seulement levé pour aller récupérer des ordonnances sécurisées.
- « Je suis pris en charge à 100 %. »
- 25 Diminution de traitement envisagée. « J'étais à 12. »
Le Dr L. prescrit un cp de 6 mg et 2 cp d'1 mg, pour que le patient puisse
entamer une baisse de sa posologie.
« Ce que j'aime, c'est montrer que vous pouvez supprimer ça. »
Le patient signale aussi une prise de Lexomil® : « Je ne prends pas de
- 30 somnifère. »
Explication sur l'accoutumance au Lexomil®.
Réponse du patient : « Le Lexomil® ne me pose pas de problème. »
Il plaide contre les somnifères, on sent qu'il demande indirectement du
Lexomil®, pendant que le Dr L. rédige l'ordonnance de buprénorphine.
- 35 Phase évidente de négociation de médicaments.
Décroissance programmée : « Ce que j'aimerais bien, c'est être à 7 le mois
prochain. »
Le patient acquiesce, semble peu convaincu, fait bonne figure.
- 40 Signale tout-de-même une appréhension à « ne pas aller bien », essaie de se
rassurer quand même.
- Enfin, il demande à ne pas payer, à ce que le Dr L. effectue le tiers-payant. Ok.
Discussion sur son prochain emploi. Patient a un peu changé de posture :
- 45 jambes croisées, buste droit.
- Dr L. : « Je compte sur vous pour diminuer. »

Cs 6 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011

1 Patiente non venue.

Petite discussion.

5 Le Dr L. se sent pour cette patiente comme un prestataire de service.
Selon lui, 50 % de patients sont respectueux.
« Il faut savoir aussi des fois dire merde. »

10 Exemple sur la journée, en reprenant son planning sur l'ordinateur : majorité de patients confiants.

Relation entre le médecin prestataire de service et le nomadisme médical.

Cs 7 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011

- 1 Une mère accompagnée de ses deux enfants.
Motif : renouvellement et « deux autres choses ».
- 5 La patiente prend du Cérazette®, n'a pas ses règles. Q sur de possibles perturbations dues à l'arrêt des règles. La patiente évoque un excès de fer.
Le Dr L. la rassure rapidement.
- Q sur la pilule et la prise de poids. Le Dr L. répond qu'il n'y a plutôt pas de lien.
- 10 Q : la patiente signale une douleur du genou gauche à la marche avec boiterie.
Notion de blocages, de douleurs à l'appui.
« On va regarder. »
Pas de poursuite de l'interrogatoire.
- 15 Autre pb : mise à jour des vaccins.
- Pendant ce temps, les deux enfants restent calmes, silencieux.
- 20 Passage à l'examen physique
La patiente enlève le haut et ses chaussures.
« Je viens pas souvent pour moi. »
S'allonge rapidement.
TA prise sans le dire. Rien en même temps.
Petite discussion sur les vacances des enfants, sur les congés de la patiente.
- 25 « 15,5/10. » « Vous l'avez pris ? » (sous-entendu votre traitement)
- Auscultation cardiaque. Les deux enfants sont tout collés à leur mère, debout à côté de la table d'examen. Silencieux.
Auscultation pulmonaire. Silence.
- 30 Palpation des aires ganglionnaires.
- Examen du genou droit : mobilisation, examen de la rotule.
« C'est l'autre jambe qu'avait mal. »
Mine de rien, le Dr L. passe à gauche... Mobilisation, palpation des interlignes articulaires, douleur ligamentaire à la face interne du genou. Notion de tendinite.
Conseil : modifier le chaussage.
Explications en même temps que la palpation abdominale, faite sans commentaire.
- 40 Seconde mesure de la TA : « 13. »
« Vous pouvez vous relever. »
Pesée (prise de poids).
- 45 Test pour observer la marche de la patiente, dans le couloir, patiente rechaussée et rhabillée.
Conclusion : talus valgus.
Ordonnance pour semelles orthopédiques.

- 50 Deux enfants toujours sages et silencieux. Ne gênant pas la consultation.
- Conseil pour faire un sport adapté. Pas de course. Seul sport que la patiente voulait faire...
- Poids : conseil pour alimentation, régime. Biologie prescrite (cholestérol...).
- 55 Renouvellement du Micardis®.
- Les enfants commencent à s'agiter.
- 60 La patiente demande des chaussettes de contention. Ok pour des bas, à cause du pb de genou.
- Chèque.
- En même temps, la patiente demande où emmener sa mère pour faire des tests de mémoire.
- 65 Coup de fil de la patiente : s'excuse et éteint son portable.
- Question sur la mauvaise haleine de sa fille. Réponse : RHD. « L'haleine, c'est la digestion. » On verra le pb la prochaine fois.
- 70 Multiples plaintes. « Ca va parce qu'elle est sympa. »

Cs 8 - CRC - Consultation du Dr L. - 03.05.2011

- 1 Mère avec sa fille.
Motif : quelle reprise du sport pour sa fille (dans le cadre d'un sd d'Osgood-Schlatter).
- 5 Ma mère produit le résultat de son propre dernier bilan. N'est pas allée voir la dermato. Courrier datant maintenant d'un an.
- Fille dispensée de sport depuis 3 mois. Quelques douleurs persistent, notamment à la montée des escaliers.
- 10 Examen physique
Enlève son pantalon. Allongée.
Douleur à la palpation de la tubérosité tibiale. « C'est mieux. »
- 15 Interro : hydratation ? Activités actuelles à l'école ?
- CAT : prolongation de la dispense pour les sports « violents ». Contre-indication au sprint, à la course. Vélo ok.
- 20 Mesure de la taille.
Explications pour les étirements conseillés (quadriceps, ischio-jambiers).
- Retour au bureau
La fille se rhabille.
- 25 CI sprint, shoot, saut pendant encore 3 mois.

4. 2. Consultations du Dr F.

Cs 1 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Première consultation chez un nourrisson d'un mois.
- Interrogatoire
Déroulement de l'accouchement ? Ok.
- 5 Salle de réveil : « Ils sont poussés au résultat. » (C. Jules Verne).
La mère signale un épisode de clonies lors du sommeil chez le nourrisson, spontanément résolutif.
Discussion alimentation : 5 fois 120 mL. Régurgitations, traitées par du lait épaissi.
- 10 Recherche de difficultés de l'alimentation.
« Elle est assez nerveuse. » Mère comparant le comportement de sa fille à son premier enfant, un garçon, qui était plus calme.
- Passage côté examen
- 15 Q : réactions aux sons et à la lumière ? Sourires réponses ?
Poursuite de l'interrogatoire lors du déshabillage de l'enfant sur la table d'examen.
Utilisation par le Dr F. fréquente d'une SHA, avant et après l'examen physique.
- 20 Enfant examiné en couche. « ... un petit angiome... »
Palpation abdominale.
Poursuite discussion. Enfant calme, gigotant.
Auscultation cardiaque, silencieuse.
Le Dr F. parle doucement au nourrisson en la retournant, pour la prévenir.
- 25 Silence de la mère, qui regarde.
Petite voix du Dr F. : « Je vais mesurer la tête, la puce. »
Poursuite interrogatoire : petits bruits ?
Taille. Poursuite oculaire, otoscopie.
« Antécédent de pb de hanche ? » Examen buccal, recherche de fente palatine : « Allez Mademoiselle... Oui, c'est moins bon qu'une tétine... » Pesée.
Retour à la table d'examen.
« On va faire un petit peu de gym, jeune fille. »
Examen des hanches. Tonus axial, marche automatique, décubitus ventral.
- 35 Ambiance calme, silencieuse, petites voix.
« C'est fini, les misères. »
Donne une couche pour changer l'enfant.
Utilisation SHA.
- 40 Quelle contraception ? (médecin restant à côté de la table d'examen, pendant que la mère rhabille l'enfant)
Cérazette® en cours. Explications Cérazette® vs implant. Discussion sur le profil de saignements.
- 45 Retour au bureau
Recopiage des éléments cliniques dans le carnet de santé.

Conversation fluide, pas d'interruption.

Réalisation de la courbe de croissance.

Remplissage de la consultation sur l'ordi.

50 Q de la mère : énervement le soir. Réponse du Dr F. : physiologique ou fatigue (« la fameuse heure du papa ») « Il n'y a pas de règle. »

Nécessité de Zymad® ?

Début vaccination annoncée à 3 mois.

FS faite.

55 Enfant commence à réclamer : « Vous voulez qu'on fasse chauffer ? »

Cs 2 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Femme d'environ 50 ans.
Motif : « Je suis fatiguée, ça dépend des jours. »
- 5 Apporte les résultats de sa mammographie récente : ok.
L'Arimidex® a été arrêté (5 ans de traitement pour cancer sein).
Ostéodensitométrie faite.
- 10 Discussion sur préconisation gynéco : carence en vitamine D trouvée sur bilan bio.
- 15 Interrogatoire sur la « fatigue ».
« Vous n'avez pas envie de faire les choses ? »
Q : dépression ?
Le Dr F. a repris le mot « envie » utilisé d'abord par la patiente.
- 15 Dyspnée ?
Douleur ? (recherche de causes somatiques)
Sommeil ?
Inquiétude ?
- 20 La patiente explique plusieurs pbs personnels. Fait un lien entre fatigue et tristesse.
Signale par ailleurs des vertiges, qu'elle n'est pas bien en cas d'orage. R. Dr F. : « C'est habituel. »
- 25 Passage côté examen
La patiente se déshabille.
Pendant ce temps, le Dr F. fait une copie du CR gynéco.
Patiente enlève le haut directement, soutien-gorge inclus.
Pesée.
- 30 S'allonge sur la table.
Q : oedème ?
Aires ganglionnaires cervicales palpées, seins palpés, recherche ganglions axillaires.
Palpation abdominale. Recherche en même temps des EI de l'Arimidex®.
- 35 Recherche des ganglions inguinaux en soulevant le pantalon, à ceinture élastique.
Auscultation cardio. Mesure FC. Silence. Recherche de souffle carotidien.
TA.
- 40 Q : vertiges ? Résolutifs. « 13,5/7. »
Auscultation pulmonaire silencieuse.
- 45 Synthèse orale sur l'examen physique faite. SHA avant et après l'examen physique.
- En se rhabillant, la patiente signale avoir eu des brûlures urinaires. Discussion.
Le Dr F. remplit le dossier informatique pendant que la patiente se rhabille, puis celle-ci se rassied.

50 Confirmation arrêt Arimidex®.
Prescription de vitamine D, en fonction du niveau de la carence objectivée.
Interrogatoire pour nécessité de Locéryl®.
Q : date du dernier bilan bio.

55 Utilisation carte vitale.

Le Dr F. regarde rapidement quelques messages pendant la rédaction du chèque par la patiente, en supprime quelques uns. Silence.

Cs 3 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Nourrisson avec sa mère.
Motif : renouvellement d'ordonnance pour son enfant.
La mère vient parce qu'« elle n'a plus de comprimé ».
- 5 Enfant prématuré. Le Dr F. part chercher le courrier de pédiatrie relatif à sa naissance.

Coup de fil 1 interrompant : la secrétaire appelle pour savoir si elle peut fixer un rdv. « Mettez-la à 13h15. »
- 10 La mère présente une ordonnance de pédiatrie.
Interrogatoire sur RGO, lecture du courrier en même temps. Q sur les durées préconisées des traitements en cours. « La pédiatre verra ça. »
Enfant suivi par une puéricultrice par ailleurs.
- 15 Q : lait AR. Explications sur le traitement anti-RGO.
« Vous voulez qu'on le repèse, qu'on regarde si tout va bien ? - Je veux bien, ça me rassurera ! »
- 20 Passage côté examen
En le déshabillant, poursuite de la discussion (consultations ORL et ophtalmo).
« Mettez-le en body. »
Discussion sur la croissance, sur l'alimentation.
Toux ?
Examen en body. L'enfant geint un peu.
- 25 Auscultation cardiaque. Silence.
Auscultation pulmonaire. L'enfant « pousse » un peu...
- 30 Body enlevé. Q de la mère : hernie ombilicale. Explications et réassurance par le Dr F.
Q : congés ?
Pesée.
SHA.
La mère change l'enfant.
- 35 Retour du Dr F. au bureau
Remplissage carnet de santé pendant que la mère rhabille l'enfant.
Q de la mère : fontanelle. Explications par le Dr F.
- 40 Remplissage dossier informatique : mensurations.
Prescription renouvelée (RGO, fer, acide folique).
- La mère revient au bureau, couche l'enfant dans le cosy.
- 45 Pas de stress lors de cette consultation.
Le Dr F. répond tranquillement à toutes les questions, prend son temps.

Cs 4 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

1 « Je suis vachement en retard. » me lâche le Dr F. avant d'introduire le prochain patient.

5 Patiente sourde, appareillée, parlant vite et beaucoup, assez compréhensible, mais nécessité de lui prêter une oreille très attentive.

Le Dr F. parle fort, articule, fronce les sourcils, est très attentive.

Elle reprend les mots essentiels de ce que dit la patiente pour résumer son propos et s'assurer de sa bonne compréhension.

10 Motif : renouvellement ordonnance.

Passage rapide à l'examen physique.

La patiente se déshabille, porte un maillot de bain une pièce, car elle doit aller à la piscine ensuite.

15 Pesée. S'allonge.

Palpation des aires ganglionnaires.

Q : a-t-elle des palpitations ? (en montrant le geste des battements du coeur)

Abdomen palpé au travers du maillot de bain.

Q : OMI ? (en faisant le geste d'un gonflement).

20

La patiente signale des douleurs du dos.

Auscultation cardiaque, FC : « 64, c'est bien. »

TA : « 11/8. » Très articulé et dit fort.

25

Auscultation pulmonaire. Silence. « Très bien. » (en la regardant, en se replaçant devant la patiente).

La patiente signale des douleurs du dos, encore.

Le Dr F. reprend les mots principaux de la patiente pour confirmer ses propos.

30

La patiente se rhabille de son côté. Dr F. revient au bureau.

Le Dr F. s'apprête à lui poser une question, alors qu'elle se rhabille, se tourne vers elle, mais se ravise et s'arrête. Attend que la patiente soit prête et revienne au bureau.

35

Prescription : parle fort.

Q du Dr F. : relance sur les douleur du dos (en montrant son dos avec les mains).

Refus par le Dr F. des AINS car risque de douleurs abdominales (explication faite en montrant son ventre).

40

« La curatelle continue. » (répété car non compris la première fois)

Explication de l'ordonnance.

45 A la fin de la consultation médicale, patiente sortie, se justifie : « Là, je creuse pas... »

PS : Le midi, en discutant avec sa collègue, celle-ci demande au Dr F. si elle a vu le courrier du rhumatologue à propos de cette patiente. Non. Peut-être un problème rhumato n'a pas été abordé lors de la consultation à cause du

50

problème de communication. La patiente a signalé deux fois ces douleurs de dos, mais cela n'a pas abouti à un examen attentif de cette plainte.

Cs 5 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 JH.
Motif : « état grippal » annoncé par le patient. « Un coup de moins bien. »
- 5 Depuis quand ?
Le patient signale une fièvre à 39°C.
Quels autres symptômes ? Toux ? Rhume ? Température ?
Une minute d'interrogatoire.
- 10 Examen physique
« Mettez-vous torse nu. »
Poursuite de l'interrogatoire dirigé : éruption ? vomissement ? diarrhée ?
Le Dr F. synthétise les symptômes : « ce n'est qu'ORL alors ».
Le patient s'assied, mais le Dr F. lui demande de s'allonger sur la table d'examen, pour pouvoir lui faire l'examen ORL, car le patient est trop grand.
- 15 Palpation des aires ganglionnaires cervicales. Otoscopie.
Discussion sur le foot.
Examen buccal : « Oh, en voilà une belle angine ! » « Les amygdales sont toutes rouges, toutes gonflées, pleines de points blancs. »
- 20 Ensuite, elle relie cela avec quelques adénopathies cervicales, plus marquées d'un côté. Elle dit cela alors qu'elle avait d'abord palpé les adénopathies cervicales sans faire de commentaire particulier.
- 25 Abdomen palpé. Auscultation cardiaque.
Vérification de la température : 38,8°C.
Auscultation pulmonaire, patient assis.
- 30 « J'ai raté le match de Lyon, hier. »
« Pas d'éruption. »
- 35 Recherche de raideur cervicale en rallongeant le dossier de la table d'examen à l'horizontale.
- Le Dr F. justifie l'origine bactérienne en recensant les critères de Mc Isaac.
Ne fait pas le Strepta-test®.
Propose un arrêt de travail.
Utilise SHA.
- 40 Le patient signale que les enfants ont été malades.
Diagnostic : angine.
« Vous n'êtes pas allergique à la pénicilline ? »
- 45 Retour au bureau
Prescription d'amoxicilline et paracétamol.
Réalisation de l'arrêt de travail, sur Internet, via un site spécialisé de l'assurance maladie. Exemple pour l'employeur seul remis au patient. Autres exemplaires directement transmis à la Sécu.
- Discussion foot. Explications sur la prescription et l'arrêt de travail.

Cs 6 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Le Dr F. s'excuse de son retard.
Réponse de la patiente : « Un bon médecin est toujours en retard de 20 à 30 minutes. »
- 5 Consultation pour une petite fille d'un an qui a de la fièvre. Antécédent d'asthme.
Interrogatoire ciblé : toux ? Raucité ?
La mère parle beaucoup, donne facilement les symptômes de la petite.
Le Dr F. la reprend pour préciser l'évolution de la raucité de la voix, non précisée spontanément par la patiente.
- 10 Dyspnée ?
- Examen physique côté examen
Le médecin va prendre un jouet dans un bac à jouets, pendant que la mère déshabille sa fille et la met en body.
Q : alimentation ? Enfant un peu gênée.
Palpation abdominale à travers le body.
Puis soulèvement du body pour l'auscultation cardiaque.
- 15
- 20 Pendant l'examen, l'enfant joue avec le jouet, une grosse chenille colorée en plastique.
Le Dr F. joue avec l'enfant pendant qu'elle poursuit l'auscultation.
- 25 Parle à voix chuchotée pour retenir son attention : « Elles sont où, les oreilles ? » Regarde les oreilles. « C'est bien, Inès. »
Examen buccal, dentaire. Q à la mère : poussée dentaire ?
Pas d'angine.
Le Dr F. parle à l'enfant en l'asseyant pour l'auscultation pulmonaire.
L'enfant joue toujours avec le jouet.
- 30 Quelques sibilants et ronchi diffus.
« Il n'y a pas de tirage pour autant. »
Explications à la mère.
Q : prend-elle un traitement de fond de l'asthme ?
Selon la mère, l'enfant refuse la chambre d'inhalation à la maison.
- 35 Dr F. utilise SHA et explique le traitement à suivre, en 2 temps, avec prescription anticipée d'antibiotique en cas de mauvaise évolution clinique sous 48 h.
- 40 Retour au bureau
La mère rhabille l'enfant.
Remplissage dossier médical informatisé.
« Et Arthur ? »
- 45 Coup de fil 2 : le Dr F. donne son numéro ADELI (durée 30 sec).
Réponse de la mère : « Arthur, ça va bien. »
Prescription de Ventoline®, Célestène®, kiné respiratoire, Doliprane®. Silence.
Remplissage du carnet de santé.

50 Explications du traitement. Revenir si besoin. Voir pour antibiotique en cas de mauvaise évolution.« Et votre travail ? »

Fin de la consultation.

55 La patiente sortie : « Quand je suis en retard, j'essaie jamais de rattraper mon retard. » Le Dr F. me justifie sa prescription d'antibiotique.

Cs 7 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Le Dr F. s'excuse de son retard.
Consultation d'un jeune couple : « On a la même chose. »
Dr F. : « On commence par qui ? »
- 5 **Consultation de l'homme**
Interrogatoire policier de 30 sec.
Examen physique initié, avec poursuite de l'interrogatoire et élargissement :
abattement ? troubles digestifs ?
Le patient s'allonge.
- 10 Température vérifiée : 38,9°C.
Torse nu.
Palpation des aires ganglionnaires : le Dr F. trouve une douleur sous-maxillaire
gauche.
Examen buccal : « C'est rouge mais pas spécialement enflé. »
- 15 Réalisation du Strepta-test®. Préparation silencieuse.
Explications.
« Je vais finir de vous examiner après, le temps que ça réagisse. »
Le Dr F. rassemble ensuite ses idées : « Alors, qu'est-ce que j'ai pas fait ? »
Otoscopie, auscultation cardiaque, FC.
- 20 Le patient s'assied. Auscultation pulmonaire. Silence.
Le patient se rallonge. Mesure de la TA.
- Le Dr F. allonge complètement la table d'examen pour rechercher une raideur
cervicale.
- 25 Le test revient positif. Explications sur l'origine bactérienne de l'angine : « Ce
qui me gênait, c'est la forte fièvre et l'adénop... le ganglion. » Le Dr F. s'est
reprise pour adopter le vocabulaire le plus clair.
- 30 Remplissage du dossier informatique.
Allergie ? « A priori pas, j'avais rien noté dessus. » Utilisation de l'informatique
pour l'enregistrement des antécédents d'allergie.
- 35 **Consultation de la femme**
Passage directement côté examen.
Température confirmée, palpation des aires ganglionnaires cervicales.
Interrogatoire en même temps, dirigé : myalgies, douleur pharyngée.
Otoscopie.
En même temps, Q sur son travail.
- 40 Examen buccal : gorge très rouge. Strepta-test® non fait.
Poursuite de l'examen, à titre systématique : auscultation cardiaque, FC.
Auscultation pulmonaire en position assise. Se rallonge pour la mesure de la
TA. Recherche de raideur cervicale en allongeant complètement le dossier de
la table d'examen.
- 45 Le Dr F. utilise la SHA : « Même sanction. »
- Retour au bureau.
Remplissage du dossier informatique. Ordonnance d'antibiotique.

50

CV, chèque.

Q de fin de consultation, à propos d'un désir de grossesse du couple. « Nécessité d'un bilan avant de le mettre en route ? »

55

Discussion sur la rubéole, la toxoplasmose, les IST, l'acide folique. Prescription de Spéciafoldine® et d'un bilan biologique (avec les sérologies ad hoc).

Prescription de ce bilan sérologique faite manuellement, non transcrite dans l'ordinateur.

Cs 8 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Mère amenant son enfant d'environ 2 ans.
Motif : éruption cutanée.
- Eruption diffuse, localisées aux membres et au visage.
- 5 Tutoiement bilatéral, car la mère de l'enfant est la femme d'un cousin du Dr F.
Interrogatoire ciblé : prurit ? AEG ? Durée : 2 minutes.
- Examen physique
Déshabillage.
- 10 Eruption sur les fesses, les cuisses.
Poursuite de l'interrogatoire : troubles digestifs ?
« On a l'impression de deux choses différentes... »
« Réfléchissons... »
- 15 Vérification de l'absence de fièvre.
Palpation abdominale.
- Absence d'hypothèse diagnostique.
- 20 Purpura pétéchial au visage, en lunettes.
Absence de fièvre et d'AEG...
- Appel cabinet de dermatologie pour avis ou prise de rdv.
Pendant l'attente téléphonique, le Dr F. gère un peu sa boîte mail.
- 25 Obtention d'un rendez-vous pour l'AM même.
- Courrier rédigé sur l'ordinateur. Motif : éruption d'aspects différents. Durée.
Description : pétéchies, vésicules aux jambes. Ni AEG, ni fièvre.
- 30 « Je n'ai pas d'idée diagnostique. »
- Demande de fin de consultation : Flixotide®.
Demande de certificat d'enfant malade.

Cs 9 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Le Dr F. s'excuse de son retard.
Motif : contrôle d'un enfant qui a de la fièvre depuis 8 jours.
- 5 S'adresse directement à l'enfant et l'interroge sur ses signes.
« Et Madame Souris, comment va-t-elle ? » (Madame Souris étant le doudou de la petite fille)
- L'enfant répond un peu.
- 10 Passage rapide côté examen physique.
Poursuite de l'interrogatoire : évolution des signes ?
Déshabillage à deux de la petite. En culotte.
- 15 Vérification de la température : 36,9°C.
Examen buccal. Palpation abdominale. Otoscopie.
Enfant calme. Auscultation cardiaque.
- 20 Enfant réticente à ma présence, car elle n'a pas aimé sa précédente consultation, faite par le remplaçant du Dr F.
Le Dr F. négocie gentiment, car l'enfant commence à pleurer quand il faut l'examiner, inquiète que je vienne moi-même l'examiner, alors que je suis resté assis sur ma chaise, à côté du bureau à 2 mètres de distance.
Je propose de sortir pour apaiser la petite fille.
- 25 Finalement, le Dr F. négocie que je m'éloigne, en m'asseyant au bureau, sur le fauteuil du Dr F., un mètre plus loin. Ca passe. L'enfant se calme et se laisse examiner.
- A la fin, je me réinstalle à ma place, quand le Dr F. revient au bureau.
- 30 Retour au bureau
Remplissage du dossier médical informatique.
Prescription d'un bilan bio (EBV, MNI test, toxo).
- Le Dr F. « récupère » le téléphone.

Cs 10 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Motif : renouvellement d'ordonnance.
« Vous avez mes résultats ? » Non.
- 5 Le Dr F. appelle le laboratoire et récupère les résultats oralement.
Discussion sur le taux de plaquettes, sur son intolérance au glucose.
A perdu 5 kg.
- Le Dr F. rassure la patiente sur l'ensemble de la biologie.
- 10 Examen physique.
Discussion sur Mayotte et même temps que la pesée.
Retrait du pantalon. La patiente s'allonge.
Discussion sur Mayotte en même temps.
Recherche des pouls pédieux.
- 15 Q du Dr F. : port de BAV ?
Palpation des aires ganglionnaires, de l'abdomen.
Q : troubles digestifs ?
Discussion sur des ménorragies.
En même temps, auscultation cardiaque et FC (interruption de la discussion) et
- 20 reprise.
TA. Discussion sur des ménorragies.
Auscultation pulmonaire, patiente assise. Interruption de la discussion.
- 25 La patiente montre un nodule mammaire, que le Dr F. palpe.
- Retour au bureau
Poids stable selon les données du dossier médical informatique.
Remplissage du dossier médical de la consultation du jour.
Discussion sur la famille à Mayotte, en même temps.
- 30 Mise au point de l'ordonnance.
- Demande de BAV en coton (réaction allergique au latex).

Cs 11 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Femme de 60 ans environ.
Motif : renouvellement d'ordonnance.
Retraite récente.
- 5 Avait eu une sensation de mal-être, qui est actuellement résolue.
- J'ai une « douleur des reins », précisant qu'elle parle bien de l'organe lui-même.
Douleur lombaire en position allongée.
- 10 Petite perte de poids récente.
- Examen physique
Pesée.
Le Dr F. demande à la patiente de retirer son T-shirt.
- 15 Poursuite de l'interrogatoire : exercice physique ?
Palpation des jambes.
La patiente signale une douleur de la jambe gauche. La Dr F. palpe la face antérieure de la jambe gauche, au niveau du tibia. Elle conclut à une origine musculaire.
- 20 Auscultation cardiaque, FC. Silence.
TA.
Patiente restée en soutien-gorge et jupe.
Sage coopération de la patiente, qui se rassied.
- 25 Palpation des fosses lombaires : le Dr F. explique que ce n'est « pas une douleur rénale ».
Douleur retrouvée au niveau iliaque.
- Interprétation du patient de ses signes cliniques, corrigée par l'examen physique du médecin. Explications.
- 30 Retour au bureau
Dossier médical actualisé.
Discussion sur la famille pendant la rédaction de l'ordonnance et d'un bilan bio.

Cs 12 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Motif : renouvellement d'ordonnance.
« Ca va ? »
- 5 Passage rapide à l'examen physique.
Patient torse nu, enlève le pantalon.
Le Dr F. récupère le dernier bilan biologique pendant que le patient se déshabille.
« Je m'allonge là-dessus ? »
Palpation des aires ganglionnaires.
- 10 Poursuite de l'interrogatoire : essoufflement.
Recherche des pouls pédieux.
Q : douleurs thoraciques ?
Palpation des mollets.
Palpation abdominale.
- 15 Q : troubles digestifs ? diarrhée ? constipation ?
Auscultation cardiaque, FC. Silence. Auscultation des carotides. Silence.
TA. Silence. « 11/6. »
- 20 Le patient s'assied. Auscultation pulmonaire. Je remarque que le Dr F. a posé une main sur l'épaule du patient pendant cette auscultation.
Pesée.
Le patient se rhabille.
- 25 Retour au bureau.
Remplissage du dossier informatique.
Courrier pour consultation cardio, sur l'ordi. Contenu : motif, constantes, traitement stable, TA, FC réguliers, poids. Silence.
Edition de l'ordonnance. CV, chèque.
- 30 Le Dr F. lit ses mails pendant que le patient remplit son chèque.

Cs 13 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Le Dr F. s'excuse de son retard.
Motif : renouvellement d'ordonnance.
Q sur son suivi gynéco et ses douleurs abdominales.
« Je fais de la colopathie. », dit la patiente à mon intention.
- 5 Explications.
Q sur les différents symptômes.
- Examen physique
La patiente s'allonge.
- 10 Antécédent de polyarthrite.
Douleurs ?
Inspection des articulations des mains.
Palpations des aires ganglionnaires cervicales et axillaires.
Patiente habillée. Chemisier soulevé, pantalon ouvert pour la palpation
- 15 abdominale.
Discussion sur la Cordarone®.
Auscultation cardiaque et FC. Silence. TA.
Interrogatoire : flutter (antécédent connu traité) vs palpitations.
Auscultation pulmonaire. Silence.
- 20 Q : SFU ? Pas de signe d'infection, mais des fuites urinaires.
Interrogatoire : kiné de rééducation faite dans le passé, mais inefficace.
Pesée, mais la patiente ne veut pas savoir son poids, ne regarde pas. Le Dr F.
ne le lui dit pas.
- 25 La patiente s'est fait une liste de demandes, elle sort son petit papier.
- Le Dr F. utilise presque à chaque consultation un dossier papier, qu'elle
récupère dans le hall, juste avant de recevoir chaque patient. Le dossier papier
est classé dans des pochettes de chaque spécialité. Le Dr F. classe les
- 30 derniers courriers reçus dans le dossier pendant la consultation.
En effet, elle ne dispose pas de secrétaire sur place pour faire cette tâche.
- Remplissage du dossier informatique, qui ne contient que les consultations.
Aucun résultat d'examen complémentaire, ni aucun courrier.
- 35 Edition de l'ordonnance.

Cs 14 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Motif : « Je suis toujours aussi fatiguée. »
Patiente ayant été en mi-temps thérapeutique, actuellement à temps plein.
Q : moral ? Ok.
- 5 La patiente signale une « baisse de la vision ».
Q du Dr F. : signes intermittents ?
Interrogatoire peu développé. Recours rapide à l'ophtalmo : a-t-elle revu l'ophtalmo récemment ?
Patiente signale sensations de vertiges, en position assise, parfois.
- 10 Relecture de l'ordonnance, des bilans récents.
Le Dr F. prend le dossier papier.
- 15 Passage côté table d'examen
Pesée.
Q : appétit ?
Palpation des aires ganglionnaires cervicales et axillaires.
Palpation abdominale au travers du T-shirt.
Recherche d'adénopathies inguinales sous le pantalon.
- 20 Q : perte de poids ?

Négociations pour diminuer la venlafaxine. Hypothèse de la fatigue comme effet indésirable de ce traitement.
- 25 La patiente décrit des crises d'angoisse, avec douleurs cervicales majeures.
Interprétation rapide.
- 30 Auscultation cardiaque, FC au travers du débardeur.
Mesure de la TA. Silence.
Auscultation pulmonaire.
Explications de la nécessité première d'éliminer une cause somatique.
Puis évocation d'un soutien psychologique. Discussion sur la sophrologie.
- 35 Retour au bureau
Remplissage du dossier médical. Baisse de l'Effexor®.
Réalisation d'un courrier pour le cardiologue, incluant les notions d'asthénie, de gêne respiratoire à l'effort, de test d'effort.

Edition de l'ordonnance.

Cs 15 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 Bise au patient et tutoiement.
Le Dr F. s'excuse de son retard.
- 5 Le patient a consulté en homéopathie dans le cadre d'un sd ORL : « pas d'effet ».
Signale un pb de vertiges.
- 10 Discussion sur la phase post-opératoire (je comprends plus tard que le patient vient de se faire opérer des hémorroïdes, il y a 2 mois). Quelles modalités de reprise des activités ?
Signale une asthénie.
Bilan fait sur le traitement pris.
Discussion sur le transit et les laxatifs.
- 15 Autre pb : signale quelques suintement au niveau anal à la marche.
Egalement, démangeaisons anales.
- Le Dr F. préconise l'arrêt probable de la Titanoréine®.
- 20 Passage côté examen physique
Examen de l'anus, en décubitus latéral.
Utilisation d'une lampe, essuyage de la crème.
Examen de l'anus ok. Cicatrice ok.
Mais le suintement décrit vient du pli interfessier : découverte d'une mycose.
- 25 L'examen a redressé le diagnostic.
- La patient n'a pas présenté de réticence à l'examen anal.
- 30 Retour au bureau
Conseils hygiéno-diététiques. Remplissage du dossier médical informatique.
Edition de l'ordonnance.
- 35 Le patient reparle de ses vertiges en fin de consultation... Ca passe... Pas de réponse spécifique du Dr F.
Discussion sur la reprise des activités, du travail...
- Au revoir : bise.

Cs 16 - CRC - Consultation du Dr F. - 09.05.2011

- 1 S'excuse de son retard.
Le patiente signale : fièvre, avoir mal partout, mal à la gorge.
Episode récent de gastroentérite.
« J'ai 38,7°C. » « Pas terrible côté digestif. »
- 5 A mal à la tête.
Durée de l'interrogatoire : une minute.
- Passage à l'examen physique
Enlève le haut. Q : sommeil ? Effet du Doliprane® ?
- 10 Vérification de la température : 38,9°C.
Palpation des aires ganglionnaires.
Q : otalgie ? Appétit ?
Otoscopie en même temps, examen buccal.
- 15 Préparation du Strepta-test®. Silence.
- Q : toux ? Réponses faciles.
Moment de la fièvre ?
Bonne coopération du patient.
- 20 Interrogatoire ciblé.
- Strepta-test® en attente.
- Q : SFU ?
- 25 Palpation abdominale.
- Auscultation cardiaque, FC. Silence, calme.
Mesure de la TA.
- 30 Le patient semble très fatigué, se laisse faire.
- Auscultation pulmonaire, assise. Silence.
Recherche d'une raideur cervicale, en allongeant complètement la table d'examen.
- 35 Strepta-test® négatif.
- Mais le Dr F. vérifie les aires ganglionnaires.
Q : troubles digestifs ? « Quelques nausées. »
- 40 Le Dr F. est un peu embêtée. Me dit qu'elle me dira pourquoi elle va quand même prescrire un antibiotique.
- Réalisation d'un arrêt de travail.
Edition de l'ordonnance. CV.
- 45 Explications du traitement.
Après, le Dr F. justifie sa prescription d'antibiotique parce que ce patient est le fils d'une autre patiente vue plus tôt dans la matinée, dont le Strepta-test® était positif.

4. 3. Consultations du Dr M.

Cs 1 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011

- 1 Couple d'environ 65 ans.
Motif de consultation : renouvellement d'ordonnance.
« Par qui on commence ? »
Par la femme.
- 5 **Consultation de la femme**
Absence d'interrogatoire. Le Dr M. dirige immédiatement la patiente vers la salle d'examen.
« Pas de plainte particulière ? - Non. »
- 10 La patiente s'assied sur la table d'examen.
Prise de tension à gauche « 14/9 ».
Prise de tension à droite « 13,5/8,5 ».
Patiente non déshabillée, a gardé ses chaussures.
Le Dr M. demande d'ouvrir le chemisier. Auscultation cardiaque chemisier ouvert, main et stétho passés sous le T-shirt.
- 15 FC : « 60, c'est parfait. »
Palpation abdominale. Auscultation pulmonaire. « Pas de problème. »
Peu de questions.
Recherche d'OMI.
- 20 Contrôle tension à gauche : « pour voir si le 13,5 se confirme ». « 14/8 »
- Retour au bureau
Discussion sur les bêtabloquants.
La patiente : « J'en prends plus parce que, comme ça, je n'ai plus d'extrasystole. »
- 25 Explications sur le rôle des bêtabloquants : sur la TA et sur les ESA.
Décision d'augmenter ce traitement.
Discussion à trois sur ce traitement.
Le mari demande si l'on peut l'augmenter.
- 30 Discussion sur le traitement antalgique de la patiente. En même temps, le mari a complètement ouvert sa chemise, se préparant à être examiné.
- Le point est fait sur chaque médicament.
- 35 Informatique : « TA 14/8 augmentation bêtabloquant ».
Impression d'un bilan bio standard : « Le même que d'habitude, plus la protéinurie. »
- Consultation de l'homme**
- 40 Passage direct dans la salle d'examen. Patient torse nu.
« Pas de problème particulier ? »
Le patient s'allonge.
TA à gauche. En même temps, discussion sur le moment de la dernière consultation cardio. « 12/8, très bien. »
- 45 TA à droite. En même temps : « Et l'épaule ? - Ca va. » « 12,5/7,5, ok. »

Auscultation cardiaque. En même temps : « Corvée des petits-enfants, samedi ? »

FC : « 56. »

50 Palpation abdominale. Auscultation pulmonaire. Palpation des aires ganglionnaires cervicales, de la thyroïde. Recherche d'oedème des chevilles.
« Pas de pb. »

Retour au bureau

Informatique : « TA 12/8 ».

Discussion reprise sur la dernière consultation cardio.

55 Prescription d'un bilan bio standard, plus le PSA.

Impression ordonnance.

Paiement par CB.

Discussion sur les changements de trajet des lignes de bus (grève en cours).

Cs 2 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011

- 1 Homme d'environ 50 ans, d'origine indienne (Inde).
Motif de consultation : contrôle de la TA.
Interrogatoire : diminution des OMI à la suite de l'instauration du traitement par Lasilix®.
- 5 « On va voir ça. »
« A part ça, comment ça va ? » en passant dans la salle d'examen.
- Le patient enlève le haut, puis le bas, s'allonge.
On voit directement les OMI.
- 10 « Plus debout aujourd'hui ? »
TA à D : « 13/8,5 »
TA à G : « 14/8,5 »
Auscultation cardiaque. Question sur l'observance du Lasilix®. Silence.
FC : « 60. »
- 15 Palpation abdominale. Auscultation pulmonaire.
« On va pousser plus loin les investigations. »
- Retour au bureau
Informatique : « TA 13/8,5, les OMI diminuent mais persistent ».
- 20 Vérification de la biologie, du dernier CR d'angiologie datant de 2007.
Rdv pour un contrôle d'échodoppler à prendre chez le même angiologue.
Cs cardio envisagée.
« On va quand même faire le point. »
Peu de questions du patient, qui acquiesce.
- 25 Le Dr M. appelle en cardio pour avoir le rdv. Pendant ce temps, le patient se rhabille.
Renouvellement fait.
Douleur ancienne du dos évoquée par le patient. Réponse : « Le dos, c'est gestion, gestion, gestion. »
- 30 Courrier écrit manuellement pour le cardiologue, dont les éléments sont : faire le point sur l'état cardiovasculaire, OMI avec participation veineuse, TA élevée, majoration des OMI, furosémide prescrit avec amélioration partielle, absence d'insuffisance rénale. Biologie jointe.
- 35 Courrier écrit manuellement pour l'angiologue : faire le point sur la mauvaise circulation veineuse, TA élevée, OMI, absence d'insuffisance rénale. Question sur la « part des vaisseaux » dans ces OMI.
Impression ordonnance, CV, CB.
- 40 Le patient demande de l'Antadys® pour sa femme, et de l'Uridoz®, dans l'optique d'un prochain voyage prévu en Inde. Dr M. ok.

Cs 3 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011

- 1 Homme de 65 ans.
Motif de consultation : renouvellement d'ordonnance.
Reste debout, enlève directement le haut.
« Comment va Madame ? - Pas bien... »
- 5 Le Dr M. vérifie la biologie pendant le déshabillage : RAS.
Le patient a enlevé son pantalon, reste en polo.
- Salle d'examen.
Patient enlève le polo, s'allonge.
- 10 « Rien à signaler ? »
Le patient évoque ses grains de beauté. Le Dr M. vérifie rapidement le tégument, incomplètement. Temps nécessaire : 5 secondes.
TA à gauche : « 13/8. »
TA à droite. Discussion sur la famille du patient. TA à droite non annoncée car haute, selon le Dr M. suite à l'évocation des problèmes familiaux.
Auscultation cardiaque, FC. Discussion sur les enfants.
TA à droite reprise : « 14. »
Recherche d'OMI.
Auscultation pulmonaire, palpation des aires ganglionnaires.
- 20 Discussion sur le dépistage du cancer colorectal.
Toucher rectal fait « car c'est le moment » (je m'éloigne un temps).
« C'est fait. Bon pour le service. »
Le patient se rhabille.
- 25 Retour au bureau
Informatique : « TA 13/8 TR RAS vb et pb fille ».
Poursuite de la discussion sur sa fille.
- 30 Autre pb évoqué, une mycose unguéale, dont le Dr M. se souvient en relisant l'ordonnance de renouvellement, qui comprend un antimycosique. « Les pieds, c'est comment ? J'ai pas regardé. » A priori, bonne voie d'évolution selon le patient. Traitement en poursuivre selon le Dr M.
- 35 Impression de l'ordonnance.
Kit de dépistage pour le cancer colorectal donné avec explications détaillées.
- A ce moment, le Dr M. se rend compte qu'il a oublié de « récupérer le téléphone », qui était jusqu'alors sur répondeur. Fait une manipulation pour corriger cela.
- 40 CV, CB.
- Coup de fil 1 pour une prise de rdv : « Je ferai une ordonnance de dépannage pour faire la soudure. Quand est-ce que vous pouvez passer la prendre ? »
- 45 A noter qu'il n'y a pas de secrétariat pour les prises de rdv, mais uniquement pour scanner les courriers (comptes-rendus, biologie, etc.).
- 50 Le patient sorti, le Dr M. me signale que l'AM, le téléphone sonne moins. « Ce matin, c'était infernal. »
En en discutant plus tard, il signale environ 40 appels le matin.

Cs 4 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011

- 1 Femme d'environ 40 ans.
Motifs de consultation : faire le point sur son cholestérol et sur sa dernière mammographie. Elle arrive avec les résultats.
- 5 La patiente parle spontanément.
D'abord, le cholestérol. Signale qu'elle prend régulièrement chocolat et gâteaux. Pas de retour du Dr M.
Enchaîne avec le CR de la mammographie, que le Dr M. regarde. ACR 3 d'un côté et ACR 5 de l'autre. Le Dr M. découvre ces résultats, constate qu'une
- 10 biopsie est prévue prochainement.
- Une fois le pragmatique évoqué, une question ouverte : « Alors, comment va ? ».
- 15 La patiente s'exprime sur son appréhension de l'examen. Elle a de nombreux antécédents familiaux de cancer du sein (mère et 2 tantes). Peu de répondant du Dr M.
Le Dr M. regarde les clichés de la mammographie sur un petit négatoscope fixé au mur, à côté de son bureau. Regarde assez longuement.
- 20 La patiente demande si elle doit arrêter sa contraception par Cérazette®, car on lui a demandé d'arrêter si elle en prenait anticoagulant et aspirine. Dr M. semble hésiter, beaucoup, ne sait quelle réponse donner. Finalement, conseille d'arrêter ce traitement transitoirement.
- 25 Puis, se remet à regarder sur le négato les clichés de mammo, se rassied, regarde les photos d'échographie : « Je vais lui faire confiance. »
- Reprend le premier problème : cholestérol.
Evalue le risque CV : un facteur de risque, déduit limite voulue de LDL.
Explications sur les RHD et contrôle dans 3 mois. « Mais avec vos
- 30 antécédents, il faudra forcément mettre un traitement à un moment. Mais on n'est pas à deux mois près. Ce n'est pas le moment. » Evocation implicite de la difficulté actuelle du risque de diagnostic prochain de cancer du sein. Je comprends également qu'il y a eu dans le passé des difficultés importantes au travail, avec fort retentissement.
- 35
- Coup de fil 2 (durée 1 minute).
- 40 Demande si besoin d'un traitement pour le moral ou d'un arrêt de travail. La patient refuse, le travail semble « la tenir » pour l'instant. Elle déclare : « J'aurai bien le temps de m'arrêter plus tard. » Evoquant le cas où on lui confirmerait ce cancer.
- 45 Ordonnance pour contrôle du cholestérol.
Question ouverte : « A part ça ? - A part ça, tout va bien. » Réponse désabusée de la patiente.
Informatique : « doute sur néoplasie sein G rdv le 23 mai ».
CV. « On se donne trois mois. » Pas d'examen physique.
La patiente sortie, le Dr M. revient sur la question de l'arrêt du Cérazette®, comme gêné.

Cs 5 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011

- 1 Grand-mère (jeune) avec deux de ses petits-enfants.
Motif : vaccination des enfants.
- D'abord Roxanne, puis Rachel.
- 5 Roxanne : rappel VHB. Salle d'examen. « Pas de pb particulier ? »
S'assied sur la table d'examen. Vérification des oreilles (otoscopie). Pantalon baissé. Discussion sur la famille.
- 10 Coup de fil 3. Le Dr M. arrive juste trop tard, la personne a raccroché. Retour à la salle d'examen.
- Discussion sur l'inutilité des patches d'Emla®.
Vaccin fait, pansement, pleurs rapides de l'enfant.
- 15 Puis Rachel. On ne bouge pas de la salle d'examen. L'enfant s'installe sur la table. Vérification des oreilles. Deux vaccins faits (VHA et VHB).
- 20 Enfants de retour d'un séjour en Côte-d'Ivoire, aux moments des événements liés à la succession de Gbagbo au pouvoir par Ouattara. La famille a été confinée dans leur maison pendant les événements.
- Retour au bureau.
Notifications des vaccins faits sur les carnets de santé et les carnets de vaccination jaunes des enfants.
- 25 Informatique : « Engerix + lot » « Engerix + lot Havrix + lot »
Réalisation des ordonnances pour les vaccins, qui n'avaient pas été faites antérieurement.
- 30 Coup de fil 4 (durée 30 sec) : prise de rdv.
- FS faites.
Pas d'ouverture de la consultation vers dépistage.
Pas de question ouverte.
- 35 Réponse donnée au motif de la consultation.

Cs 6 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011

1 Jeune couple.

Consultation de la jeune femme

5 La jeune femme 17 ans, signale qu'elle a fait un test sanguin de grossesse, positif. Consultation de début de grossesse.

10 **Interrogatoire** : DDR ? cycles réguliers ? Déduit la DDG. Interprétation du taux de bêta-HCG en fonction du terme au moment de la prise de sang : ok.
Lieu d'accouchement ? Doit se signaler à l'hôpital pour organisation des rdv de fin de grossesse.

Prescription bilan standard de début de grossesse. Questions sur groupe sanguin (2ème déter à faire), transfusion, syphilis, VIH, rubéole, toxo.

15 La patiente signale un épisode de ménorragie, de faible abondance, datant de quelques jours, n'ayant pas récidivé.

Passage en salle d'examen.

20 Interro se poursuit : douleurs abdominales ?
JF s'allonge.
TA à gauche. Nausées ? Vomissements ? Seins tendus ? « 12/7. »
Auscultation cardiaque, auscultation abdominale, palpation abdominale.
Retrouve une petite douleur abdominale.

25 Retour bureau.
Déclare nécessité de faire une échographie précoce.
Informatique : DR DDG, « bêta-HCG + 12/8 dl FIG ».

30 Le Dr M. appelle pour rdv d'écho. Au téléphone, signale tout de suite que c'est « pour éliminer une GEU ».
Explications ensuite succinctes à la patiente, sans rentrer dans le détail : « ... pour être sûr que le bébé est bien dans l'utérus, et pas à côté. »

Coup de fil 5 (durée 20 sec) : prise de rdv.

35 Biologie. Question : groupe sanguin ?
Prescription de la biologie standard.
Prescription de l'écho obstétricale ; informations notifiées : « pour éliminer une GEU, petite douleur à G ».

40 La patiente demande alors un « certificat de rééducation » pour une autre patiente, « pour le radius et la cheville gauche ». Il s'agit d'une demande de soins de kiné pour rééducation de poignet et de cheville gauches, que le Dr M. fait.
CV, CB.

45 **Consultation du conjoint**

« J'ai des taches dans le dos. » Signale qu'il en avait déjà eu, qu'il avait été traité par Kétoderm®, et que cela avait été efficace, mais que cela revient.

- 50 Deuxième épisode.
- Salle d'examen : inspection rapide en soulevant le T-shirt : « Pityriasis versicolor. »
Diagnostic immédiat.
- 55 « A part ça ? » Question ouverte.
« J'ai les jambes lourdes. »
Première fois que la question ouverte débouche sur une plainte non exprimée jusqu'alors.
« Enlevez le pantalon. »
- 60 Lourdeur le soir. Recherche d'OMI (non), palpation des ganglions inguinaux, palpation musculaire, recherche des pouls poplités, inspection des genoux.
« C'est musculaire. »
- Retour bureau.
- 65 Création du dossier médical : nom, prénom, adresse, téléphone, date de naissance, profession, poids, taille (mesure de la taille car le patient ne la connaît pas), maladies, tabac, allergies.
Informatique : « pityriasis versicolor »
Prescription : Kétoderm®, Voltarène®.
- 70 Conseil de boire plus.
- Conseil pour arrêter le tabac. En profite pour demander à la JF si elle fume : oui. Cela n'avait pas été abordé plus tôt. Conseil pour se stimuler à arrêter tous les deux.
- 75 Patients sortis, le Dr M. vérifie la messagerie de son portable, qui avait sonné sans qu'il ne réponde. Message d'une infirmière pour question sur CAT suite INR élevé d'un patient. Le Dr M. la rappelle, donne sa CAT.

Cs 7 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011

- 1 Femme de 60 ans.
Motif : douleur du bras gauche avec des boutons sur la main gauche. Elle évoque directement un zona.
- 5 Inspection immédiate par le Dr M. au bureau.
« Ca brûle ? - Oui. - C'est un zona. »
- « On va passer à côté quand même. »
Début ?
- 10 Salle d'examen.
Mobilisation de l'épaule : ok. Pas un pb articulaire.
Palpation des masses musculaires à droite. Un point douloureux subscapulaire : « Ca riboule. » Explication du terme, car le Dr M. ne le connaît pas.
- 15 Evocation de la nécessité d'AINS.
Je comprends qu'il existe des douleurs chroniques du dos.
La patiente s'allonge.
TA à droite. Discussion sur l'ostéoporose. « 13/8. »
- 20 Evaluation des douleurs du dos.
Auscultation cardiaque, auscultation abdominale.
TA à gauche : « 14/8. »
- 25 Synthèse du traitement à suivre : antiviral contre le zona, AINS pour les douleurs musculaires, paracétamol.
- Réévaluation du traitement antalgique, car le paracétamol est connu insuffisant. Discussion dans la salle d'examen.
- 30 Coup de fil 6 : le Dr M. ne répond pas.
- (Discussion plus tard : estime qu'il n'a pas à répondre à tous les appels, pour se protéger du burn-out ; il estime qu'en cas d'urgence, il y a tous les moyens disponibles par ailleurs, le 15, les urgences proches... et qu'en l'absence d'urgence, les gens peuvent rappeler.)
- 35 Retour bureau.
Regarde le CR de la dernière consultation dermato.
La patiente demande une prescription anticipée avant un voyage prochain au Maroc. Arestal®.
- 40 Prescription d'antiviraux.
Vérification de la dernière ostéodensitométrie.
Informatique : « tassement vertébral ».
- 45 Prescription d'une nouvelle ostéodensitométrie : « ostéodensitométrie, bilan après tassement vertébral ».
- Explications de l'importance du traitement des douleurs zostériennes.
Lamaline®. CV, CB.
- Multiples demandes lors de cette consultation.

Cs 8 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011

- 1 Homme 44 ans.
Motif de consultation : « coincé ».
Aspect du patient ayant un torticolis, tête inclinée vers la droite, ayant du mal à la bouger.
- 5 Coup de fil 7 (durée 1 minute).
- Activités hier ?
Le patient décrit l'apparition progressive de la douleur sur l'ensemble de la journée.
- 10 Salle d'examen : palpation de l'épaule, mobilisation. Palpation des muscles trapèzes.
Explication de la nécessité d'un arrêt de travail.
- 15 S'allonge.
TA à gauche : « 12/8. »
Question sur la tolérance aux AINS.
Auscultation cardiaque, auscultation pulmonaire.
- 20 Toux ?
Palpation des masses musculaires dorsales.
- A priori, modification de l'idée initiale qui était celle d'une atteinte de l'épaule. L'examen physique conclut à une atteinte des trapèzes.
- 25 Retour bureau.
Synthèse de la prescription : AINS, décontractant musculaire, arrêt de travail, application de chaleur, paracétamol.
CB, CV.
- 30 Discussion rapide à la fin : le Dr M. avait-il une idée préconçue du diagnostic, comme moi en voyant le patient ? Oui, le Dr M. en convient, il a immédiatement eu une idée diagnostique en tête, avec le traitement adéquat.
- 35 Ici, l'examen physique a permis de préciser la localisation, mais le traitement effectué est bien celui qui avait été immédiatement évoqué.

Cs 9 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011

- 1 Femme 60 ans environ.
Motif : « J'ai un problème à un genou. »
- 5 Dr M. : « Et le fiston ? » immédiatement. Discussion sur les études du fils.
Interrogatoire : « ... je n'arrivais plus à me mettre à genoux... »
« Je le trouve enflé. »
Dr M. : « On va voir ça. »
- 10 Salle d'examen
Poursuite interrogatoire : antécédent d'accident, de pb à ce genou ?
Inspection, palpation : « il est froid » ; choc rotulien, palpation des ligaments latéraux, laxité retrouvée à l'abduction du genou, recherche de tiroir antéro-postérieur, mesure du périmètre du genou : 41 vs 38 cm de l'autre côté.
Conclusion : « AINS, radio et biologie. » (vérifier la CRP)
- 15 Question ouverte : « A part ça ? » Rien.
- 20 Retour bureau
Recherche du dernier bilan bio (syndrome inflammatoire).
Vérification dernière mammographie.
Prescription d'Al.
Vérification du CRO d'une ménisectomie réalisée dans le passé sur l'autre genou, côté droit.
- 25 La patiente signale dans la foulée, se rappelant ce qu'elle avait vécu pour le côté droit, qu'elle a vu son genou gauche (actuellement oedématié) se bloquer à un moment.
Le Dr M. évoque un possible problème de ménisque de ce côté.
- 30 Informatique : « genou G oedémateux dl interligne ext + 3 cm / autre »
Prescription d'une ordonnance pour une radiographie : ordonnance type (pas d'élément de l'examen clinique notifié).
Traitement par Nabucox®, Voltarène®, Doliprane®. Arrêt de travail.
- 35 La patiente demande une prescription de Dafalgan codéiné® pour son mari : ok.
- 40 Discussion sur son insuffisance veineuse. Vérification du dernier échodoppler.
Courrier fait manuellement pour l'angiologue : contrôle de l'insuffisance veineuse dans le cadre de nouvelles douleurs.
CV, chèque.
- « On se revoit avec les résultats. »

Cs 10 - CRC - Consultation du Dr M. - 12.05.2011

- 1 Mère avec sa fille, d'environ 7 ans.
La mère apporte le courrier d'un podologue, qui a été consulté parce que la fille avait du mal à courir.
Le Dr M. jette un oeil sur le courrier : « pieds valgus ».
- 5 Passage direct vers la salle d'examen.
La mère poursuit : « Il me fallait une ordonnance. » (sous entendu, pour la réalisation de semelles orthopédiques)
Enfant assise sur la table d'examen, pieds nus.
- 10 Le Dr M. inspecte et palpe ses pieds. « C'est pas un pied plat. »
« A part ça ? »
La petite fille répond peu, réponse donnée par la mère.
- 15 Retour bureau
Quelques conseils et informations sur l'évolution donnés.
Prescription : « semelles orthopédiques pour pieds valgus, voute de recueil et coin postéro int » (selon le CR du podologue).
- 20 Profite pour relancer la mère sur son propre bilan biologique, qui a été prescrit, mais qu'elle n'a pas encore fait.
CV, chèque.
- 25 Le Dr M. scanne le CR du podologue pour l'ajouter au dossier médical informatique.
- 30 Quel a été l'intérêt de l'examen physique ?
Quelles sont les compétences du médecin généraliste par rapport au podologue, pour ce type de problème ?
Nécessité de passer par le médecin généraliste pour obtenir la prescription de semelles : est-ce justifié ?

4. 4. Consultations du Dr P.

Cs 1 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 « Quoi de neuf ? »
Motif : renouvellement d'ordonnance.
« Rien de nouveau ? Dos ménagé ? Travaux ? Port de ceinture ? - Non. »
Après 30 secondes, passage salle d'examen.
- 5 « Douleur poitrine ? Essoufflement ? »
Le patient : « Moral en baisse. » Discussion sur l'âge du patient, qui vient d'avoir 70 ans, et pour qui ça semble être un cap.
« J'écoute le coeur. » Le silence s'installe.
- 10 Auscultation cardiaque, des carotides.
« Le transit ? - Ca va. »
Palpation des pouls périphériques à travers les chaussettes.
- 15 Le patient aborde le sujet de sa maladie de La Peyronie : « J'ai une douleur au bout. » En même temps, le Dr P. mesure la FC : « 88. »
Le patient sent moins l'envie d'uriner.
Le Dr P. interroge pour explorer les signes fonctionnels urinaires : entretien assez ouvert, rapide.
- 20 Prise de TA : « 14/7. »

« Quand est-ce qu'on a vérifié la prostate ? » Le Dr P. vérifie sur ordinateur le dernier contrôle clinique, pendant que le patient attend dans la salle d'examen.
Il ne trouve pas : réalisation du TR car SFU.
- 25 Pas de TR depuis au moins un an selon le patient.
TR en DD, « genoux pliés, les poings sous les fesses ».
Le Dr P. décrit tout haut au patient ce qu'il trouve : « Sillon médian ok, lobe droit sans nodule, lobe gauche sans nodule, un peu plus gros. »
Explication : SFU liés à l'augmentation de taille de la prostate.
- 30 Le patient s'assoit. Auscultation pulmonaire. « Impec. »
Palpation thyroïde : « Nickel. »
Pesée. Le patient : « Ca fait le yoyo. »
Contrôle du poids sur l'ordinateur : 86 kg la dernière fois.
- 35 Retour au bureau.
CRC : le Dr P. dit tout haut ce qu'il écrit dans le logiciel, en même temps qu'il l'écrit. « Pas de doléance, La Peyronie stable, examen général ok. » Le TR est noté précisément. TA, poids.
- 40 Vérification de l'ordonnance habituelle.
Vérification dernier bilan dont PSA (récent). Programmation de la prochaine bio fin décembre 2011.
Impression ordonnance. Discussion sur l'agneau (gastronomie), sur Hervé (?).
- 45 Fin de consultation : demande de Voltarène® gel pour sa femme qui a des

douleurs de poignet, de somnifères, et de chaussettes de contention. Dr P. ok : prescription de Voltarène®, de Donormyl® et des chaussettes de contention. « Voilà, M'sieur. »

50 Règlement.

Cs 2 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 Homme de 65 ans.
« Moi qu'arrive de vacances... On a bien vécu... »
Vérification de la dernière bio : ok.
Dr P. : « Quoi de neuf ? »
- 5 Le patient demande son renouvellement d'ordonnance et un somnifère pour sa femme.
- Passage salle examen
La patient se déshabille.
- 10 « Vous continuez toujours le vélo ? » Discussion.
« Allongez-vous. »
Auscultation cardiaque sous le T-shirt. Auscultation carotides et abdo. Silence.
Recherche des pouls périphériques à travers les chaussettes.
« Pas de douleur dans les mollets à la marche ? »
- 15 Recherche des pouls inguinaux.
Mesure FC : « 80, régulière, c'est bien. »
- Le patient : « J'ai eu affaire à un boucher. » Il montre son avant-bras gauche, où il a eu une prise de sang récente, et où s'est constitué un hématome.
- 20 Pendant que le Dr P. prend la TA : « 14,5/7, c'est bien. »
« Asseyez-vous sur le bord de la table et vous respirez par la bouche. »
Auscultation pulmonaire. Palpation thyroïde, ADP cervicales, pesée.
- Retour bureau
- 25 Vérification de l'ordonnance habituelle.
Ordinateur : n'a pas les résultats de la dernière bio.
Le patient : « Alors au mois d'août, vous partez en vacances ? »
Le Dr P. est embêté car n'a pas la dernière bio : « Je vous fais confiance. »
- 30 CRC, disant tout haut ce qu'il écrit : « Pas de doléance, bon état général, auscultation cardiopulmonaire ok. » TA, FC, poids. Il note : « Bio faite non reçue. »
Impression ordonnance. CV.
- 35 « Vous ne faites pas de vélo en club ? » Discussion vélo.
Réalisation ordonnance pour sa femme : Stilnox® pour un mois.
Le Dr P. : « Ca, c'est pénible la réglementation. » Evoquant limitation des hypnotiques à une prescription d'un mois. Mais enchaîne avec modération de cela : « Ca a permis de diminuer la posologie pour certaines personnes, mais c'est contraignant. »
- 40

Cs 3 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 « Alors ? »
« C'est plutôt pour un contrôle et pour un renouvellement. »
« Rien à signaler ? »
Le patient signale un problème de pied.
- 5 Discussion golf. Le Dr P. : essoufflement lors golf ? baisse des efforts ?
- Salle examen
Déshabillage. Discussion golf.
Le patient montre son pied gauche. « Ca vous fait pas mal la nuit ? »
- 10 Inspection, palpation.
« J'ai l'impression qu'il frotte tout le temps. »
Dr P. signale une toute petite mycose et signale qu'il prescrira Lamisil®.
Pas d'inflammation locale.
- 15 Le patient se met en DD. Auscultation cardio, carotides. Silence. Auscultation souffle abdo. Palpation pouls périph inguinaux, tibiaux post et pédiés. Le patient a enlevé ses chaussettes.
Le patient : « Souvent, j'ai des crampes... - Hmm. »
Le Dr P. comptait la FC : « 56. »
- 20 Réponse en décalage : « Vous vous hydratez suffisamment dans la journée ? »
Explication du phénomène de crampes et solutions.
TA : « 14/8, c'est bien. »
« Quand vous êtes sur le terrain de golf, vous buvez ? » Réponse : en fait non.
Palpation hépatique, ADP cervicales.
- 25 Patient s'assoit. Auscultation pulmonaire, palpation thyroïde : « Avalez. Impec. Pas de goitre perçu. » Recherche ADP sus-claviculaires. Pesée : « 81 avec le pantalon. Rhabillez-vous. »
- 30 Retour bureau
Vérification dernière bio.
Programmation d'un doppler carotidien car c'était notifié pour le Dr P. sur l'ordi.
Le Dr P. évoque programmation cs cardio mais finalement récente.
Il notifie à sa secrétaire par MSN de prendre pour le patient un rdv d'échodoppler carotides.
- 35
- CRC : « Renouvellement + pied d'athlète. Bon état général, auscultation cardiopulm RAS, pouls périphériques ok, pas d'insuffisance cardiaque. » FC, TA, poids.
- 40 Renouvellement fait : « Forlax®, vous en utilisez toujours ? »
Retrouve dans l'ordinateur un CR de consultation d'angiologie : comprend la notification.
Relit quelques courriers de cardio et confirme l'arrêt du Plavix®.
Impression ordonnance habituelle, et Lamisil® à part.
- 45 CV, CB.

Cs 4 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 « Comment va ? Le dos, ça donne quoi ? »
Femme de 70 ans, arrivant avec des radios (bassin, rachis).
Le Dr P. utilise MSN pour sa secrétaire.
Persistence de sciatalgies. La patiente : « Et j'ai une jambe toute gonflée. »
- 5 Le Dr P. regarde les radiographies qu'il a sorties de leur pochette, en les projetant sur la lumière de la fenêtre. Il décrit tout haut ce qu'il voit.
- Salle d'examen
- 10 Le Dr P. évalue la douleur par échelle numérique : « Entre 0 et 10... » La patiente met du temps à donner un chiffre, le Dr P. doit expliquer 3 fois le truc.
« Pas de pb pour uriner ? Douleur à la toux ? En urinant ? A l'exonération ? »
Patiente d'allonge en DD.
Recherche douleur des mollets, ballotement ok. Pouls tibiaux post et pédieux.
Recherche d'un signe de Homans, des pouls poplités et inguinaux.
- 15 « Depuis quand ? »
Mesure des périmètres des mollets: un cm de différence.
Recherche godet : non.
Recherche Lasègue : oui à 60°.
Examen hanche ok.
- 20 Palpation rachis lombaire en DD.
Explication sur évolution d'une sciatalgie et conseils.
- Auscultation coeur, carotides. « Levez la tête. » FC : « 84. »
Mesure TA. « Vous dormez mieux là maintenant ? - Oui. - Ok. 15/7. Un petit peu plus que d'habitude. »
- 25 Auscultation pulmonaire, rech ADP cervicales, palpation thyroïde.
Palpation des points de Valleix, mobilisation du rachis en flexion, extension, rotations, Schöber à 3 cm. Pesée : « 75, ça marche, allez, rhabillez-vous. »
- 30 Retour bureau
Vérification bio.
« Au niveau antalgique, on en est où ? »
Douleur modérée : reprise antalgique palier 1.
- 35 « Y'a ma tête qui va pas bien en plus avec. »
- CRC : « Douleur jambe droite, pas de phlébite. » TA, FC, poids.
Antalgique : Dafalgan®.
Conseil hydratation. Réévaluation ttt.
- 40 Demande de Zomig®. Dr P. demande la fréquence des crises (seulement).
La patiente devra signaler si augmentation de la fréquence des crises pour CAT.
Impression ordonnance, CV, chèque.
- 45 Patiente demande CAT pour dépistage cancer côlon. Le Dr P. lui remet une fiche d'exclusion qu'il remplit car la patiente est suivie de toute façon.
Préparation du dépistage pour le mari.

Cs 5 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 « Alors, comment va ? - Moyen, j'ai pas repris le boulot. »
Patient de 50 ans. Demande de remplir dossier MDPH.
Recherche ATCD sur ordinateur.
Demande au patient de rapporter des courriers sur son accident, car tout n'est
- 5 pas dans l'ordi. Le Dr P. remplira le dossier plus tard.
Suite AT, demande de certif d'inaptitude à son poste. Le patient explique qu'il a eu une cs antérieure avec le médecin du travail.
Le Dr P. est ok pour certificat descriptif de son état de santé, mais renvoie le patient vers médecin du travail pour inaptitude au poste.
- 10 Le patient parle beaucoup, décrit ses tâches au travail et les douleurs associées : douleur de hanche, paralysie poplitée externe.

Pas de passage en salle d'examen, pas d'examen physique.
- 15 Plus tard dans la journée, le Dr P. me dit qu'il a mis beaucoup de temps à se permettre de ne pas examiner chaque patient en consultation.

Réalisation certif décrivant douleurs et troubles neurologiques.
CV.
- 20 Demande de prescription de pilule « pour Hélène ». Suivi par un autre médecin. Le Dr P. vérifie qu'il y a un suivi : « Elle la voit régulièrement ? »

Cs 6 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

1 Arrivée d'un couple pour RO. Environ 65 ans.

Cs femme

Vérification bio. Pas de plainte spécifique.

5 Passage quasi immédiat vers salle d'examen.
Pendant que la patiente se déshabille, coup de fil.

Coup de fil long : environ 5 à 7 minutes.

10 Le Dr P. parle d'un patient avec un autre médecin : oedème... orthopnée...
insuffisance cardiaque...

Les patients attendent silencieusement.

15 Patiente en soutien-gorge. Ausc cardiaque, carotides (le Dr P. change le
pavillon de son stétho). Ausc abdo, pouls distaux (dont inguinaux à travers le
pantalon), FC : « 76 de pulsation régulière. »

« Pas de douleur dans la poitrine quand vous marchez ? - Non. »

TA : « 14/7. »

20 La patiente montre ses pieds. Dr P. : « Petits durillons. » Observation des
sillons interdigitaux, petite mycose entre les orteils.

Palpation abdo, recherche ADP sus-claviculaires.

Patiente s'assoit. Auscultation pulmonaire : « Respirez bien par la bouche. »

Recherche ADP cervicales, thyroïde, pesée : « 52 kg, c'est bon. »

25

Retour bureau

Patiente demande nécessité de poursuite de son Lévothyrox®. Explications.

30 CRC : FC, TA, poids. « Bon état général, durillons de la plante des pieds +
mycose interdigitale, auscultation cardiopulm RAS, pouls distaux +, pas
d'insuffisance cardiaque, aires ggr libres, pas de goitre perçu. »

Edition ordo. Prescription bio.

Vérification dernière cs cardio (courrier). Note en post-it : « Rdv cardio fin
2011. »

35

Q ophtalmo : ok.

Prescription podologue : « Soins de pédicure en rapport avec un DNID. »

Par ailleurs : « Bilan podologique avec réalisation de semelles si besoin. »

Demande de certif de sport (gym). Formulaire prêt : ok.

CV.

40

Patiente donne carnet de santé pour suivi : le Dr P. note la cs dedans.

Cs homme

Vérification biologique. Augmentation récente PSA.

45 Interrogatoire uro : nycturie, fuites (oui), impériosités (oui), dysurie (non),
pollakiurie (oui). Interrogatoire ciblé, fermé.

Salle examen

« Venez vous allonger. » Patient en DD.

- 50 Auscultation cardio, carotides (changement pavillon), auscultation souffle abdo.
Pouls inguinaux.
« Douleurs mictionnelles ? - Non. »
Pouls tibiaux post et pédieux : « Je les ai tous les 4. »
- 55 FC : « 72 de pulsation régulière. »
TA : « 11/6, ça va. Pas de vertige de temps en temps, quand vous vous relevez ? »
Signale une fatigue, mais stable.
TR (DD, genoux pliés, poings sous les fesses) : « Douleur ? Sillon ok, lobe droit souple sans nodule, lobe gauche souple sans nodule. »
- 60 Explication : augmentation de volume. Examen rassurant : surveillance des PSA dans 6 mois puis éventuelle cs uro en fonction.
- 65 « Asseyez-vous sur le bord de la table. » Auscultation pulmonaire, recherche ADP, thyroïde, pesée.
- 70 Retour bureau
« J'ai tendance à être anxieux, un peu nerveux quelquefois. » Discussion sur l'organisation par le couple d'une grande fête de famille, qui a tendance à être anxiogène.
CRC : constantes, TR détaillé.
Demande si nécessité de cs ORL pour son suivi : oui.
Prescription PSA pour dans 6 mois. RO. Explication cs uro selon bio dans 6 mois.

Cs 7 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 Femme 80 ans.
Vérification bio : HbA1c à 7,2 %. Explications.
- 5 Passage direct salle d'examen
S'allonge. « Pas de douleur ? » La patiente signale des douleurs d'estomac.
Troubles du transit ? Selles modifiées ? Rectorragies ? Méléna ?
Palpation abdo en même temps. Rapidité à manger. Explications pour ralentir.
- 10 Auscultation cardiaque, carotides. La patiente a enlevé son chemisier.
Recherche pouls tibiaux post, pédieux à travers les BAV.
« Douleur à la marche ? Douleurs des mollets ? - Non. »
FC : « 64 de pulsation régulière. »
TA : « 14,5/7, c'est bien. Asseyez-vous. » Auscultation pulmonaire, recherche
ADP cervicales, thyroïde, pesée : « 77. »
- 15 Retour bureau
Vérification ordi du dernier poids : « La dernière fois, 79. »
Appétit ?
CRC : « Va bien, pas de doléance, attention alimentation : bien mâcher, bon
état général, auscultation cardiopulmonaire RAS, pouls distaux ok, pas
d'artérite, aires ggr libres, pas de goitre. » FC, TA, poids.
- 20 RO.
Demande de collant de contention : ajouté, impression ordo.
- 25 Prescription bio.
Vérification dernière cs cardio dans l'ordi. Ophtalmo : « J'ai pas souvent de
compte-rendu de leur part... »
CV, chèque.

Cs 8 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 Femme 60 ans.
Arrive avec ses dernières analyses.
Motif : « Je viens parce que la glycémie n'est pas bonne. » La patiente a fait des hypoglycémies.
- 5 Longue discussion sur les glycémies, étude du carnet des glycémies.
Modification de la posologie de Novonorm®.
- Salle examen
Patiente suivie par le réseau diabète.
- 10 S'allonge. Mesure de la TA : « 12/5. » Mesure de la FC.
Patiente habillée sauf chaussures.
Recherche des pouls pédieux et tibiaux postérieurs : présents.
Pesée : « 69. Ca a baissé un peu. »
- 15 Retour bureau
La patiente signale des douleurs du dos et des hanches : « Une douleur dans tout le côté droit... Le paracétamol, ça fait rien du tout. »
Vérification de la consommation de paracétamol : ok, donc Ixprim®.
Vérification dernière bio.
- 20 CRC : « Doliprane® insuffisant, remplacé par Ixprim®. »
CV, chèque, discussion à propos de sa fille (névralgie du trijumeau).

Cs 9 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 Homme 70 ans.
« Vous avez dû avoir les résultats d'analyses. »
Le Dr P. donne les résultats bio. Utilise ordi pour vérifier le dernier CR de TR : prostate un peu augmentée de volume.
- 5 Evaluation efficacité Omix®. Proposition d'association à un autre médicament.
- Le patient sort des bilans, faits devant une bicytopenie. Le Dr P. les regarde en les analysant à voix haute.
RT : ok, un nodule aspécifique.
- 10 Echo abdo : ok, une lithiase, élévation du volume de la prostate.
- Salle examen.
Patient allongé. Auscultation cardiaque, carotides, abdominale. Pouls tibiaux, pédieux. FC : « 60 de pulsation régulière. »
- 15 TA : « 14/7. » Palpation abdominale : « Transit normal ? »
Palpation aires ganglionnaires (cervicales, axillaires).
Auscultation pulmonaire : « Ok. »
Palpation ADP cervicales plus attentive que pour les autres patients. Thyroïde, pesée.
- 20 Retour bureau
Regarde le poids d'avant dans l'ordi.
Q : hydratation par le patient ? Discussion sur consommation de thé et irritation de la vessie.
- 25 Contrôle clinique des ongles : demande par Dr P. au moment de la prescription de renouvellement de Locéryl®.
CRC : « Ausc cardiopulm RAS, pouls ok, gg ok. »
Conseil pour fenêtre d'arrêt de l'Omix® pour évaluer son efficacité, un mois avant prochain RO.

Cs 10 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 Homme 55 ans.
« Alors ? - J'ai des soucis. - C'est des soucis avec par rapport à la prise de sang ? - Oui. »
Discussion bilan hépatique et écho abdo.
- 5 Bio d'exploration d'anomalie faite : VHA VHC (négatifs) et VHB (pas d'immunisation).
Elévation ferritine à 3 LSN.
Patient raconte Maroc et arthralgie prise pour goutte. Cs là-bas : colchicine.
Echec. Puis bateau au Portugal : nouvelle crise. Cs là-bas : idem et AINS et IPP : ok.
- 10 Depuis quand même, persistance de la douleur : s'est remis à la colchicine, mais troubles digestifs.
- 15 Coup de téléphone n°2 : longue discussion sur un patient, Environ 3 minutes.
Enchaînement par le patient dès fin de l'appel : a arrêté allopurinol.
Explications par le Dr P. Le patient continue de parler.
- 20 Le midi, on reprend cette consultation avec le Dr P. qui signale que le coup de fil était lié à une patiente en fin de vie, dans une situation grave. Et que le Dr P. a été perturbé par ce coup de fil pour continuer la consultation. Je m'étais rendu compte qu'il laissait inhabituellement le patient continuer à parler longuement, entrer dans le détail de tous ses symptômes... alors que le Dr P. ne répondait plus que par monosyllabes ou presque pendant quelques minutes. En fait, il s'était mis à relativiser l'importance du motif de plainte de son patient, par comparaison avec la situation clinique de la patiente en fin de vie. Le Dr P. signale que les patients ne se rendent pas compte du fait qu'ils ne sont pas les seuls au monde. Le Dr P. est toujours sensé avoir immédiatement en tête les derniers résultats des examens prescrits. Souvent, le patient se croit au centre de tout.
- 25
- 30 Salle d'examen
Poursuite de la discussion, interrogatoire en bougeant.
Recherche d'inflammation de cheville : un peu d'œdème. Trauma ? Radio ?
Non. Mobilisation cheville : ok.
- 35 Recherche gg inguinaux à travers le pantalon + pouls.
TA : « 14/8. » Pesée.
Régime alimentaire : conseils. « Pas d'alcool pendant un mois. »
- 40 Retour bureau
Coup de fil n°3, vite interrompu : « Deux coups de fil en une consultation, c'est trop. »
Conversation avec le patient continue.
Prescription.
Demande de prescription pour vaccin VHB : à programmer.
- 45 Montre CR cs d'autres médecins (exploration anomalie du bilan hépatique) : élévation ferritine = poids, alcool.
Utilisation ordi pour courriers récents.
Prescription Célébrex®, pantoprazole, Engerix B20®.
Prescription radio cheville en une ligne : pas de courrier, juste la prescription.

Cs 11 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 Femme 65 ans pour RO.
Coup de fil n°4 : 30 sec.
- « Alors ? »
- 5 Ordi : vérification dernière bio.
Signale avoir eu une cs ORL : SADAM. « Vous grincez des dents ? »
- Salle examen
Patiente se déshabille, enlève chaussures.
- 10 Examen silencieux.
Auscultation cardiaque, carotidienne, abdominale. Pouls inguinaux, tibiaux post, pédieux à travers les chaussettes. « Impeccable. »
FC : « 72. »
TA. « Des fois, il s'emballe. - C'est fréquent ? 14/7. »
- 15 Palpation abdominale : « Transit, pas de souci ? »
« La dernière mammo date de quand ? »
- Patiente s'assoit. Auscultation pulmonaire, recherche ADP cervicales, thyroïde, poids.
- 20 Retour bureau
Vérification du poids d'avant. Vérification bio.
« Y'a des fois, j'ai des petits étourdissements... Après, ça passe. » Le Dr P. évoque un problème de TA.
- 25 Problème des palpitations repris : qq épisodes.
La patiente demande de la Diprosone® car a de l'eczéma. Demande aciclovir.
RO.
Demande certificat pour la gym. Sera fait plus tard sans consult.

Cs 12 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 Mère avec son enfant, garçon d'un an.
Signale rhume, encombrement, bruits respiratoires anormaux.
Q : toux (oui), alimentation (ok), température (non), carnet de santé ?
Enfant habituellement suivi par pédiatre.
- 5 Signale irritation fesses, l'enfant se gratte une oreille un peu.
« Vous allez le mettre en couche. »
- Salle examen
- 10 Coup de fil n°5 : deux minutes, conseil pour une patiente en fin de vie, hypotherme.
- La maman déshabille le petit.
Le Dr P. se présente à l'enfant, lui parle, ne s'approche pas trop vite, le regarde.
- 15 Prise température : 36,9°C.
Recherche éruption : « Pas de purpura. »
Vérification bourses et méat urinaire (phimosis).
Attend un peu avant auscultation, le Dr P. présente le stéthoscope à l'enfant.
Utilise une voix bizarre de personnage de cartoon pour attirer son attention.
- 20 Auscultation cardiaque, palpation abdo : quelques pleurs...
« On regarde les oreilles ? » Otoscopie : pleurs jusqu'à la fin de la consultation.
Examen gorge facilité car l'enfant pleure.
Enfant est assis. Auscultation pulmonaire.
Poids en mettant en marche une boîte à musique... inefficace pour calmer l'enfant.
- 25
- Retour bureau
- 30 CRC : « Début de laryngite sans signe d'infection. » DRP, surveillance.
« Apyrétique, auscultation pulmonaire RAS, pas de syndrome méningé, pas d'éruption, tympans RAS, jetage postérieur propre. »
- Explications à la mère pour la surveillance.
« Ce matin, il était toujours souriant ? »
- 35 Prescription.
CV, CB.

Cs 13 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 « Qu'est-ce qui vous amène ? »
Rhume depuis 10 jours, évoluant vers bronchite. Ronflements, expectorations.
Q : durée expectorations ? 4-5 jours.
- 5 Salle d'examen
Assis pour auscultation pulmonaire première, attentive : postérieure et antérieure. « Toussez. »
Palpation ADP cervicales, thyroïde : « Avalez. »
S'allonge, mesure température.
- 10 Auscultation cardiaque, abdominale.
Dr P. explique le traitement par Innovair® et la CAT dans les prochains jours.
FC (silence) : « 64. » Explication toux.
TA. Patient : « La nuit, ça prend, c'est une toux nerveuse. » Dr P. : « 13/7. »
Examen gorge (bâton, lampe). Pesée.
- 15 Retour bureau
CRC : « Rhino depuis une semaine, toux depuis qq jours, toux irritative de décubitus, pas de dyspnée, pas de fièvre, pas d'altération de l'état général, auscultation pulmonaire : qq sibilants en fin d'expiration, pas de foyer audible, aires ganglionnaires libres. » FC, TA, poids. « Action : ttt par Innovair® + Solupred® et amoxicilline selon évolution. »
Explication traitement.
- 20

Cs 14 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 « Alors ? »
« Transpirations excessives. C'est de pire en pire ! Et puis les pieds ! »
Patient atteinte d'une SEP évolutive, mais présentant depuis qq temps sudation et perte de poids. Explorations multiples réalisées : pas d'étiologie
- 5 trouvée à ce jour.
Rdv pour consultation en médecine interne prochainement.
- Salle examen
Le Dr P. observe une diminution des oedèmes des pieds.
- 10 Recherche pouls inguinaux.
« Prenez votre température la nuit. »
Auscultation cardiaque.
- 15 « J'ai pris rdv dermato, j'ai plein de croûtes. » Nouveauté pour le Dr P.
Observation avant-bras et jambes.
Pas de déshabillage.
« Et ça, c'est nouveau ? - C'est apparu récemment. »
TA : « 13/8. »
« L'appétit est comment ? - Normal. »
- 20 Recherche d'ADP axillaires, cervicales.
- La patiente s'assoit. « J'ai repris 2-3 kg. - Respirez bien par la bouche. »
Auscultation pulmonaire, thyroïde, pesée : « 39, comme la dernière fois. »
- 25 Retour bureau
Réévaluation de chaque médicament : « Vous les tolérez bien a priori. »
Impression ordonnance.
Demande si nécessité rdv Dr C. (gynéco).
- 30 CRC : « Etat stationnaire avec amélioration sensible des oedèmes sur les pieds, toujours sensibles. Auscultation cardiopulmonaire RAS. Renouvellement Tanakan®. Attente rdv Dr P. CHU. »
- La patiente : « La situation n'est toujours pas claire avec ma fille ; elle a fait trois séjours aux urgences. » Discussion sur sa fille.

Cs 15 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 « Alors, comment va ? »
Lecture des résultats d'une MAPA faite par le patient (scannée sur ordi).
« Comment vous sentez-vous ? »
Le patient signale un problème oculaire, pour lequel il a été opéré des 2 côtés.
- 5 En fait, chirurgie de cataracte bilatérale, mais d'un côté, survenue d'une cataracte secondaire. Patient reconvoqué pour CAT.
Ordi pour lecture des CRO ophtalmo.
« Allez, venez à côté. »
Vérification dernière prise de sang.
- 10 Salle examen
Patient enlève le haut spontanément. S'allonge en DD.
« Il y a 15 jours, je me suis déplacé deux vertèbres lombaires. »
Auscultation cardiaque, carotidienne : « Pas de souffle. »
- 15 Palpation des pouls inguinaux à travers le pantalon, pouls pédieux à travers chaussettes.
Palpation abdominale, recherche d'hépatomégalie et de splénomégalie, recherche d'adénopathies sus-claviculaires.
En même temps, discussion sur son activité (vélo), pendant la mesure de la
- 20 FC : « 60. »
TA : « 15/8. Y'a l'effet blouse blanche. » Poursuite de la discussion.
Céphalées ? Vertiges ? Sifflements d'oreille ? Non, selon le patient.
« Asseyez-vous. » Auscultation pulmonaire : « Impeccable. »
Palpation ADP cervicales, thyroïde, pesée.
- 25 Retour bureau
CRC : « Pas de doléance, TA LSN au cabinet mais normale en MAPA au domicile, bon état général, auscultation cardiopulmonaire RAS, pouls périphériques ok, aires ganglionnaires libres, pas d'hépatosplénomégalie. »
- 30 FC, TA, poids. « Pas de modification de traitement. »
Vérification CR consultation cardio récente. Idem pour consultation urologique.
Vérification dernier PSA.
- Renouvellement fait.

Cs 16 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 Femme 70 ans.
Vient avec des radios d'épaule.
Dr P. récupère la situation clinique sur l'ordi, relit CR des cs antérieures.
Regarde les radios.
- 5 « Comment allez-vous ? » La patiente a toujours mal. Proposition de soins de kiné.
La patiente : « Par contre, j'ai mal à un genou. »
Q : douleur permanente ? pas la nuit ? à l'appui ? à l'effort ?
« On va regarder ça. »
- 10 Salle d'examen
Q : où est la douleur ? Partie interne genou. Oedème ?
Dr P. inspecte, palpe, recherche d'une inflammation au toucher. Mesure du périmètre des deux genoux (0,5 cm de différence).
- 15 Examen rotule : douleur ? Non.
LLI D et G : douleur ? Douleur palpation interligne articulaire interne droite et trajet LLI droit.
Flexion indolore. Absence de laxité.
Recherche des pouls périphériques, d'ADP cervicales (en même temps que la patiente raconte une anecdote sur une fracture du poignet ancienne).
- 20 Auscultation cardiaque, carotidienne. Palpation abdominale.
Explication du diagnostic et traitement par Voltarène®.
FC : « 64. »
Mesure de la TA : « Vous allez où en vacances ? » Réponse. « 14,5/6. »
- 25 Explications des antécédents familiaux.

La patiente s'assoit. Auscultation pulmonaire. Patiente T-shirt soulevé.
Recherche ADP cervicales, thyroïde, pesée : « 70. »
Comparaison avec dernier poids.
- 30 Retour bureau
Vérification dernière bio : carence en vitamine D. Dr P. fait la prescription.
« Entre-temps, j'ai été opérée de la cataracte. »
- 35 CRC : « CR radio, douleur genou droit face interne depuis excès de jardinage, bon état général, genou sec, pas de tiroir, pas de laxité, douleur flexion forcée et palpation LLI, auscultation cardiopulm RAS, pouls distaux ok, pas de goitre. » FC, TA, poids.
Evaluation de la consommation de paracétamol. Prescription + kiné.
CV, CB.

Cs 17 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

1 Visite médicale. Une femme entre 2 minutes, entre 2 consultations, pour proposer au Dr P. une soirée FMC. On reste debout devant la porte à peine fermée. La visiteuse médicale donne une plaquette de médicament au Dr P. sans autre forme de discours.

5 Par ailleurs, dans la matinée, le Dr P. avait reçu deux visiteurs médicaux de façon un peu plus formelle. Connivence claire avec les VM. Tutoiement. Deux hommes typiques VM. Présentation Rasilez® et Eucreas®, deux médicaments géniaux.

10 Durée 15 minutes environ.

Par ailleurs, à un autre moment de la journée, le Dr P. croise un autre VM dans le couloir, mais signale qu'il n'aura pas le temps de le recevoir.

Cs 18 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

1 « Comment va ? - Pas très fort. »
Sommeil ? Le matin ? « J'ai qu'une envie, d'y retourner. »
Appétit ? « Je mange n'importe comment. [...] J'ai pas le moral. »
5 Evaluation de la consommation des traitements en cours : Cymbalta®,
Déroxat® : oui. Suivi psy ? « J'ai des pbs d'argent, alors comme ça... »
« Eventuellement, vous demandez le tiers-payant. - C'est mal barré. »

La patiente signale avoir raté un rdv avec la médecine du travail.
La patiente cherche un document sur son inaptitude au travail, longtemps,
10 dans son sac.
Pendant ce temps, le Dr P. regarde sa montre, lit des CR des cs cardio dans
l'ordi.
Dr P. demande si essoufflement : « Je vous l'avais dit, c'est tout asséché
dedans, je manque de souffle. » Conclusion : dyspnée.
15 Instauration ttt cardio, comme indiqué par un courrier de cardio : 3
médicaments ajoutés.

Salle d'examen
« La cure vous a fait du bien ? »
20 Patiente en DD.
Auscultation cardiaque. Patiente en T-shirt et cycliste.
« Et en plus, j'ai deux kystes. - Je vous entends pas là. » En effet, la patiente
dit ça pendant que le Dr P. l'ausculte. Il ne répond pas.
Puis : « Vous fumez pas ? »
25 Palpation des pouls périphériques. Observation d'un hématome de jambe :
« C'est ce que je vous dis, dès que je me cogne. »
FC : « 76. »
TA : « 15/8. »
Palpation abdo, recherche RHJ : « Pas de reflux, c'est bon. Asseyez-vous. »
30 S'assoit. Auscultation pulmonaire, thyroïde, ADP cervicales, poids :
« 77 kg. Ok. »

CRC : « Renouvellement, introduction par rapport au bilan cardio, moral +/-,
dyspnée d'effort probablement mixte, pas d'AEG, ausc cardiopulm RAS, pouls
35 distaux perçus. »
« Quand vous vous brossez les dents, vous saignez facilement des
gencives ? » Réponse : ça arrive. « Vous saignez souvent du nez ? » Ca
arrive.

40 RO. Actualisation de l'ordo habituelle. Arrêt de qq traitements : Structum®.
« J'aimerais bien vous voir dans un mois pour voir comment vous êtes,
Gilberte. »
Rédaction de la prolongation d'AT.
Chèque avec tiers-payant. Remplissage d'un formulaire d'AT sur l'ordi.

Cs 19 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 Femme 60 ans.
« Alors, comment va ? - Vous avez vu mon prélèvement ? »
Patiente donne sa dernière TSH.
Dr P. relit CR d'une écho thyroïdienne avec cytoponction : explications sur
- 5 surveillance à suivre.
« J'ai mal toujours à ma cuisse et puis j'ai tombé. » Origine mécanique.
- Salle d'examen
« Asseyez-vous. » Patiente se plaint d'une douleur à l'épaule gauche.
- 10 Palpation trapèzes. Comparaison D et G ?
Palpation insertion SCM, rachis cervical, acromions.
« Cette cuisse, ça me fait un mal terrible. » (pendant l'auscultation cardiaque)
Réponse du Dr P. : « Ouais... »
« La nuit, douleur de cuisse ? - Oui. » (en même temps que mesure de la FC)
- 15 Mesure TA automatique au poignet car MSD énorme (lymphoedème majeur).
- Patiente raconte suivi. A eu une prise de sang au pied.
« 16/9. » Céphalées ? Vertiges ?
- 20 Examen genou, rotation externe hanche ok, rotation interne douloureuse,
compression hanche ok, pas de Lasègue.
Q : localisation douleur cuisse ? « Juste devant. »
Q : augmentation à la toux, si éternuement, à l'exonération ? « Surtout à la
marche. »
- 25 « Asseyez-vous. » Palpation des points de Valleix.
Station debout : douleur reproduite à l'extension du rachis.
Poids, palpation thyroïde.
- Retour bureau
- 30 RO pour 3 mois, planification contrôle écho.
Evaluation consommation de paracétamol : inefficace.
CRC : « Douleur face antérieure cuisse gauche persistante, pas d'amélioration
sous paracétamol. Examen : bon état général, mobilisation hanche gauche
RAS, pas de limitation des amplitudes, pas de Lasègue, douleur palpation
- 35 lombaire basse, reproduction douleur cuisse gauche en hyperextension du
rachis. »
Vérification si radio rachis faite.
Explication Ixprim®, prescription radio, RO.
- 40 Prescription ordonnance pour contrôle écho thyroïde : « Examen : goitre
thyroïdien. Contrôle de la taille des nodules. »
Prescription : « Radio rachis lombaire face et profil et bassin de face. » (sans
autre info)

Cs 20 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 Femme 70 ans.
« Ca va ? - Ca suit son cours... »
Vérification dernière bio : ok.
Douleur thoracique ? Dyspnée ? Baisse des activités quotidiennes ? Difficulté
- 5 pour monter les escaliers ?
La patiente embraye sur un pb passé, dû au Rénitec®.
- Salle d'examen
Patiente en DD.
- 10 Signale un oedème du pied droit.
Dr P. : palpation du pied, recherche de godet : insuffisance veineuse.
Explications.
Auscultation cardiaque, carotides (silence), auscultation abdo.
FC : « 64. »
- 15 TA (silence) : « 13,5/6, c'est bien. »
Palpation abdo : transit ? sang ds les selles ? fuites urinaires ?
« Asseyez-vous. » Auscultation pulmonaire, recherche d'ADP, thyroïde : « Un
petit nodule à droite. » (connu)
Poids : « 77 kg. » Taille : 152,5 cm. Perte de taille, la patiente signale avoir
- 20 mesuré avant 155 cm. « On a dû se tasser un petit peu. »
- Retour bureau
CRC : « Bon état général, auscultation cardiopulm RAS, oedème du dessus du
pied droit sur insuffisance veineuse probable, aires ggr libres, nodule lobe
25 thyroïdien droit perçu stable. » FC, TA, poids, taille. « Pas de modification de
traitement. »
RO, impression, CV, espèces.
- « Vous avez vu les radios à mon mari ? »

Cs 21 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 Le Dr P. me briefe avant que la patiente n'entre : très difficile à équilibrer, tout a été essayé. ATCD de fibromyalgie. La patiente vient de se marier, très récemment.
- 5 Femme de 45 ans. « J'ai perdu ma voix. »
- Coup de fil juste après l'entrée de la patiente. Conseil pour adaptation du Préviscan® et contrôle INR à J5. Questionne sur un épisode de saignement gynéco.
- 10 La patiente a une petite voix.
Fièvre ? « Je sais pas. »
Sueurs ? Oui.
La patiente signale avoir « mal aux jambes ». « Je me demande si je suis pas enflammée de partout. »
Douleur à la déglutition ?
- Salle d'examen
« Et les poignets ? - On n'en parle pas... » Ok, le Dr P. passe à autre chose.
- 20 Patiente s'assoit. Dit qu'elle a raté un rdv avec un spécialiste. Consultation douleur prévue en août.
Auscultation pulmonaire attentive : antérieure et postérieure. La patiente tousse.
Recherche d'ADP cervicales, thyroïde.
- 25 Toute petite voix de la patiente.
S'allonge. « C'est pas ma journée aujourd'hui, je suis fatiguée. »
Mesure température : 37,1°C.
« En dansant, j'ai le cousin de Régis qui m'a déboîté le poignet. »
- 30 Examen buccal : ok.
Q : Rhinite ?
Auscultation cardiaque. FC. « Par contre, ça fait quand même du bien, l'anti-inflammatoire. - Ah ! »
Mesure TA : « 12/7. »
- 35 Q : sifflement pulmonaire le soir ? Patiente : un peu.
Dr P. annonce le traitement : corticoïdes, amoxicilline, Ventoline®.
- Retour bureau
CRC.
- 40 La patiente demande de rééditer son ordonnance habituelle, car l'a perdue.
Son mari a demandé à ce qu'elle demande au Dr P. une prescription pour radio de l'épaule car douloureuse. Dr P. refuse, le mari doit venir en consultation.
La patiente : « Donnez-lui un calmant pour la journée, je ne le trouve pas tellement bien. »
- 45 Réponse : « Il va venir me voir. »
RO, amox, Solupred®.
Discussion alcool : la patiente signale être très bien soulagée de ses douleurs par l'alcool...
« Est-ce que vous me refaites une prise de sang pour le foie ? » Le Dr P. la fait.

Cs 22 - CRC - Consultation du Dr P. - 23.06.2011

- 1 Couple de 75 ans. Consultation uniquement pour la femme.
- La patiente a fait récemment une écho de stress : ischémie nécessitant réalisation d'une coro.
- 5 « Je tousse un peu, ça va pas les gêner ? »
- Salle d'examen
« Venez à côté. »
Patiente : « Sinon, j'ai fait faire l'examen des selles. »
- 10 Elle s'assoit, soulève le haut. Signale des rectorragies.
Auscultation pulmonaire. « Toussez un peu. »
Pas de bronchite selon la patiente : « Je crache, mais pas sale. »
Pas d'ADP, pas de goitre.
« Allongez-vous. »
- 15 Mesure température : 37°C.
Patiente signale réagir aux pollens. Q : éternuements ? rhinorrhée ?
« J'ai fait 38. - Quand ? »
Auscultation cardiaque, carotides. « Tournez la tête. » Recherche RHJ, OMI.
Q : OMI le soir ?
- 20 Pouls périphériques présents.
« J'ai monté à 20/9 de tension. »
FC : « 72 de pulsation. » TA : « 15/8. - C'est ce que j'ai d'habitude. »
Poids : 67 kg. « J'ai maigri. »
- 25 Retour bureau
« La prise de sang, vous l'avez reçue ? »
La patiente tousse gras. Dr P. hésite... Q : douleur abdo ? Patiente apyrétique.
CRC : « Toux sans signe infectieux, expectorations propres, auscultation pulmonaire RAS, ttt inhalateur au maximum, Solupred® 3 jours. Coronaro prévue lundi. » FC, TA, poids.
- 30 Prescription de Solupred®. Douleur thoracique ? Oui. « Vous avez du Natispray® ? »
- En toute fin de consultation : « Alors, vous allez me faire l'ordonnance, elle est périmée la mienne. - On va la faire... »
- 35 Pas d'expression initiale de la nécessité de renouveler le traitement habituel.
CV, chèque.
- En partant, la femme semble inciter son mari à parler au Dr P. de quelque chose, mais le mari refuse. Fin.
- 40

5. Verbatims d'enregistrements de consultations

5. 1. Consultations du Dr F.

Audio 1 - Verbatims - Dr F. - 09.05.2011

	Plage de temps	Contenu
1		Alors que le Dr F. vient pour un constat de décès et une visite programmée, l'infirmière lui demande un renouvellement de Durogésic®, un renouvellement de bas de contention et signale qu'une patiente a des aphtes. Multiplicité des demandes faites par l'infirmière au médecin, de natures diverses.
2	0:52,6 - 0:59,0	Transmission de l'infirmière au médecin, à propos d'une patiente, en maison de retraite : examen physique avant décès. " Donc... une dame que vous deviez prendre en charge, et qui est décédée ce matin."
3	1:08,2 - 1:18,5	Transmission de l'infirmière au médecin, à propos d'une patiente, en maison de retraite : examen physique avant décès. " Moi, j'ai juste eu le temps ce matin de la voir pour faire une glycémie et puis... De toute façon, elle avait les doigts... bleus." " Bah, elle était à 99 déjà, donc euh... "
4	1:21,5 - 1:48,5	Transmission de l'infirmière au médecin, à propos d'une patiente, en maison de retraite : examen physique avant décès. " La sat, j'ai même pas pris parce que vu l'état où elle était à sept heures ce matin, je voyais bien que c'était la fin et que y'avait pas grand-chose à faire, quoi... "
5	2:26,3 - 2:50,6	Interruption de la transmission de l'infirmière au médecin sur une patiente par un appel téléphonique d'un collègue. Organisation pour une réunion professionnelle le soir même. Cette interruption clôt en réalité la transmission puisque, lorsque le Dr F. termine son appel, l'infirmière enchaîne sur un autre sujet.
6	2:31,6 - 2:48,0	Transmission de l'infirmière au médecin, à propos d'une patiente, en maison de retraite. L'infirmière signale un problème cardiaque chez une patiente cardiopathe connue du Dr F., ayant déjà un traitement maximal. C'est l'infirmière qui suppose un problème cardiaque. Elle met cela en relation avec le fait que la patiente prend de plus en plus de Natispray. L'infirmière signale que la patiente commence à s'inquiéter.

- 7 4:51,7 - 5:01,5 Demande par l'infirmière de la maison de retraite de prescription de renouvellement de Durogésic® pour une patiente. Parce que le stock est épuisé.
- 8 5:02,5 - 5:29,0 Vérification par l'infirmière de la maison de retraite et le médecin de la date de dernier renouvellement complet d'ordonnance pour une patiente. Le renouvellement a été fait récemment ; il n'est pas nécessaire ce jour. Le médecin n'ira donc pas la voir en visite. Le renouvellement de Durogésic® sera fait simplement après que le Dr F. a demandé à l'infirmière : " Et ça va bien autrement, en ce moment ? - Oui... toujours pareil, c'est... "
- 9 5:28,6 - 5:40,0 Demande par l'infirmière de la maison de retraite de bas de contention pour une patiente, tout en signalant que cette patiente se plaint d'avoir des aphtes. Le Dr F. demande en retour si le pied de cette patiente s'est amélioré. L'infirmière ne semble pas au courant du problème, mais le balaye rapidement : " Oui... elle s'en plaint plus. Elle se plaint plus de rien, donc... voilà... "
- 10 5:42,0 - 6:15,0 Révision des prochaines visites programmées pour le Dr F. à la maison de retraite les jours suivants, avec l'infirmière, qui explique le problème pour chaque patient. Tous ne nécessitent pas d'être vus. Pour un patient, il n'y a qu'un formulaire de prise en charge à 100 % à remplir.
- 11 8:11,9 - 10:12,6 Visite en maison de retraite pour constat de décès. L'infirmière nous accompagne dans la chambre. La fille de la patiente est présente. Examen physique (auscultation cardiaque) par le Dr F. et soutien à la fille.

Audio 2 - Verbatims - Dr F. - 09.05.2011

	Plage de temps	Contenu
1	0:14,1 - 1:08,6	Transmission par l'infirmière de la prise en charge récente d'un patient. Biopsie d'une tumeur de la verge. Résultat confirmant la nature néoplasique. Patient pas au courant. Son entourage réticent à la mise en place de la sonde à demeure qui a été préconisée. Pas de pb mictionnel du patient pour l'instant. Temporisation.
2	1:09,3 - 1:36,0	Le patient se traitait depuis des années pour ce qui avait été interprété comme une mycose. Il faisait ses soins lui-même (application de crème), ou parfois, c'était sa famille qui les faisait. Dr F. : " Au bout d'un moment, il a fini par me parler. " " Sur le coup, je me suis pas... puis en plus y'avait la hernie, donc je me suis pas trop... on va attendre. " L'infirmière : " Personne s'est vraiment affolé sur le coup parce que c'est vrai que... "
3	1:40,1 - 1:49,7	Prescription de bains de bouche pour des aphtes. Diagnostic posé par la patiente et confirmé par l'infirmière. Pas de vérification par le Dr F. par un examen clinique. Lien avec la facilité supposée d'identification des aphtes.
4	1:49,4 - 2:14,4	Transmission par l'infirmière de l'état d'une patiente. Elle va bien. Nécessité de prescrire de nouveaux bas de contention. Le Dr F. prend des nouvelles : " Et... elle est comment là ? ". L'infirmière : " Bien. Elle se sent un peu fatiguée ce matin, un petit peu mal à la gorge, mais bon, c'est pas... " " Y'avait rien d'alarmant... Elle tenait pas à vous voir particulièrement. " Finalement, ce n'est pas des bas, mais des chaussettes de contention (modification relevée par le Dr F.)
5	3:41,1 - 3:51,5	Renouvellement de Lysanxia®. L'infirmière rappelle la posologie actuelle : un le matin et un le soir. Le Dr F. lui demande où la patiente en est au niveau de l'angoisse (réponse inaudible, mais patiente stable) .
6	3:50,9 - 4:36,3	Le Dr F. demande à l'infirmière si, finalement, une patiente est cleptomane. L'infirmière raconte une anecdote, où la patiente a été trouvée fouillant dans un frigo. Le Dr F. avait eu comme information par un confrère qu'il y avait peut-être une cleptomanie dans le cadre d'une maladie maniaco-dépressive.

- 7 4:50,7 - 5:17,8 Poursuite de l'anecdote sur la patiente suspectée de cleptomanie. Le Dr F. explique que le psychologue évoquait une maladie maniaco-dépressive, chez cette patiente antérieurement très dépressive, dont l'humeur a récemment brutalement changé : " Depuis un mois, on ne sait pas ce qui s'est passé, tout va mieux dans le meilleur des mondes. " Le psychologue préconise un changement de traitement avec instauration de Dépakote®.
Réticence du Dr F. et du psychiatre de la patiente. " C'est pour ça que je voulais savoir si elle relevait de la cleptomanie. "
- 8 5:42,5 - 7:49,8 Préparation d'une visite avec l'infirmière.
- Transmission par l'infirmière : " Sa kiné était inquiète. C'est vrai que dès qu'elle marche... " " Parce que je sais pas si c'est très bon aussi de prendre... Natispray, ouais, elle en prend toutes les nuits, elle en prend... "
- Dr F. : " La question, c'est est-ce que tout est vraiment lié, enfin... est-ce que ce sont bien des douleurs cardiaques ou pas, c'est peut-être plus ça qu'il faut... "
- Infirmière : " Je sais pas... Mais c'est vrai que si elle fait un effort dans la journée, euh... elle a des répercussions dans la nuit. "
- Reprise par le Dr F. du dossier médical papier pour analyse des résultats. Vérification du traitement actuel. Lecture du dernier compte-rendu de cardiologie (septembre 2010).

Audio 3 - Verbatims - Dr F. - 09.05.2011

Plage de temps	Contenu
1 0:00,0 - 7:56,4	<p>Le Dr F. mène son interrogatoire et essaie de mettre en évidence une douleur thoracique évoquant une origine cardiaque.</p> <p>La patiente parle beaucoup, énumère de nombreux symptômes, souvent ininterprétables. " Quand je veux marcher, ben je peux plus. " " J'ai dit c'est pas possible, j'ai plus rien... dans les jambes, et puis ben, fatiguée. En plus, j'avais mal d'un côté, je pouvais plus digérer. " " Beaucoup de nausées, que j'avais."</p> <p>On arrive à reconnaître une dyspnée, probablement une douleur thoracique. Il est difficile de caractériser ces signes cliniques. Les autres symptômes ne sont pas explicités par la patiente, ni par le Dr F. La chronologie d'apparition et d'évolution des symptômes est compliquée, voire impossible, à comprendre. On ne sait pas trop ce qui est actuel et ce qui est résolu.</p> <p>Lorsque le Dr F. pose la question d'une douleur thoracique actuelle, la patiente raconte ce qui lui est arrivé il y a un mois. " J'étais coincée, faut que je sois assise dans le lit quand même. " " Y'a quelque chose qui va pas, sans souffrir. " " Assise, ça va, puis mes pieds un petit peu relevés. " " Là, juste une pointe. J'ai dit oh la la ... [...] J'ai dit je suis gênée. "</p> <p>Souvent, la patiente ne répond pas aux questions directement. Que signifient les expressions : " ... les bras me prenaient... " ; " c'était lourd... ".</p> <p>Le Dr F. évalue la consommation et l'efficacité du Natispray®. La patiente est effectivement améliorée par ce traitement. La tolérance est aussi évaluée : " Bah la tête, elle était pas bonne, je marchais plus bien. " " Un manque d'aisance quand même. " De même, le vocabulaire qu'elle emploie n'est pas celui utilisé par le Dr F. : " Vous vous sentiez un peu oppressée ? - Oui... toujours ça, puis... les bras... j'étais pas bien. Et puis... c'était pas des douleurs, c'était comme si j'étais coincée. Ca me serrait. "</p> <p>Lorsque le Dr F. essaie de faire expliciter l'expression de la patiente " j'étais pas bien ", répétée de multiples fois, la patiente commence à s'énerver et le Dr F. s'insiste pas. Eléments apparemment contradictoires lors d'un entretien. " Plus rien dans les jambes... " " Samedi, toute la journée j'ai eu mal dans le bras, mais une petite douleur. "</p> <p>Recherche d'angor d'effort par le Dr F. Réponse : " J'étais pas bien. " Amélioration par Vastarel® dans le passé. " J'avais moins de douleur quand même, mais là, ça reprenait. " " Hier, [...] j'ai fait quatre tours dans le bas, sans m'arrêter. [...] Quatre tours de suite. J'ai dit je suis pas essoufflée. "</p> <p>Pas de dyspnée de repos. Le Dr F. revient sur un épisode passé de douleur thoracique, géré alors par sa remplaçante.</p>

- 2 7:54,4 - 8:12,9 Le Dr F., très momentanément, ne retrouve pas son stéthoscope.
- 3 8:33,4 - 9:24,7 Le Dr F. remonte le lit et aide la patiente à enlever sa chemise. Dans son discours, le Dr F. semble résumer une idée issue de l'entretien, juste avant de passer à l'examen physique.
" Oui du coup, vous êtes pas bien à plat du tout. "
- 4 9:22,7 - 9:45,3 Le Dr F. vérifie la posologie du patch de dérivé nitré.
- 5 10:05,8 - 10:38,7 Le Dr F. inspecte la patiente, qui présente un purpura, pour lequel un traitement avait été un temps évoqué. Actuellement, le suivi se résume à une surveillance.
- 6 10:44,8 - 11:07,4 La patiente a un antécédent de carcinome épidermoïde de la cuisse. Elle bénéficie d'un suivi par un dermatologue. Le Dr F. semble s'appuyer sur ce suivi pour la surveillance clinique non seulement de cet antécédent de carcinome épidermoïde, mais également du purpura de la patiente. La patiente n'est que partiellement déshabillée.
- 7 11:46,4 - 15:24,1 Examen physique. Recherche de reflux hépato-jugulaire. Auscultation cardiaque suspendant le discours. " Je vais écouter votre coeur. " Installation du silence. Fréquence cardiaque à 76. La patiente commence à parler pendant l'auscultation cardiaque, mais le Dr F. l'interrompt immédiatement. En revanche, après l'auscultation, le Dr F. relance la patiente pour qu'elle dise ce qu'elle voulait dire pendant l'auscultation. La patiente précise son essoufflement, est améliorée en position assise. Prise de la TA. Silence. " 14/8. "

Explications sur le Natispray® et la consommation importante. Information sur le risque d'effet indésirable. Explication de la nécessité d'adapter le traitement. Pas de signe d'insuffisance cardiaque. La patiente : " Ben, j'ai rien maintenant. " Auscultation pulmonaire et silence. Auscultation normale.

- 8 15:26,2 - 16:38,1 Reprise des explications sur la probable origine cardiaque. Le Dr F. résume les signes cliniques retenus à la fois pour la patiente et, semble-t-il pour elle-même. Explications sur les possibilités de prise en charge complémentaire : consultation cardiologique, échographie cardiaque, changement de traitement. Raisonnement déductif : ni toux, ni fièvre, écartant une origine infectieuse.

- 9 16:38,1 - 17:17,1 Le Dr F., après son examen physique, reprend une question qu'elle avait posée au début, celle de l'existence d'une douleur thoracique : " Vous n'avez pas... non, y'a pas... y'a pas de douleur, y'a pas de douleur en barre assez importante dans... enfin... qui traverse votre poitrine ? " La patiente ne répond pas à la question : " Ben, je sens... quand ça m'a pris la nuit là, quand même, [...] je ne pouvais pas respirer... mais ça, ça me faisait mal partout. " Le Dr F. recherche une amélioration des symptômes à l'antéflexion du tronc : " Et quand vous étiez penchée en avant, est-ce que vous étiez mieux du coup ? - Ah bah oui ! [...] Parce que je suis restée comme ça après pour dormir. " Evocation d'une atteinte péricardique.
- 10 17:29,4 - 17:49,9 Le Dr F. évoque une consultation cardiologique pour faire le bilan étiologique de cette symptomatologie, devant cette situation dont le diagnostic n'est pas évident.
- 11 22:16,4 - 22:20,7 Consultation du dossier papier de la patiente pendant la visite. Lecture du dernier compte-rendu de consultation chez le cardiologue.
- 12 23:39,1 - 23:46,9 Demande de prescription de Forlax® en fin de consultation.
- 13 24:02,9 - 24:15,1 Demande de prescription d'huile d'amande douce en fin de consultation. " C'est pour mes oreilles. "
- 14 24:48,0 - 24:58,4 Lecture par le médecin en visite, dans son dossier papier, du dernier compte-rendu du cardiologue, pour adaptation thérapeutique.
- 15 27:31,7 - 27:45,0 La patiente signale avoir été améliorée par la prise de Vastarel®. Cette prescription est reconduite.
- 16 28:19,2 - 28:57,3 Le Dr F. rédige une ordonnance où elle adapte la prescription médicamenteuse à visée cardiologique. En la remettant à la patiente, celle-ci s'étonne du peu de médicaments qu'elle comporte et signale qu'elle a besoin que le Dr F. fasse le renouvellement complet de son traitement habituel. Le Dr F. pensait que le renouvellement n'était pas à faire. La patiente ne l'avait pas spontanément dit en début de consultation. Non renouvellement de l'Imovane®. Rédaction de l'ordonnance, avec Forlax® et huile d'amande douce.
- 17 30:54,4 - 31:16,0 La patiente signale finalement : " Je reste toujours avec la tête très mauvaise derrière. " Le Dr F. ne relève pas trop et rassure la patiente. " Des fois, je pense à une tumeur quand même. "

Audio 4 - Verbatims - Dr F. - 09.05.2011

	Plage de temps	Contenu
1	0:13,5 - 1:04,0	Motif de la visite à domicile : renouvellement d'ordonnance. " C'est pour moi... parce que j'avais plus de remède. " Bonjour cordial à son mari, dont l'état général est altéré (dépendant). Patiente fatiguée d'aider son mari. Discussion courte sur la situation du mari. " Je peux pas le laisser tout seul. "
2	1:53,0 - 2:31,3	Consultation de la dernière prise de sang (standard et INR). Dernier INR non reçu par le Dr F. La patiente l'a. ATCD de fibrillation auriculaire avec anti-vitamine K.
3	3:02,5 - 3:34,9	" Je vous examine dans la chambre ? - Comme vous voulez. - Ce sera plus simple. " Déplacement vers la chambre.
4	3:36,8 - 4:29,5	" Comment vous vous sentez, vous, madame ? - Fatiguée. [...] Ca me fait mal, ma hanche... - C'est votre hanche qui vous embête ? Celle qui a été opérée, celle-ci ? - Oui. " Observation de la hanche. Dr F. : " Oui mais là, y'a un bleu. " Hématome. Patiente : " J'ai dû me cogner. " Question du Dr F. sur l'aide de la patiente à son mari : " Puis quand vous le retenez, soulevez, etc., forcément... - Bah je peux plus, je peux pas. " Conseil pour l'aide qu'elle donne à son mari, qui nécessite d'être soulevé parfois.
5	4:28,1 - 4:43,3	" Est-ce que vous mangez quand même, correctement ? - Oui, ça va, je mange. Heureusement. - Et vous perdez pas de poids ? - Cinquante kilos, que je fais. "
6	4:42,4 - 5:00,4	" Est-ce qu'on pourrait enlever le pull, Madame P. ? " La patiente enlève ses lunettes et s'exécute, lentement. ATCD de lymphome gastrique (gastrectomie), résumé de l'histoire de la maladie. Bonne adaptation.
7	5:36,0 - 6:29,5	Palpation des adénopathies. " Ca vous fatigue, cette situation. " Discussion sur le mari en même temps que l'examen physique. " Y'a pas de grosse rate, y'a pas de gros foie, y'a pas de ganglion, d'accord ? "
8	6:30,9 - 7:08,9	" Et là, est-ce que vous vous sentez essoufflée, là, Madame P. ? - Non. [...] Y'a des fois que je suis pas bien, je me sens pas bien, mais je sais pas la raison. [...] - Mais vous dormez pas trop non plus. - Ben non. " Auscultation cardiaque sur la patiente en décubitus dorsal. " C'est bien, pour quelqu'un qui a le coeur qui bat la chamade. "

- 9 7:12,5 - 7:36,6 " Vous êtes pas embêtée là, cette année avec les pollens tout ça ? " Petite discussion.
- 10 7:30,4 - 8:26,0 Mesure de la tension artérielle. " 12/6. "
- 11 8:24,1 - 9:14,4 " Vous allez vous asseoir ? "
Auscultation pulmonaire. " Très bien. "
- 12 9:22,4 - 10:07,7 " Vous m'inquiétez un peu, je vous le cache pas. Parce que vous vous fatiguez, Madame P, hein. - J'ai une mine déconfite. - Oui, vous avez... vous êtes bien plus fatiguée que vous avez été, ça se voit, ça se voit. "
Conseil pour adaptation du mode de vie à domicile et de l'aide apportée au mari.
- 13 10:48,8 - 10:59,1 " Il faut pas que vous perdiez de poids, il faut vous reposer, il faut que vous essayiez de manger le plus possible, de vous faire aider le plus possible. "
- 14 10:58,6 - 11:17,1 Sortie de la chambre, retour vers la cuisine. Conseils en lien avec l'hématome de cuisse. Arrivée du fils et de la belle-fille.
- 15 11:34,8 - 11:47,3 " Est-ce que vous pourriez me donner votre dernière ordonnance, Madame P. ? Parce que j'ai... au cabinet, j'ai mon ordinateur qui me rappelle... "
- 16 13:11,8 - 13:30,3 Dr F. assise dans la cuisine. Rédaction de l'ordonnance. Discussion sur l'alimentation du mari : " Il ne mange plus de viande. - Faut que vous en mangiez aussi, Madame. " La belle-fille demande la prescription de compléments alimentaires pour son père. Conseils sur les compléments alimentaires.
- 17 14:50,0 - 15:01,1 " Est-ce que vous avez besoin de Spasfon® ou pas, Madame P. ? [...] - Non, non. " Discussion simultanée sur le vin. Rédaction d'une ordonnance pour surveillance de l'INR. Prescription de Renutryl® pour le mari.

5. 2. Consultations du Dr P.

Audio 1 - Verbatims - Dr P. - 23.06.2011

	Plage de temps	Contenu
1		Il s'agit d'un homme âgé, en fin de vie. Il est alité lors de la consultation, mais peut encore sortir un peu de sa chambre. Il a une insuffisance respiratoire, qui nécessite une oxygénothérapie de longue durée. Le patient porte des lunettes à oxygène. Sa voix est faible, éraillée. Son élocution est lente et empâtée, sans doute partiellement en rapport avec un état de déshydratation. Il peut se mobiliser doucement dans son lit à l'examen physique.
2	0:07,4 - 0:24,1	Dr P. : " Alors... Tirez-moi la langue un petit peu. Oh, c'est sec ça. Sec, sec, sec. [...] Avec un petit pli, hein. "
3	0:23,6 - 1:05,9	Patient compréhensible si on lui prête une oreille attentive. " Et alors j'ai de l'œdème dans les genoux, c'est ça qui me gêne le plus, on croirait que j'ai les genoux... (mot non perçu) Ca a commencé avec les pieds... c'est monté aux genoux. - D'accord... Est-ce que vous êtes gêné pour respirer, Daniel ? - Bah, j'ai toujours les poumons qui ronflent... - Ouais. - Et j'arrive pas à cracher... [...] ça veux pas venir... " Explications du Dr P. : lien avec la déshydratation.
4	1:05,3 - 1:25,7	Dr P. : " Je vais prendre votre saturation. " Vérification du débit d'oxygène. Explications au patient.

- 5 1:30,8 - 3:55,2 Discussion sur les soins de kinésithérapie. " D'accord. Donnez-moi votre poignet. " Mesure automatique de la pression artérielle. Patient : " Et je mange toujours pas. - Vous n'arrivez pas à manger du tout ? Non ? Gardez la main... " La pression est en train de se prendre. " Pourquoi ? Parce que ça se passe pas ? - Ca passe pas... - Ouais... - Et j'ai mal au, au foie. - Oui... Gardez la main là, bougez pas la main... Voilà. " Le Dr P. se concentre sur la mesure de la pression artérielle. Le patient s'interrompt. Silence. Mesure de la TA en cours. Patient : " Et j'ai toujours... - 9,5/6 de tension. Ouais ? - ... les problèmes avec mes selles. - Ouais, c'est-à-dire ? " Le patient explicite les choses, pendant que le Dr P. prend la température : " D'accord. 37,5°C. Et vous urinez beaucoup ? - Oui. - D'accord. Attendez, je regarde si y'a des ganglions... Là, j'ai un ganglion axillaire gauche... Un petit à droite mais surtout à gauche... Là... O. K. Vous me dites, hein, si je vous fais mal... On a des petits ganglions inguinaux... O. K. J'ai pas senti votre foie. " Le patient prononce quelque chose, non compris. " Si, il est là le foie... à deux travers de doigts. O. K. "
- 6 3:54,8 - 4:14,5 Patient : " L'appendice n'a rien à voir ? - La quoi ? - L'appendice. - L'appendice, non, elle a rien à voir là-dedans. " Une anecdote est racontée par le patient.
- 7 4:13,6 - 5:30,2 Dr P. : " Est-ce que vous pouvez vous asseoir sur le bord du lit, Daniel, s'il-vous-plaît ? Voilà. [...] Respirez bien par la bouche. " Le patient tousse puis se calme. Silence.
- Dr P. : " ... Un petit épanchement pleural, qui est toujours là... Oui ? " Le patient pose une question à la fin de l'auscultation pulmonaire (peu audible) à propos de ses œdèmes.
- Dr P. : " Je vais demander aux infirmières de vous mettre des bandes de contention, un petit peu, pour que vous ayez moins d'œdèmes au niveau des jambes. Et puis on va prévoir aussi une perfusion. " Explications sur la réhydratation (perfusion et brumisateur).
- 8 5:56,9 - 6:22,5 Dr P. : " Qu'en est-il des douleurs ? De ce côté-là, ça va, vous ne souffrez pas trop ? - Non. - Non, d'accord. " Le patient précise son installation dans le lit pour calmer les douleurs. Dr P. : " D'accord... Quand vous êtes assis ou allongé, y'a pas de douleur spontanée quoi. "
- Fin de la visite. Direction salle de soins infirmiers pour transmissions orales.

Audio 2 - Verbatims - Dr P. - 23.06.2011

	Plage de temps	Contenu
1		<p>Consultation dans un appartement où la patiente, âgée de 86 ans, vit seule. Le but de la consultation est un renouvellement d'ordonnance. Le médecin s'installe dans le salon. La patiente s'assoit dans un fauteuil, juste à côté de la table du salon.</p> <p>Le Dr P. commence l'entretien et l'examen physique en même temps. La patiente est habillée ; seul le chemisier est soulevé dans un premier temps car la patiente s'est plainte sur le plan digestif. Le Dr P. s'accroupit pour se mettre à la hauteur de la patiente.</p>
2	0:02,8 - 0:31,7	<p>" Est-ce que ça s'accompagne de diarrhée ou de constipation ? - Un petit peu... - Un petit peu de diarrhée ? Ouais... Pas de constipation. "</p> <p>Question sur des selles glaireuses, collantes, gluantes. Précision de ce que la patiente entend par diarrhée pour vraiment retenir ce signe.</p>
3	0:32,3 - 1:39,1	<p>Palpation abdominale : " ... une petite hernie ombilicale... [...] Toussez un petit peu. " Hernie reproduite à la toux. Explications. Recherche de lien entre deux symptômes : les douleurs abdominales et la hernie. Caractérisation des douleurs abdominales par leur localisation. Percussion abdominale.</p> <p>Dr P. : " O. K. Pas de brûlure en urinant ? Non ? O. K. " Auscultation abdominale : " Ca gargouille... Impeccable. "</p>
4	1:38,5 - 2:47,7	<p>Discussion à propos de la téléalarme, et des levers nocturnes. Conseils donnés. " Je reviens, j'écoute votre coeur ; là, je vous entends plus. " Auscultation cardiaque. Silence. " Levez un petit peu la tête. " Auscultation carotidienne.</p>
5	2:48,1 - 3:29,4	<p>Dr P. : " L'appétit est comment ? - Oh bah, j'ai bon appétit. - O. K. Et le sommeil ? - Bah le sommeil aussi, je me couche pas de bonne heure le soir parce que si je me couche de bonne heure, je dors pas. Je me couche vers onze heures et je dors jusqu'à six heures le matin. [...] - Vous sortez un petit peu toute seule, là, de votre appartement ? - Ah bah, je vais faire mes courses... - Avec la canne ? [...] "</p> <p>En même temps, mesure de la pression artérielle automatique au poignet.</p>

- 6 3:29,2 - 4:38,7 Mesure de la pression artérielle. Silence. Dr P. : " 12/8. Ça marche, c'est bien. Avancez un petit peu sur le fauteuil. Voilà. Respirez bien par la bouche. " Auscultation pulmonaire. " Parfait. "
- Question sur le sport envisagé (demande de certificat médical).
" Avalez votre salive. Impeccable. " Palpation thyroïdienne. " Vous pouvez remettre le pantalon. " Fin de l'examen physique.
- 7 4:43,2 - 4:58,1 Le Dr P. s'installe à la table de la salle à manger. La patiente répète que le Dr P. doit remplir le certificat médical, alors qu'on en a parlé deux minutes avant.
- 8 4:53,7 - 6:12,4 Question sur le traitement en cours. Le Dr P. installe son ordinateur portable, l'allume. Portable comportant le logiciel médical avec accès à l'ensemble des dossiers médicaux des patients.
- " Je pourrais plus travailler sans. Donc, je vais regarder par rapport au Norset®, effectivement hein, parce que je pense que vous aviez vu aussi... Madame C. est allée voir une de nos consoeurs... par rapport à... la mémoire... " Le Dr P. veut consulter un courrier médical d'un médecin spécialiste pour prescription du Norset®. Notion du décès l'année dernière d'un fils de la patiente, à l'âge de 52 ans.
- 9 6:18,2 - 6:38,4 Le Dr P. remplit le certificat de sport.
- 10 7:37,3 - 8:14,0 Attente de fonctionnement de l'ordinateur. Problème de réseau et de connexion au logiciel.
- 11 8:36,5 - 9:50,6 Le Dr P. doit remplir précisément un formulaire faisant office de certificat médical, et notifier la présence ou l'absence de trouble de l'équilibre. La patiente réagit : " J'ai pas de... Ca va, l'équilibre... Je me tiens même sur un pied quelquefois. "
- La patiente explique qu'elle se met sur un pied dans la douche, lorsqu'elle se lave les pieds. Conseils de prudence donnés. La patiente explique précisément l'attitude qu'elle prend, mais on observe un manque du mot. Elle ne retrouve pas le mot lavabo : " ... un petit peu sur le... sur le... comment... pas l'évier parce que c'est pas un évier là, mais ... - Sur le bord du lavabo ? - Du lavabo voilà, c'est le lavabo, je trouvais pas le mot. - Ouais. Non mais il faut vous asseoir, Denise. "
- 12 9:56,2 - 10:10,2 Question sur la téléalarme lors de la toilette. Conseils répétés.

- 13 10:35,9 - 12:08,0 " Il faut que je vous règle, aussi... "
 La patiente se met à rédiger un chèque : " Trente-trois, c'est ça ?
 - Absolument. - ... Je me rappelle pas d'une fois sur l'autre... [...]
 Alors, c'est aujourd'hui le...douze ? - On est le vingt-trois. - Ca
 passe vite, hein... Docteur... Docteur... Alors là faut que je fasse...
 faut que je le remplisse, hein, parce que... - Ouais. - ... je le
 remplissais pas... vingt-trois... - Non, trente-trois. - Oh ! Oh là...
 [...] A Rezé... Nous sommes le... le, le combien, le vingt-trois ?
 - On est le vingt-trois. "
- La patiente marque la date et signe : " ... et je signe... "
- 14 12:11,0 - 12:36,9 Le Dr P. interroge la patiente sur le nom du Président de la
 République. Elle hésite : " Euh, c'est comment euh... le petit là...
 (rires) je le vois dans ma tête, mais... - C'est bien, c'est bien...
 - S... S... Sarkozy, voilà. - Oui, impeccable. Et son Premier
 Ministre, il s'appelle comment ? - Fillon. - Oui. "
- 15 12:41,0 - 13:28,5 Le Dr P. fait un test de logique à la patiente. Elle contourne le
 piège. La patiente vérifie encore son chèque : " Zéro six, deux-
 mille-onze... " Le Dr P. récupère le chèque et se rend compte que
 la patiente s'est trompée : elle a écrit de nouveau la date à
 l'endroit de l'ordre... " C'est pas grave. "
- 16 13:46,8 - 14:35,7 Utilisation de l'ordinateur pour accès au dossier médical.
 Tentative de lecture du dernier IRM cérébral et du courrier d'un
 médecin gériatre.
- 17 14:49,8 - 15:16,0 A propos du Norset®, le Dr P. : " C'est juste pour améliorer un
 petit peu la mémoire. - La mémoire... Oui, ça... des fois je suis
 obligée... faut que je marque quand même. "
- 18 15:20,1 - 15:59,9 " Il pédale... " L'ordinateur ne fonctionne pas : " Bon, quand ça
 marche, ah bah oui, c'est bien. - Ouais, quand ça marche, mais
 moi, j'ai pas besoin de ça heureusement, parce que ça me... "
- La patiente réagit à côté de la plaque. Poursuite des essais pour
 ouvrir les fichiers du dossier médical.
- 19 16:31,6 - 16:42,6 Patiente : " Le coeur est à ménager ? - Bien sûr, le coeur est à
 ménager. "
- 20 18:56,3 - 19:32,0 Discussion sur le traitement par Odrik®. La patiente se trompe
 dans le dosage du traitement...

5. 3. Consultations du Dr B.

Audio 1 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

	Plage de temps	Contenu
1	0:01,8 - 1:40,7	Le patient vient avec des vaccins. C'est la troisième consultation de ce patient avec le Dr B. Le patient vient de récupérer son dossier médical chez son médecin précédent. Lecture par le Dr B. du dernier courrier de cardiologie. Le patient se lance dans une discussion à propos d'une personne de son entourage.
2	2:24,4 - 4:34,0	Vérification par le Dr B. de l'éventualité d'un antécédent de diabète chez ce patient. Explications faites au patient d'un possible diabète. Planification du suivi sur ce point.
3	4:36,6 - 5:46,1	Dr B. : " Vous allez vous déshabillez et puis on va faire les vaccins... et puis je vais prendre votre Carte Vitale aussi avant. " Le patient donne la Carte Vitale, son chèque. Le Dr B. fait sa prescription pour le suivi biologique à faire à 3 mois, informe d'un certain nombre d'éléments médicaux son dossier médical informatisé. Le patient disserte sur le fonctionnement d'un parking en ville...
4	7:08,8 - 7:45,6	Le patient montre au Dr B. une crème qu'il a récupérée en Suisse et demande si c'est à utiliser ou non, dans le cadre de son arthrose. En même temps, il s'est très légèrement découvert. Dr B. : " Vous allez quitter votre pull aussi. " Le patient s'exécute lentement. Le Dr B. prépare les vaccins.
5	8:00,4 - 9:52,2	Passage côté table d'examen. " Respirez fort. Soufflez fort ! Parfait ! " Réalisation du vaccin antipneumococcique. " Vous faites votre vaccin contre la grippe tous les ans ou pas ? " " Respirez fort ! Voilà, super. " Réalisation du second vaccin, antitétanique. Le patient : " C'est moins méchant que les pelotons d'exécution. "
6	10:15,3 - 10:43,4	Le Dr B. signale que ce patient est venu deux fois avant. Il n'était pas à jour de ses vaccins. Le Dr B. n'avait pas son dossier médical initialement. Etude des comorbidités nécessitant plusieurs consultations.

7 10:43,2 - 10:56,5 Exemple pris d'une autre patiente, qui a demandé au médecin de revenir plusieurs fois à intervalles courts, pour prendre le temps de faire le point tranquillement avec le Dr B. sur ses pathologies.

8 10:54,7 - 12:24,4 Le patient interpelle le Dr B. : " Qui est-ce qui vous oblige à avoir... - Comment ? - ... un quart d'heure ? Qui est-ce qui vous oblige ? - Ca, c'est une bonne question. Ce qui nous oblige à avoir un quart d'heure, c'est que... déjà pour faire fonctionner une structure comme celle-là... C'est nous qui la finançons, cette structure. [...] "

Explications du Dr B. sur la tension entre la nécessité, d'une part, de maintenir un certain rendement, pour gagner sa vie et pouvoir travailler dans de bonnes conditions matérielles, qui nécessitent des frais, et d'autre part, de suivre les patients correctement.

" Moi, mon rêve, c'est toujours ce que je dis, c'est voir une personne toutes les demi-heures, ou même plus. Mais si vous faites toutes les demi-heures... "

Le patient prend l'exemple du retard régulier qu'un autre médecin avait sur son planning. Le Dr B. surenchérit en prenant un second exemple, où le médecin pouvait avoir jusqu'à deux heures de retard.

9 12:24,2 - 13:11,9 " Moi, j'ai consulté très très longtemps sans rendez-vous. Les gens rentraient. Alors... parce que mon prédécesseur fonctionnait, il comme ça avant. Moi avant, je fonctionnais sans rendez-vous (répété à l'intention du patient qui n'a pas entendu), alors j'allais prendre un quart d'heure, vingt minutes, une demi-heure... J'avais pas de rendez-vous... donc les gens venaient quand ils voulaient. [...] Trop de monde. On se serait cru dans les pays de l'est. [...] Des jours, y'avait quinze personnes, les gens étaient assis dans le couloir. " Actuellement, le Dr B. reçoit les patients sur rendez-vous.

10 13:51,0 - 14:34,7 Le patient sort. Discussion sur ce qui se passe lorsque le Dr B. reprend les patients d'un autre médecin, notamment la découverte de problèmes de santé non gérés : une patiente avec une hémoglobine à 20 g/dL depuis deux ans, notamment. Ce phénomène aurait tendance à rendre le Dr B. réticent à prendre d'autre patient.

Audio 2 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

	Plage de temps	Contenu
1	0:29,5 - 0:35,9	Rajout d'une visite pour le jour même, sur le planning.
2	0:48,5 - 0:56,4	Motif de consultation : renouvellement trimestriel.
3	1:07,0 - 2:01,9	Dernières consultations faites par d'autres médecins, le Dr B. étant absent. Consultation du dossier médical informatisé pour lecture des derniers comptes-rendus de médecins spécialistes.
4	2:10,1 - 2:55,1	Le Dr B. signale qu'il a parfois des difficultés à récupérer les courriers de certains médecins : " Ca, c'est le problème, des fois. [...] Sur les ophtalmos, sur... sur les ORL. [...] Y'en a, ils écrivent presque jamais. [...] Des fois, on a envie d'avoir une... on se dit des fois mince... [...] Cardio : toujours, gastro-entéro : toujours. [...] Et puis y'a des ophtalmos : toujours. Y'a des ORL : toujours. Y'en a, c'est pénible, parce qu'ils font des trucs... " Difficulté de suivi possiblement dû à l'absence de courriers de médecins spécialisés.
5	2:53,7 - 3:22,8	Lecture de quelques comptes-rendus du patient. Question sur le suivi d'une dyslipidémie.
6	4:55,7 - 5:55,9	Résumé de l'ordonnance en cours. Le patient signale qu'il lui arrive d'avoir des petits boutons qui apparaissent. Il attribue cela au finastéride. Le Dr B. confirme que cela peut arriver avec certains génériques. Le patient a déjà subi des effets indésirables d'un générique du Lévothyrox®. Absence de fiabilité des génériques de ce médicament. Discussion sur le Kardégic®.
7	6:22,6 - 6:48,4	Vérification sur le plan biologique. Prescription d'un bilan sanguin à faire à trois mois.
8	7:35,0 - 7:49,2	Dr B. : " On voit des gens qui se grattent sous furosémide et qui arrêtent de se gratter sous Lasilix, hein. [...] Des sujets âgés qu'ont du furosémide et qui se grattent, qu'ont un prurit, faut toujours essayer de leur donner un princeps, parce que souvent, ça marche bien. "
9	7:49,0 - 7:59,7	" Je vous ai mis de l'Effergal® , est-ce que vous en prendrez ? - Oui, ça je veux bien. [...] - Et la dernière fois, il avait rajouté... je sais plus. - Oui, [...] pour l'estomac. "

- 10 7:59,9 - 8:58,3 Début de l'examen physique. " Asseyez-vous. " Le Dr B. aborde le sujet d'une visiteuse médicale, qui s'est incrustée, ce qui a été cause de retard pris sur la consultation. Le Dr B. signale qu'il n'a pas eu le coeur à l'esquiver, qu'il s'est rendu disponible, mais que cette visite n'était pas prévue, alors qu'il a l'habitude de réserver tous les jours des créneaux aux visites médicales, officiellement.
- 11 9:03,6 - 10:23,5 Le silence s'installe. Auscultation cardiaque du patient.
" Respirez fort par la bouche. "
Auscultation pulmonaire. " Très bien. Pas essoufflé ? "
" Vous la prenez votre tension de temps en temps chez vous ? "
Mesure de la pression artérielle par appareil automatique.
Silence. " 13,5/7. "
- 12 10:21,4 - 11:03,3 Discussion sur le suivi du patient par un autre médecin, auquel le Dr B. avait adressé le patient. Retour au bureau. Le patient se rhabille.
- 13 11:01,7 - 11:41,6 Autre problème : celui de la prescription d'anti-épileptique générique. Problème d'efficacité reconnue. Le Dr B. signale qu'il faut notifier sur l'ordonnance " non générique ".

Audio 3 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

	Plage de temps	Contenu
1	1:16,1 - 1:20,1	Dr B. : " On vous écoute. - Moi, je viens pour un problème de dos. "
2	1:20,4 - 2:26,3	Spontanément, le patient signale avoir eu plusieurs épisodes de lombalgies, de résolution rapide. L'épisode actuel se prolonge. Le patient détaille les facteurs aggravants, le point de départ de l'épisode (effort de soulèvement), l'évolution des douleurs, leur localisation. Dr B. : durée de l'épisode, douleur la nuit ? Le patient signale spontanément avoir eu une irradiation dans la jambe gauche : " Y'a un jour où au fait ça m'a (mot non compris) dans la jambe, en plus. - Oui, c'est ce que je voulais vous demander, ouais. - Donc j'ai mal dans la fesse, l'intérieur de la jambe, mais ça... ça, c'est disparu... - Pas dans le pied ? [...] "
3	2:25,6 - 3:50,3	" Vous allez quitter votre chemise, vous mettre torse nu, puis déboutonner votre ... " Le patient continue à décrire sa douleur : elle est déclenchée à la mobilisation. Le Dr B. revient sur le facteur déclenchant, l'ancienneté du dernier épisode. " Alors vous allez rester debout, c'est moi qui vais m'asseoir. Tournez-vous. " Observation d'une déviation rachidienne : attitude antalgique. Palpation du dos. Retour sur la notion d'irradiation transitoire dans la jambe.
4	3:48,9 - 4:50,1	Dr B. : " Ce que vous avez, c'est un lumbago. Y'a pas de sciatique. " Explication de la notion de lumbago, en s'aidant d'un schéma anatomique affiché au mur.
5	4:48,2 - 5:16,6	Patient : " Je fais régulièrement des lombalgies, mais ça m'inquiète pas trop, ça dure trois, quatre jours, je suis coincé, puis ça revient. Mais là... [...] Y'a que debout que je suis bien. [...] Le pire, c'est la voiture. "
6	5:31,3 - 6:18,7	Le Dr B. détaille le traitement : mesures d'ergonomie et traitement médicamenteux. Kinésithérapie éventuelle dans un second temps.
7	6:34,9 - 7:07,5	Le patient : " Je sais que j'aime pas trop les anti-inflammatoires, parce que j'ai l'estomac assez fragile. " Poursuite des explications sur le traitement, l'évolution prévisible, etc.

Audio 4 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

- | | Plage de temps | Contenu |
|---|-----------------|--|
| 1 | 0:14,5 - 0:47,5 | <p>Dr B. : " On vous écoute. - Ben moi, je viens parce que j'ai un problème dans une oreille, mal à l'oreille. Je crois que c'est pas une otite. Je vais au médecin, mais... Le problème, c'est quand je suis couchée simplement sur le côté, j'ai des douleurs quand je relève la tête, épouvantables. C'est pas d'aujourd'hui, ça fait... trente ans que c'est comme ça, mais là, ça s'accentue... "</p> <p>La patiente décrit des douleurs en fonction de la mobilisation de la tête et du cou.</p> |
| 2 | 0:46,6 - 1:23,4 | <p>Le Dr B. interrompt la patiente pour revenir sur les résultats de la dernière prise de sang. Discussion sur la triglycéridémie.</p> |
| 3 | 1:20,4 - 4:12,0 | <p>Dr B. : " Venez avec moi, vous allez quitter votre veste. " Déplacement vers la table d'examen. " Là, ça devient de pire en pire ? - Non, c'est pas de pire en pire, mais ça m'a toujours fait ça depuis trente ans au fait. [...] Et là, depuis quelques temps, quand je me relève la tête, j'ai une douleur dans l'oreille... " Le Dr B. fait une otoscopie, des deux côtés. " C'est pas de cette année. "</p> <p>Patiente : " Alors, des fois, quand j'appuie là, j'ai un léger s... quand j'appuie derrière l'oreille depuis longtemps, j'ai un léger suintement des fois, dans l'oreille. - Ah, ce que vous avez, ce que vous avez qui suinte, c'est un peu de cérumen. "</p> <p>Patiente : " Alors, j'ai peut-être une petite tumeur à l'intérieur ? " Le Dr B. rassure la patiente. " Qu'est-ce qui peut faire ça, comme ça ? "</p> <p>Dr B. : " Ca fait comme une décharge électrique un peu ? - Non, ça fait pas une décharge électrique. C'est... Ca me fait une... Je peux pas expliquer, c'est une douleur dans l'oreille, mais... - ... qui dure combien de temps ? - ... qui va durer, je sais pas, quelques minutes même pas, et puis ça passe, terminé. Et je l'ai pas dans la journée. Je l'ai que lorsque je suis couchée. " Explications faites par le Dr B.</p> |
| 4 | 4:11,2 - 4:18,1 | <p>" Vous me prenez ma tension, une fois que je suis décidée, s'il-vous-plaît ? "</p> |
| 5 | 4:17,4 - 4:30,0 | <p>Dr B. : " Je vous trouve mieux que l'autre fois. - Oh, je suis pas au top... - Mais mieux quand même. "</p> |

- 6 4:27,5 - 4:59,0 Dr B. : " On parlait ce matin, l'impression, hein... L'impression clinique, moi j'y crois vraiment beaucoup. L'ambiance du patient... La manière dont il parle, la manière dont il vient... [...] C'est très important - Au niveau de l'état dépressif ? - Oui, et même autre hein. Sur une douleur, c'est énorme, c'est énorme. "
- 7 5:11,8 - 5:34,6 Survenue d'un coup de téléphone.
- 8 5:39,7 - 5:54,6 Patiente : " Alors mon oreille, y'a rien ? - Non, non, non. - Y'a pas à m'inquiéter, je m'étais dit faut que je passe les examens complets. - Non, non, non. - Si c'est une tumeur... - Non, non, non, c'est pas une tumeur. "
- 9 6:12,7 - 6:45,6 Retour au bureau. Reprise de la discussion sur la triglycémie.
- 10 7:16,6 - 7:57,4 Patiente : " J'étais en train de penser : la densométrie là, y'a longtemps que j'en ai pas passée. - L'an prochain, c'est vrai. "

Le Dr B. a regardé dans le dossier médical informatisé de la patiente une note qu'il avait rédigée, avec la planification de plusieurs examens complémentaires systématiques. Il signale faire cela pour chaque patient.

Audio 5 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

	Plage de temps	Contenu
1	0:20,1 - 0:38,6	Dr B. : " Alors, qu'est-ce qui se passe ? - Je me suis fait mal au doigt mardi soir. - En faisant quoi ? - Un truc tout con avec un tape-cul. En fait j'ai glissé, je me suis rattrapé comme ça. Sauf, le doigt, il est venu s'aplatir ici. Donc là, je suis tout gonflé, je suis bleu, j'arrive plus à plier. - O. K. "
2	0:38,3 - 1:58,2	Patient : " J'enlève la bande ? - Bah on va aller voir ça là-bas. " Déplacement vers la table d'examen. Retrait de l'attelle que le patient s'est lui-même mise. " Alors... " Le Dr B. palpe la main du patient, à la recherche de douleurs : " Ca, ça fait mal ? - Oui. - Ca aussi ? - Oui. Je peux pas le bouger en fait. - Ouais, faut faire une radio, quoi. Faut faire une radio... des deux derniers rayons, au moins de celui-là. - En fait, là, ça, ça bouge, mais c'est ça, ça bouge pas. - Ouais, voilà, ouais. Se méfier d'une tête de méta. "
3	2:05,0 - 5:55,8	Retour au bureau. Prescription d'une radiographie. Explications de la prise en charge en fonction du résultat. Organisation sur le plan pratique. Le patient doit revenir en seconde partie de journée. Le Dr B. transcrit l'examen clinique dans l'ordinateur. Impression d'une ordonnance pour la radiographie. Consultation à suivre.
4	0:14,6 - 1:40,7	Seconde partie de la consultation du jeune homme avec traumatisme de la main. Venu le matin, il revient l'après-midi après avoir fait des radiographies. Le Dr B. regarde les clichés : absence de fracture. Le Dr B. indique l'absence d'indication d'un anti-inflammatoire. Conseils pour l'immobilisation. Prescription de bandes. Impression.

Audio 6 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

	Plage de temps	Contenu
1	1:25,2 - 1:34,6	Dr B. : " Bien. Comment ça va ? - Ma foi, je suis toujours entre deux eaux quoi... Enfin, je me plains pas. "
2	1:42,7 - 6:23,6	Vérification de la dernière prise de sang par le Dr B. Utilisation de l'informatique pour mémorisation des problèmes de santé. Le Dr B. avait noté que le patient avait des triglycérides élevés. Le patient rappelle un antécédent d'anémie sur hémorragie digestive. Résumé de la prise de sang. Conseils diététiques donnés pour modération en alcool et sucre. Le Dr B. signale sa modération dans les conseils qu'il donne aux patients sur leur régime.
3	6:30,6 - 6:34,4	Dr B. : " Vous allez vous mettre torse nu. - On va essayer... "
4	6:34,3 - 6:44,7	Dr B. : " Le zopiclone, vous en prenez euh... - Ah oui, toujours... - Toujours. D'accord. " Le Dr B. réalisera des ordonnances en avance.
5	6:44,2 - 7:33,8	Le patient signale un voyage dans le sud prochainement, chez son fils. Quelques citations sur la mer.
6	9:06,6 - 10:20,6	Déplacement vers la salle d'examen. Patient : " Voyez, j'en ai plein, partout. " Inspection de la peau : taches rubis, verrues séborrhéiques. Conduite à tenir possible exposée au patient, avec un dermatologue ou au cabinet du Dr B. Mesure automatique de la pression artérielle. " 14/8. Pouls : 69. "

- 7 10:21,5 - 11:18,3 Dr B. : " Alors y'a un truc aussi dans la relation avec les patients, quand on commence à... à connaître les patients... mais faut des années [...], faut des années en fait pour les connaître, faut faire très attention à... à mon sens hein... faut toujours revenir, comme on dit en aéronautique : " back to the basic ", c'est-à-dire faut toujours revenir et toujours se dire que c'est des patients et que, voilà, on n'est pas là pour parler de... [...] c'est sympa qu'on discute comme on a fait à l'instant, c'est très bien. Moi, j'aime beaucoup faire ça, mais... parce que le monsieur vient pour un renouvellement, qu'il a pas de plainte, etc. Mais quand y'a une... une ma... enfin moi, je sais, quand ils sont malades euh... je parle de rien d'autre que de la maladie, parce que... on est dedans et on... voilà. [...] Il faut toujours revenir aux basiques, c'est-à-dire pas se laisser polluer par : " Votre femme va bien... et le bébé... " etc., etc., parce que ça peut durer des années, puis au bout d'un moment, on a 20 grammes d'hémoglobine pendant deux ans... "
- 8 11:21,3 - 13:02,4 Discussion sur quelques notions bioéthiques : " Il faut absolument garder la dissymétrie de la relation. " Discussion sur la position du médecin et celle du patient lors de la consultation. Notion de la barrière nécessaire entre le médecin et le patient, comme entre le professeur et l'élève.
- Ecueil des relations trop cordiales entre les différents soignants en maison de retraite, qui peuvent desservir le patient.
- 9 16:12,1 - 17:36,3 Survenue d'un coup de téléphone. Prise de rendez-vous pour un patient.
- 10 17:58,6 - 18:12,4 Rédaction du compte-rendu de consultation dans le dossier médical informatique.
- 11 18:29,8 - 20:50,9 Discussion sur l'éthique de la profession médicale. Nécessité de vivre soi-même pour soigner les personnes. Rester en contact avec la société. Le Dr B. se décrit comme un littéraire. Garder du temps pour vivre à l'extérieur du cabinet. Contre-exemple d'un médecin n'ayant pas pris de vacances depuis sept ans.

- 12 20:49,8 - 22:29,5 Le patient parle de la première fois qu'il a vu le Dr B. en consultation : " Je vous avais dit... je dis il va pas tenir le coup, ce gars-là..."

Le Dr B. revient sur le passé, en 2007, époque à laquelle il fonctionnait sans rendez-vous : " Mais, je vais vous dire aussi, c'est que mon père était extrêmement malade à cette époque-là, et j'ai été quatorze ou quinze mois sans prendre de vacances, parce que il a... il avait un lymphome, hein, et donc, c'était en plein... Au moment où on s'est vus, il était en... il était vraiment pas bien. Donc je pense, ça devait me tirer sur le... beaucoup sur le... [...] Parce qu'à un moment donné, c'est très difficile aussi de faire le mélange... Y'a un mélange des genres qui se fait, quand on a, disons, quelqu'un de très très proche qu'est très malade, et puis qu'on est en même temps en train de soigner les autres, et puis que... Ca, c'est... très très dur à vivre. Très très dur à vivre. Tous les soirs, j'allais... tous les soirs, j'allais en hémato, pendant trois mois. Tous les soirs, tous les soirs, tous les soirs, tous les soirs. Chambre stérile, etc... C'est dur ça... "

- 13 23:11,4 - 23:33,8 Le Dr B. signale que l'approche éthique et humaine de la médecine est aussi ce qui lui permet de tenir. Une autre possible motivation étant celle de l'argent : exemple pris d'un autre médecin.

Audio 7 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

	Plage de temps	Contenu
1	0:08,4 - 0:33,4	<p>Le patient : " Je viens pour un renouvellement, moi. "</p> <p>Dr B. : " Comment ça va ? - Ca va. - Bien. Vous êtes bientôt en vacances ? "</p>
2	0:42,9 - 2:14,0	<p>Le patient demande au Dr B. de vérifier son oreille, comme préconisé à la suite d'une consultation ORL : " Faut regarder dans mon oreille si le trou est bouché. "</p> <p>Le Dr B. a reçu un courrier du médecin ORL. Retour sur l'histoire de la maladie. Le patient : " J'ai encore une faiblesse de l'oreille. - Ouais. Mais bon y'a... de la transmission, hein. " Question sur la nécessité d'un appareillage. Difficulté pour entendre quand plusieurs personnes parlent en même temps. Le Dr B. explique son avis sur les appareils auditifs.</p>
3	3:11,0 - 4:10,9	<p>Lecture du courrier du médecin ORL, dont l'examen clinique. " Il faudra revérifier le tympan dans un mois environ, pour juger s'il amorce une certaine cicatrisation. "</p>
4	4:32,5 - 4:37,1	<p>Le patient : " Autrement, ben c'est le renouvellement de mes médicaments. - Ouais. "</p>
5	4:39,8 - 6:50,9	<p>Question sur un futur rendez-vous avec un gastro-entérologue pour une coloscopie.</p> <p>" Vous allez vous mettre torse nu. "</p> <p>Le patient a eu un test Hémocult® positif. Rappel par le Dr B. de la situation.</p> <p>Otoscopie : " Je vais déjà essayer de me le mettre dans l'œil. [...] Je vais me mettre dans l'œil... le tympan. Et puis euh... D'accord... Ca fait... un quart de quadrant... D'accord. Donc y'a à peu près l'image de ce qu'elle a trouvé elle. Un petit peu de liquide qui passe par l'oreille moyenne, plus une petite euh... [...] Donc, là ça fait à peine le quart du... enfin... - Donc ça se rebouche un peu ? - Je sais pas. Franchement, je peux pas vous dire parce que moi, la dernière fois que je vous ai vu, vous aviez en plus un diabolo à l'intérieur, donc c'est difficile... Dans trois mois, je vous dirai. "</p>

- 6 6:53,7 - 8:11,9 Le silence s'installe. Auscultation cardiaque. " Tournez le cou. "
Auscultation carotidienne. " Respirez fort par la bouche. "
Auscultation pulmonaire.
- Mesure automatique de la pression artérielle. En même temps, discussion sur la positivité de plusieurs tests de dépistage du cancer colorectal. " Vous avez une super tension : 13/7. "
Discussion sur le traitement antihypertenseur du patient.
- 7 8:31,8 - 9:06,6 Rédaction du compte-rendu de consultation dans le logiciel informatique.
" Je vais mettre euh... Là, faudrait presque pouvoir faire un petit dessin dans le logiciel... Je vais mettre... euh... quadrant... "
- Il tape la description de l'otoscopie. Le patient se rhabille.
- 8 9:04,6 - 9:36,8 Impression de l'ordonnance. Règlement. Fin.

Audio 8 – Verbatims - Dr B. – 08.07.11

- | | Plage de temps | Contenu |
|---|-----------------|--|
| 1 | 0:48,0 - 0:54,7 | Dr B. : " Je vous écoute. - Pour un renouvellement. - Ouais. " |
| 2 | 0:53,6 - 1:40,2 | Dr B. : " Comment va votre épaule ? - Ca va... mieux. - Ah ! D'accord. " |
| | | Résumé de l'histoire de la maladie : luxation de l'épaule et rupture de la coiffe des rotateurs. IRM, consultation orthopédique, kinésithérapie. |
| 3 | 1:42,1 - 3:03,3 | Patiente : " J'ai mal à l'autre épaule. - Ouais, mais ça... - Ah mais très mal, je peux pas la... des fois, je peux pas la lever. - C'est pas trop étonnant ça, parce que... - Ah oui, mais je vais pas rester comme ça, mal comme ça, moi. " Le Dr B. n'enchaîne pas, change de sujet en abordant le besoin de faire une prise de sang. La patiente n'est pas motivée pour faire la prise de sang proposée. |
| | | Le Dr B. repart sur le symptôme exprimé plus tôt : " Et l'autre épaule fait mal ? - Bah des fois, je peux pas lever le bras. " Explications. " On va regarder ce que ça donne. Vous allez quitter votre veste. " Discussion sur les soins de kinésithérapie. |
| 4 | 3:11,0 - 5:14,2 | Déplacement vers la table d'examen. Dr B. : " Vous allez me montrer ce que vous arrivez à faire. Ah mieux ! - Ah bah mieux, avant j'étais comme ça... [...] Vous arrivez un peu à touchez votre front ? [...] Et ça, vous arrivez à faire ? - Un petit peu, mais pas jusqu'au bout. - Et l'autre épaule fait mal où ? - Là, là. Alors il m'a dit Félix, ça serait peut-être une capsulite aussi. Que ça se pouvait. " |
| | | Dr B. : " Alors, la capsulite rétractile, y'a un signe qu'est très facile à... à... c'est très facile, c'est que... y'a pas de rotation externe. Tu bloques le coude comme ça. Allez toucher ma main... Plus loin... voilà. Y'a bien vingt degrés de rotation externe... C'est pas une capsulite. Une capsulite rétractile, les gens, ils arrivent pas à... [...] Mettez les pouces en bas. Soulevez la main, soulevez le bras..." |
| | | Recherche de douleurs lors de différents mouvements contrariés de l'épaule. " C'est plus à mon sens soit le deltoïde... - Oh oh la la ! (la patient est douloureuse lors du mouvement fait) - Ouais, voilà. Là, c'est l'insertion du deltoïde qui vous fait mal. " |

- 5 5:23,6 - 5:33,1 Dr B. : " Même en 2011, c'est anti-inflammatoire... Vous avez pas mal aux dents ? - Aux dents, non. "
- 6 5:33,1 - 6:35,4 Auscultation cardiaque. " Respirez bien fort. " Auscultation pulmonaire.
- Dr B. : " Alors dans les examens systématiques, moi je trouve qu'il faut être très motivés, parce que quand on palpe les ganglions des gens, par exemple, c'est rentable, mais c'est très peu rentable. "
- En même temps, mesure automatique de la pression artérielle.
- " C'est-à-dire qu'en... en... en huit ans euh... on en trouve quatre quoi. Par contre, quand on en trouve, ça... c'est du lourd. [...] Bah les thyroïdes, c'est pareil. Dans les examens de sport, chez les demoiselles, on en trouve. " Exemple de la découverte d'un goitre chez un patient.
- " 14/8. Faut qu'on la traite, cette épaule quand même... - Oh bah oui, moi, je veux pas rester comme ça. - Ouais. Du coup, on lui a enlevé sa thyroïde. "
- 7 6:44,7 - 7:22,3 Dr B. : " A mon avis, la grande difficulté de la médecin générale, c'est que... y'a... la majorité des choses, c'est... est soit pas grave, soit facile, etc. Mais c'est pas pour autant qu'il faut négliger le reste. Les douleurs thoraciques qu'on voit, c'est la plupart du temps pas cardiaque, la plupart du temps pas embolie pulmonaire, mais y'en a. Euh... les fatigues, les gens qui disent : " Je suis fatigué. ", y'a énormément des gens fatigués, y'a énormément... 99 % des jeunes fatigués qui viennent nous voir, c'est rien, mais sauf que, une fois dans l'année on va retrouver une sarcoïdose, une deuxième fois une leucémie aiguë et... voilà. "
- 8 8:18,4 - 8:31,1 Dr B. : " La médecine générale, c'est... sur un plan on va dire... diagnostique, c'est assez frustrant, parce que, très souvent, on sait pas ce que les gens ont, mais on sait ce qu'ils ont pas. Hein ? C'est complètement ça. "
- 9 8:28,8 - 9:47,1 Exemples de patients dont le tableau clinique n'a jamais été compris, malgré de nombreux examens paracliniques. Exemple d'une patiente ayant présenté un état inflammatoire clinique et biologique, dont les explorations n'ont jamais mis en évidence une cause. Le tableau s'est spontanément résolu au bout de neuf mois.

10 9:46,2 - 11:06,8 " Ca, c'est votre traitement tous les trois mois. - Un renouvellement de semelles orthopédiques aussi. - Ouais. - Et puis Météospasmyl®. - Oui. - Parce que y'a pas autre chose de plus efficace ? "

Explications du Dr B. " Ca me fait du bien, mais bon pas vraiment... [...] - Vous en prenez combien de Météospasmyl® ? "
Réponse de la patiente.

Adaptation de l'ordonnance. Impression.

11 11:28,1 - 12:39,4 Dr B. : " Ca vous fait mal la nuit, les douleurs de l'épaule ou pas ? - Non. Enfin, si. Après les... la journée et après des séances, deux fois par semaine, comme j'en ai eu ce matin, après j'ai mal quand même. Ca va, c'est pas... "

Courrier fait pour le kinésithérapeute : " Je mets pas de signe clinique de capsulite, ça rassurera le kiné. " Ordonnance pour les semelles. Planification de la prise en charge ultérieure.

Audio 9 – Verbatims - Dr B. – 08.07.11

	Plage de temps	Contenu
1	0:06,3 - 2:41,2	<p>Discussion sur les consultations sans rendez-vous. En parlant du prédécesseur du Dr B., qui travaillait sans rendez-vous, la patiente : " Ah bah c'était minimum. " Selon le Dr B. : défaut pour le patient de l'attente souvent importante, mais avantage d'avoir la certitude d'être vu par le médecin.</p> <p>La patiente signale que ce médecin répondait lui-même au téléphone : " ... alors si on avait un souci... ça le dérangeait, naturellement, mais enfin bon, c'était lui qui répondait, y'avait pas de secrétaire. " Clairement, la patiente regrette ce système révolu.</p> <p>Le Dr B. évoque le système d'une consultation sur rendez-vous, mais impliquant une certaine souplesse dans les horaires. Ce système permettrait de réaliser certains gestes plus facilement (exemple des sutures).</p>
2	2:39,1 - 6:27,5	<p>Dr B. : " Votre sucre ? - Mon sucre, il est là mon sucre. [...] - Bah c'est pas mal. " Discussion.</p> <p>Patiente : " La seule chose que je, je... j'ai un petit souci, j'ai pris trois kilos dans un mois, là. Normal ça ? Sans rien modifier. [...] Ca fait grossir le diabète ? " Explications du Dr B. Questions sur le mode de vie (alimentation, exercice physique). Pas d'explication claire trouvée pour cette prise de poids. Supposition d'un problème thyroïdien.</p>
3	6:28,1 - 6:34,6	<p>Vérification de la réalité de cette prise de poids, pour éviter l'erreur de balance. Dr B. : " Vous vous sentez, vous, plus... - Ah bah oui, j'ai pris une taille de pantalon. Ah oui, j'ai pris une taille, hein. "</p>
4	6:40,9 - 7:03,9	<p>Dr B. : " On avait dit que c'était cette année qu'on ferait une ostéodensitométrie. - Je l'ai fait. - Ah ! Vous avez pas le résultat ? " Discussion.</p>
5	7:36,6 - 8:31,4	<p>Retour sur la nécessité de contrôler l'hémoglobine glyquée, qui a tendance à augmenter légèrement.</p>
6	8:43,6 - 9:04,2	<p>Dr B. : " Zolpidem, je vous fais une ordonnance en avance ou pas ? - Oh ben, il m'en reste un peu, mais j'en prends... - Ouais... - ... de temps en temps... - Deux boîtes de quatorze, ça ira, pour trois mois ? - Oh bah, il m'en reste une boîte encore. Voyez, je suis très très... je suis très, très... comment... raisonnable. Mais bon... "</p>

- 7 9:04,4 - 9:15,6 Dr B. : " Il faut pas vous donner de générique du Lévothyrox®, hein. " Notification sur l'ordonnance.
- 8 9:17,5 - 9:22,2 Patiente : " Vous me prenez ma tension ? - Ouais, j'arrive, j'arrive... "
- 9 9:24,3 - 9:56,2 Déplacement vers la table d'examen : " Allongez-vous. " Retour sur l'alimentation et l'exercice physique. Intolérance aux hydrates de carbone.
- 10 10:01,6 - 10:24,3 Dr B. : " Ce qui est assez rentable aussi, c'est les carotides. On en trouve. Y'a des fois des séries, même chez les gens jeunes. Ce que je fais peut-être pas assez, c'est prendre la tension aux deux bras. C'est pareil, on trouve aussi pas mal de... (mot non compris) "
- 11 10:38,9 - 12:15,0 Mesure automatique de la pression artérielle. Poursuite de la discussion. Contrôle de la thyroïde envisagée.
- 12 12:14,8 - 14:16,6 Retour au bureau. Programmation d'une prise de sang dans trois mois. Règlement.

Audio 10 – Verbatims - Dr B. – 08.07.11

	Plage de temps	Contenu
1	0:08,0 - 0:14,1	Motif de recours : " Je viens pour la visite médicale, pour le hand. "
2	0:50,2 - 1:20,2	Discussion à propos de l'utilité d'un électrocardiographe au cabinet. Le Dr B. en ferait au moins un par semaine. Exemple pris de l'arythmie cardiaque et de la distinction entre extrasystolie et fibrillation auriculaire.
3	1:55,9 - 2:05,0	Contrôle de l'évolution d'un problème gynécologique antérieur : " L'Implanon® a été retiré ou pas ? - Oui. - D'accord. Et ça se passe mieux ? - Là, ça se passe mieux, ouais. - Ah, c'est bien. "
4	2:08,2 - 2:24,6	Le Dr B. demande à la patiente son poids et sa taille pour le noter sur le certificat. La patiente répond.
5	2:55,6 - 4:48,8	Déplacement vers la table d'examen. Ouverture de la discussion par le Dr B. : " A part ça, un peu de footing, un peu de vélo, un peu de... ou rien ? " Discussion d'ordre relationnel sur le tennis. Le Dr B. fait l'auscultation cardiaque. Poursuite de la discussion sur le tennis par intermittence. Mesure automatique de la pression artérielle. Pendant ce temps, le Dr B. initie une nouvelle discussion, à propos du baccalauréat et de la récupération sur Internet des résultats. Tension prise, pas de résultat donné.
6	4:54,2 - 5:16,9	Anecdote racontée par le Dr B. : " Une fois, j'ai vu une patiente du Dr M. qui pouvait pas la voir. Une jeune... de dix-huit ans... je lui fais un examen de sport, je lui trouve un gros nodule thyroïdien et (mots non compris) ... m'en voulait presque de... " Utilité pour le patient d'être vu par un autre médecin que son médecin habituel.
7	5:27,3 - 5:43,0	Le Dr B. signale qu'un patient peut en vouloir au médecin en cas de découverte d'une maladie, ou à l'inverse, lui être reconnaissant de la normalité de ses examens biologiques...
8	5:55,6 - 6:20,8	Signature du certificat médical d'aptitude au sport. Elargissement du contenu de la consultation : " Les vaccins doivent être à jour hein, je pense... " Vérification du prochain rappel. Discussion.

- 9 6:54,1 - 10:10,5 La patiente émet une autre demande : " Et sinon, euh... je que je reprenne l'avion euh... dans peu de temps et je suis pas très... enfin, si vous avez des médicaments pour être mieux... [...] J'ai déjà pris l'avion, mais c'était une catastrophe. " Discussion. Le Dr B. raconte l'exemple d'une personne de son entourage qui a le même problème. Prescription médicamenteuse. Impression.
- 10 10:25,7 - 11:31,6 Après prescription, poursuite de l'entretien : explicitations du niveau de l'anxiété, de son évolution, des facteurs déclenchants... Essai de réassurance de la patiente.
- 11 13:22,2 - 14:09,5 Interruption de l'entretien par un coup de téléphone.
- " Bon vol alors ! "

Audio 11 – Verbatims - Dr B. – 08.07.11

- | | Plage de temps | Contenu |
|---|-----------------|---|
| 1 | 0:09,1 - 0:21,8 | Le Dr B. commence par faire une ordonnance, qu'il remet au patient pour une autre personne. |
| 2 | 1:01,5 - 2:53,6 | " Alors... je vous écoute. - Bah, je viens pour plusieurs choses. La première chose, c'est quand... j'ai mal à hauteur du plexus solaire, c'est le tube digestif là... Des fois, on mange trop vite, on s'étouffe un peu et puis on essaie d'avoir... de roter un peu pour... et puis ça se dégage quoi... - Que quand vous mangez vite ? - Non, non, là actuellement, c'est en permanence que j'ai ça... une petite douleur, à cette hauteur là... - Quand vous mangez. - Non, même... même sans manger, j'ai une douleur. - D'accord. - Et je sens quand je mange, je sens quand ça passe. - D'accord... - C'est gênant quoi. - D'accord. O. K. - Une petite gêne... - Ca fait combien de temps que ça vous fait ça ? - Comment ? - Ca fait combien de temps que ça fait ça ? - Cinq jours à peu près. Cinq, six jours. " |

Recherche d'une dysphagie, d'un méléna.

Le patient a déjà eu une coloscopie et une fibroscopie dans le passé. Questions sur une possible irritation due à l'alimentation, sur l'évolution de la douleur.

- | | | |
|---|-----------------|--|
| 3 | 2:58,0 - 3:25,3 | Le Dr B. enchaîne sur les autres motifs annoncés au début : " Vous vouliez me parler d'autre chose... Vous me disiez que vous aviez plusieurs choses. - J'avais aussi toujours une douleur à hauteur du rein gauche, là. Tout le temps... Voyez, si... (le patient se palpe) si je me pique, je me force un peu comme ça, j'ai toujours une douleur, depuis pas mal de temps, plusieurs mois, et ça m'inquiète, c'est à hauteur du rein... " |
|---|-----------------|--|

Dr B. : " Vous allez quitter votre polo. " Vérification de la dernière prise de sang.

- | | | |
|---|-----------------|--|
| 4 | 3:44,9 - 5:21,8 | Déplacement vers la table d'examen. Dr B. : " Asseyez-vous. [...] La douleur, c'est mécanique, quand vous avez mal... Où est-ce que vous avez mal ? " Le patient décrit sa douleur le matin. Palpation de la zone sensée être douloureuse. Vérification de la localisation, qui ne correspond pas celle du rein. |
|---|-----------------|--|

Auscultation pulmonaire : " Respirez fort. [...] Quand vous bougez l'épaule, ça vous fait mal ? - Non, pas du tout. - C'est une douleur musculaire que vous avez. " Explications. Vérification de l'ancienneté de la douleur. Proposition de soins de kinésithérapie.

- 5 5:39,3 - 7:47,8 Dr B. : " Allongez-vous. " Mesure de la pression artérielle.
- Le Dr B. explore la douleur a priori digestive : " C'est là que ça se tient ? " Palpation abdominale.
" Et ça peut faire mal en permanence ? "
Possibilité d'une hernie hiatale. Traitement symptomatique à l'essai devant le caractère récent du trouble. Fibroscopie envisagée dans un second temps. Pression artérielle prise. Retour au bureau.
- 6 7:49,0 - 7:53,9 Patient : " Y'a une autre question... "
- 7 8:02,0 - 12:32,9 Dr B. : " Je vous écoute. [...] - Bah ce qui revient toujours, c'est mon problème d'érection. - Bah oui, je sais bien... "
- Le patient demande s'il est nécessaire d'aller voir un spécialiste. Un traitement avait été essayé, à l'efficacité très limitée. Le Dr B. évoque l'influence possible d'un médicament antihypertenseur. Le patient signale que l'arrêt de ce traitement n'améliore pas son trouble. Recherche dans le dossier médical de facteurs favorisants. Evocation de la nécessité d'une investigation artérielle. Réalisation d'un courrier pour un médecin angiologue.
- 8 15:12,7 - 15:22,3 Prescription d'un traitement symptomatique pour la douleur digestive, à l'essai. Evolution à suivre et prise en charge à adapter éventuellement.

Audio 12 – Verbatims - Dr B. – 08.07.11

	Plage de temps	Contenu
1	0:19,4 - 2:39,2	<p>Patient : " Bah... je viens vous voir parce que c'est toujours pas résolu, mon problème. La yersiniose, elle est... à mon avis, elle est toujours là, si c'est ça que j'ai quoi. "</p> <p>Le Dr B. résume la prise en charge de ce patient. Il demande : " Mal au ventre ? - Non. Là, c'est uniquement les selles euh... très... - Donc, plus de douleur ? - Non, non. Non, non. - Donc ça, c'est déjà une chose. "</p> <p>Antécédent de polypose colique. Patient traité par antibiotique. Persistance d'un transit anormal. " Pas envie de vomir ? Vous dites... urines jaunes... - Ouais. - Très jaunes ? - Ah ouais. - Plus qu'avant ? - Ouais. - Jaunes comme ma table d'examen ? [...] - C'est pas jaune clair, ce serait jaune orangé plutôt... Chose que j'avais pas avant. "</p>
2	2:38,7 - 3:13,7	<p>Déplacement vers la table d'examen : " Vous allez quitter votre chemise puis vous allonger. [...] Les selles, c'est pas de la diarrhée ? C'est mou ? - Ah ouais, ouais. Bah... c'est pas de la diarrhée... si, c'est de l'eau... - C'est de l'eau, même encore ? - C'est variable... Va y avoir des jours où ça va être de l'eau et d'autres, ce sera liquide... - Mais c'est jamais moulé comme avant ? - Non. "</p>
3	3:24,3 - 5:05,4	<p>Dr B. : " Vous mangez bien ? Mieux ? " Le patient signale un météorisme important. Le Dr B. demande si il y a du sang dans les matières. Pas de trouble urinaire. En même temps que cet interrogatoire, palpation abdominale. Mesure de la pression artérielle. Rappel des examens paracliniques.</p>
4	5:22,2 - 5:29,0	<p>Question du Dr B. sur l'observance du traitement antibiotique. Patient : " ... l'antibio que j'avais pris, c'est dix jours. - Vous avez bien fait dix, hein ? - Ah ouais, j'ai fait les dix... "</p>
5	5:28,7 - 5:58,2	<p>Question sur son influence sur les douleurs abdominales. Dr B. : " Et vous avez senti que les dix euh... ça avait joué sur les douleurs abdominales, ou pas ? " Les douleurs abdominales ont disparu.</p>
6	5:58,3 - 6:41,2	<p>Retour au bureau Après examen clinique, le Dr B. décide de la nécessité de contacter le médecin gastro-entérologue qui suit ce patient.</p>
7	6:51,9 - 7:07,1	<p>Le Dr B. s'informe de l'évolution du poids et de l'appétit du patient.</p>

Audio 13 – Verbatims - Dr B. – 08.07.11

	Plage de temps	Contenu
1	0:10,9 - 5:40,3	<p>Consultation d'un homme de 85 ans, accompagné par sa fille. Motif de recours : démarches administratives pour entrée en maison de retraite.</p> <p>Le patient a progressivement accepté de laisser son domicile pour aller en institution. Patient : " La solitude me pèse. "</p> <p>Discussion sur les différentes maisons de retraites de la localité.</p> <p>Le patient a vu la dernière fois la remplaçante du Dr B., qui avait prescrit un écho-doppler, mais le patient ne l'a pas fait. Le Dr B. s'assure que la démarche administrative est la raison de la consultation.</p>
2	5:35,8 - 5:47,9	<p>Le Dr B. entreprend de remplir le formulaire d'inscription dans la maison de retraite choisie par le patient et sa fille.</p> <p>" Est-ce que vous connaissez votre poids ? [...] Et votre taille ? "</p> <p>Le patient répond.</p>
3	6:40,9 - 7:14,3	<p>" L'angiologue... vous l'avez vu, le Dr A. ? " Le Dr B. relance le patient, par l'intermédiaire de sa fille, à propos de l'examen paraclinique encore non fait.</p>
4	8:49,1 - 9:57,8	<p>Survenue d'un coup de téléphone, qui interrompt l'échange sur les qualités d'une certaine maison de retraite. Le Dr B. écoute manifestement un de ses patients au téléphone. Il évalue un de ses traitements... Il rédige en même temps l'ordonnance (mélatonine) que le patient lui demande.</p>
5	10:36,4 - 14:25,8	<p>" Est-ce que vous marchez avec une canne ou sans canne ? "</p> <p>Réponse du patient, complétée par sa fille. Vérification de l'état vaccinal. Discussion d'ordre relationnel sur l'ancienne profession du patient, agent immobilier.</p> <p>Remplissage de la grille AGGIR par le Dr B., avec l'aide du patient, ainsi que de sa fille. Signature du formulaire.</p>

- 6 14:32,5 - 19:35,3 La fille demande à ce que le Dr B. produise un certificat signalant que le patient a du mal à marcher, afin qu'il obtienne une autorisation spéciale de stationnement en ville, proche de son domicile.

" C'est les genoux qui vous font mal ? C'est les... c'est quoi ?
- Non, mais j'ai.. c'est les... c'est comme si j'avais plus de jambes. "

La fille : " Il arrive pas à marcher longtemps, ça c'est sûr. "

Demande du périmètre de marche par le Dr B. pour argumenter ce certificat. Discussion sur l'amende en cas de stationnement abusif sur une place pour handicapé.

- 7 19:40,1 - 21:10,3 Le patient se plaint d'avoir froid. Le Dr B. répond que cela a toujours été. Discussion sur le mode de vie de la fille du patient.

Règlement. Fin. Les patients sortent.

Audio 14 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

	Plage de temps	Contenu
1	0:03,1 - 0:41,6	Arrivée chez la patiente. Elle vit seule à domicile, dans une maison. Dr B. : " Qu'est-ce qui se passe ? " Antécédent de cardiopathie ischémique modérée.
2	0:39,8 - 0:55,7	" Alors c'est vrai qu'en visite, sans portable, tout de suite, je... il me manque... il me manque quelque chose... " A la patiente : " J'ai pas mon ordinateur portable, parce qu'il est déchargé. "
3	0:58,2 - 1:47,0	Dr B. : " Bon. Comment va ? - Bo... Ca suit, ça court... presque. Pas tout à fait mais presque. " Le Dr B. a préparé une ordonnance, imprimée préalablement au cabinet médical. Patiente : " Alors, qu'est-ce qu'on change ? " Dr B. : " Quand est-ce que vous avez vu le Dr S. ? - J'y vais la semaine prochaine, le douze. " Le Dr B. estime ne pas avoir à changer de traitement, hormis éventuellement le patch de trinitrine à arrêter. A revoir lors de la consultation programmée de cardiologie.
4	1:46,4 - 1:51,8	Dr B. : " Le Dafalgan®, vous le prenez... ? - J'en prends quatre par jour. - Quatre par jour. "
5	1:52,7 - 2:32,0	" Alors, je vais regarder vos jambes. " " Alors, évidemment, s'il fallait qu'on déshabille les gens en plus en visite, ce serait impossible. Ou alors il faudrait que les (?) soient prêts, qu'on vienne à l'heure. Je peux pas dire à cette dame : " Vous restez en chemise de nuit toute la matinée [...] Ca, avec les impondérables... Avec les impondérables en visites, ce serait vraiment compliqué. " La patiente réagit : " Remarquez, à la vitesse que je me lève, vous en auriez déjà pour un moment avant de me rhabiller. - Alors, évidemment, passé 80 ans, la palpation mammaire aussi forcément enfin bon... On n'est pas là pour ça en fait. "

- 6 2:47,3 - 4:10,2 Silence. Auscultation cardiaque. Dr B. : " Le cœur est très bien. - Il est neuf, faut pas nous en faire, il est reparti pour vingt ans. "
- Mesure de la pression artérielle avec un appareil automatique. Silence. " Vous avez 14,5/8, c'est bien. - Ca doit être pas trop mal. "
- Signature par le Dr B. de l'ordonnance préparée. Discussion d'ordre relationnel sur la femme et les enfants du Dr B.
- 7 4:14,9 - 4:32,6 " Le zopiclone, vous en prenez... un demi ? - Un. Disons un pour dormir deux heures. [...] Non, avec un, je dors quatre heures. - Donc je vous fais une ordonnance en avance. "
- 8 4:44,8 - 4:53,0 Le Dr B. demande à la patiente de voir avec le cardiologue pour la poursuite ou l'arrêt du patch de trinitrine.
- 9 4:53,7 - 5:38,0 Le Dr B. estime que la patiente est en meilleur état général que quelques mois auparavant, où il y avait eu une dégradation, dans le cadre du décès de son mari ainsi que d'une chute avec traumatisme de l'épaule.
- 10 6:07,0 - 6:49,4 La patiente : " J'ai été un peu surprise avec le remplaçant. - Ah oui ? - Oh bah oui ! - Pourquoi ? - Pourquoi ? Parce que je lui ai dit que j'ai mal à mon épaule, et puis c'est vrai que... bon ça me gêne, quand même hein bon... [...] ... Gentiment, il a fait allusion à mon âge. Ca m'a déplu hein, vous me connaissez. Je sais bien que j'ai pas vingt ans, mais... Si vous en avez marre de me soigner, faut le dire ! "
- 11 7:03,4 - 7:23,8 Discussion sur le remplaçant et sur les remplaçants en général. Fin de la visite.

Audio 15 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

	Plage de temps	Contenu
1		Visite en maison de retraite d'une patiente ayant des douleurs abdominales subaiguës. Elle est alitée et cachectique. Son élocution est extrêmement laborieuse.
2	0:02,7 - 1:19,5	Dr B. : " Vous avez mal au ventre ? " Pas de réponse de la patiente. " Où est-ce que vous avez mal au ventre ? Montrez-nous où vous avez mal au ventre. " La patiente s'exécute en silence. Palpation abdominale silencieuse, attentive, prolongée. " Là, vous avez mal ? - Oui. [...] - Ca, ça fait pas mal ? "
3	1:35,7 - 1:54,6	" La douleur du ventre, c'est en permanence ou c'est de temps en temps ? Ca va, ça vient ? - Par moments (peu compréhensible). " Le Dr B. reprend : " - Par moments. D'accord. "
4	1:55,4 - 2:04,1	Le Dr B. à mon intention : " Là, l'examen clinique il est super compliqué, quand on est tout seul... "
5	2:02,8 - 2:37,2	A la patiente : " Soufflez fort, respirez fort ! " Auscultation pulmonaire. " Encore ! [...] Soufflez fort ! Soufflez ! " La patiente a du mal à s'exécuter.
6	2:45,2 - 2:57,2	La patiente veut dire quelque chose, mais s'exprime très difficilement, le Dr B. doit lui faire répéter ses propos : " Comment ? - J'ai mal au coccyx. - Vous avez mal au coccyx. D'accord. "
7	2:59,4 - 3:41,7	Simultanément, le Dr B. mesure la pression artérielle par un tensiomètre automatique. Attente. " 14/6. Pouls à 85. 14/6, c'est pas mal. "
8	3:41,0 - 4:18,8	Le Dr B. explique à la patiente ce qu'il lui prévoit comme examens complémentaires, une prise de sang et une échographie abdominale. Il la reverra en fonction des résultats. La patiente répond, toujours peu compréhensible. Le Dr B. la fait répéter de nouveau. Fin de la visite.

Audio 16 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

	Plage de temps	Contenu
1		Visite d'une patiente en maison de retraite. Arrivée de l'infirmière dans la chambre et gestion du problème posé. Ajout de transmissions à propos de deux autres patients, gérés à partir de la salle de soins infirmiers.
2	0:04,0 - 0:32,0	Entrée dans la chambre. La patiente est alitée. Le but de la visite est de contrôler la cicatrisation d'un orteil. Dr B. : " Ben on m'avait dit que c'était pas bien, mais en fait l'infirmière m'a dit que c'était bien, alors... On va finir par regarder, parce que si on reedit la semaine prochaine... "
3	0:34,9 - 1:37,3	Entrée de l'infirmière, qui est au téléphone. Dr B. à la patiente : " Ca vous fait pas mal ? " L'infirmière termine son appel : " Pour moi, c'est très bien. J'ai même mis ça pour être sure de... Ca a été pire que ça, c'était rouge, inflammatoire... Oui, elle avait du pus. " Dr B. : " C'était... c'était... puis y'avait un peu de fibrine aussi. " Dr B. à la patiente : " On va vous enlever aussi le bas de compression. "
4	1:39,2 - 2:33,5	L'infirmière, estimant le problème géré, enchaîne : " Alors, ceci dit, j'ai quand même deux choses à vous dire. Madame C., elle a un <i>Escherichia coli</i> . [...] Et puis sinon, on a Monsieur P. qui crache du sang, parce que j'ai vérifié ses crachats, il crache du sang, et il a saigné cette nuit du nez. " Le Dr B. évoque la possibilité d'une épistaxis avec jetage postérieur. Discussion sur la prise en charge pneumologique récente.
5	2:24,8 - 2:38,6	" Il a un INR à combien ? [...] Faut un INR récent. "
6	2:49,2 - 3:08,0	La patiente interrompt leur discussion : " C'est guéri ? " L'infirmière et le Dr B. répondent en même temps : " Oui, c'est guéri, Madame. " L'infirmière : " C'est vrai que ça va, ça vient, son petit truc. Alors, je mets un pansement de, de protection pour éviter éventuellement... "

- 7 3:07,9 - 4:53,7 Sortie de la chambre de la patiente. L'infirmier poursuit dans le couloir, en reprenant les deux transmissions. Dr B. : " Faut lui faire un INR si c'est pas fait. "
- Explications à l'infirmière de la conduite à tenir. Antécédents chez ce patient : pontages artériels, fibrillation auriculaire, plaies de jambe. Arrivée dans la salle de soins. L'ordinateur est en panne.
- 8 5:01,4 - 5:16,8 " Les maisons de retraite, c'est comme les caves en Vendée : descend qui veut, remonte qui peut. Les maisons de retraite, c'est pareil : on veut venir, mais alors quand est-ce qu'on repart... "
- 9 5:36,6 - 6:02,6 " D'ailleurs, c'est un vrai problème aussi. Moi, il m'arrive ici de passer une demi-heure, même trois quarts d'heure des fois, je fais pas de feuille de soins, c'est-à-dire que... je pourrais passer trois quarts d'heure là, à passer mon temps à faire des ordos, donner des avis, etc. Et y'a des fois, je me dis, tous les quarts d'heure, je vais faire une feuille de soins parce que... (rire de l'infirmière) "
- 10 6:02,2 - 7:42,2 Etude de la prise de sang de la patiente dont l'analyse urinaire trouve un *Escherichia coli*. L'infirmière revient sur la panne de l'ordinateur, qui empêche la réception rapide des bilans biologiques, et reparle de celui du patient ayant craché du sang. Appel du laboratoire directement pour récupération de l'INR : 2,51.
- 11 7:41,7 - 8:08,1 Dr B. : " Il a beaucoup saigné du nez ? - Oui, oh bah oui, oui, oui, oui, son drap est mouillé, on lui a mis du Coalgan® par deux fois cette nuit. [...] Moi, j'avais pas vu l'hémoptysie avant qu'il soit sous antibiotique et maintenant, il râle toujours, il a toujours des râles bronchiques. "
- 12 8:30,3 - 8:40,5 Lecture du courrier d'un compte-rendu spécialisé.
- 13 8:43,2 - 9:01,6 Dr B. : " C'est des petits filets de sang, qu'il a, c'est pas... Il a pas craché du sang... "
- Infirmière : " Ah mais si ! Il a du... Mais non, quand je vous dis, c'est des crachats de sang. C'est pas des crachats... - Moi, pour moi, c'est quelque chose qui doit venir du nez et qu'il doit cracher. - Oui. " Explications de la conduite à tenir.
- 14 9:02,3 - 9:18,9 Distinction à faire entre épistaxis et hémoptysie.

- 15 11:32,5 - 11:43,2 Infirmière : " Par contre... je voulais voir... Oui, vous m'a... vous avez fait une ordo pour Madame C. ? - Oui, elle est là. - D'accord. C'est... Noroxine®, O. K. D'accord. "
- 16 11:43,5 - 12:14,9 Enfin, l'infirmière interpelle le Dr B. à propos d'un protocole à installer dans la maison de retraite en ce qui concerne l'administration de vitamine D.

Audio 17 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

- | | Plage de temps | Contenu |
|---|-----------------|--|
| 1 | | Arrivée à la maison de retraite. Salle de soins infirmiers. |
| 2 | 0:39,9 - 2:12,3 | <p>" Bonjour, on venait voir Madame J. [...] On vient parce qu'elle a des œdèmes, m'a-t-on dit. - Oui. [...] Ses jambes sont assez enflées, hein... - Et elles sont encore enflées ? Parce qu'on m'a dit que non. - Ah bah là, je sais pas, je l'ai pas vue depuis deux jours, moi. - On va aller la voir. "</p> <p>" Et puis Madame S. - Madame S., ce matin, y'a rien à en tirer, elle est très endormie... Elle a déambulé toute la nuit encore... - C'est ça le problème, c'est qu'elle déambule la nuit. - Et puis ben, sa fille, elle nous disait qu'avant, elle avait un comprimé... pour dormir. [...] Oui, elle a toujours eu des comprimés pour dormir. [...] Depuis qu'elle est là, elle en a pas quoi. [...] Elle est complètement désorientée là. [...] - Elle mange bien ? - Oui. [...] - Elle est moins bien qu'avant ? - Ah bah oui, au niveau intellectuel et au niveau physique aussi. [...] Moi, je la trouve complètement cassée, hein. - O. K. Merci. "</p> |
| 3 | 2:32,2 - 2:56,7 | Sortie de la salle de soins. Arrivée dans la chambre. La patiente dort dans son lit, profondément. Observation pendant quelques instants. Tout bas, Dr B. : " On va la laisser tranquille... " Sortie. |

- 4 3:08,5 - 5:23,3 Direction la chambre de la seconde patiente. Une soignante accompagne le Dr B.

Dans la chambre de la seconde patiente, devant elle, longue discussion sur la première patiente, qui était endormie. " Bon, y'a un petit monsieur, peut-être, qui la perturbe. " Discussion sur un monsieur de la maison de retraite qui " harcèle " doucement la patiente. Chronologie des faits précisée. Discussion sur les possibles relations amoureuses, voire sexuelles, entre deux personnes âgées en maison de retraite, personnes parfois atteintes de troubles cognitifs.

Pendant tout ce temps, la patiente que le Dr B. est venu voir, pour évaluer ses œdèmes, est assise à sa table, devant le plateau de son déjeuner, et reste silencieuse.

- 5 6:41,8 - 6:56,5 Dr B. : " Madame J., c'est le docteur. Comment ça va ? On va regarder ses jambes, parce que moi, je les ai pas vues. "

Soignante : " Bah là, ce matin... C'est le soir surtout, qu'elle a des... " Patiente : " Ca va pas bien... " Infirmière : " Mais elle est très douloureuse, par contre, hein encore. "

- 6 6:59,0 - 7:15,1 Le Dr B. inspecte et palpe les jambes : " Ouais, elle a de l'œdème... " La patiente crie lorsqu'il appuie sur ses œdèmes. " On nous a dit là-haut que c'était terminé... On va dire que c'est semi-terminé, voire pas terminé. "

- 7 7:18,5 - 7:55,3 " Je vais écouter votre cœur, ça va pas être long. Vous inquiétez pas. On va défaire le bouton... - Parce qu'elle peut être violente, hein. - Des fois, elle veut pas qu'on l'examine... - Là, tout à l'heure, elle criait " Aïe ! ", faut arrêter parce que, après, ça part... "

Auscultation cardiaque, puis pulmonaire. " Penchez-vous en avant ! Respirez bien fort ! Soufflez ! Super, encore ! Parfait. "

8 7:52,8 - 9:49,9 Dr B. : " La contrainte, à l'examen clinique aussi, c'est de pouvoir être avec quelqu'un, parce que, dans des secteurs comme ceux-là, vous (à la soignante), cette dame qui est toujours là, donc ils sont habitués avec vous... nous avec qui ils sont beaucoup moins habitués, être accompagnés par quelqu'un dont ils sont habitués, ça facilite. [...] Et aussi des tas de choses qu'on peut nous dire, qu'on peut pas savoir... comme là, par exemple, quand on nous dit : " Y'a un monsieur... " C'est l'examen clinique aussi ça. Sauf qu'on interroge plus la dame, on interroge quelqu'un d'autre quoi. Mais c'est contributif quand même. "

Mesure de la pression artérielle par tensiomètre automatique.
Poursuite de la discussion.

" D'autant plus vrai dans des secteurs comme ceux-là, où il y a peu de résidents, et puis c'est toujours les mêmes soignants. Donc ils connaissent par cœur ce qu'ils aiment, ce qu'ils n'aiment pas, à quelle heure il faut les lever... C'est très très important. - On vit à leur rythme. " Comparaison avec des structures de soins plus grosses. " Le soin est plus personnalisé, je pense. [...] Ça joue sur leurs comportements. "

Discussion sur l'influence de la présence de remplaçants sur le comportement des résidents. La soignante : " Y'a des petites remplaçantes par exemple, elles peuvent pas s'approcher... "

Sortie de la chambre. Fin de la visite.

Audio 19 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

	Plage de temps	Contenu
1	0:28,6 - 1:42,7	Visite à domicile chez un couple de personnes âgées, vivant en appartement. Question du monsieur sur la future nouvelle paternité du Dr B. Demande de remplissage d'un certificat pour aide à domicile vingt heures par mois : le Dr B. s'exécute.
2	1:43,2 - 4:19,8	Dr B. : " On va commencer par Madame ? - Oui. [...] - Asseyez-vous. Quand est-ce que vous devez voir le... ? " La patiente a rendez-vous en septembre avec un médecin spécialiste, selon son mari. Vérification de la dernière prise de sang et de son ancienneté. Le mari rappelle qu'un bilan a été fait récemment pour sa femme. "Asseyez-vous. Ecartez les bras... Tendez le cou... Penchez-vous en avant, respirez fort par la bouche... Très bien. " Palpation des aires axillaires, auscultation cardio-pulmonaire. La patiente tousse. Mesure automatique de la pression artérielle : " Vous avez 13/8. Oui, c'est bon. "
3	4:18,1 - 5:11,9	Pendant ce temps, le mari regarde les derniers résultats biologiques et courriers médicaux de sa femme. Le Dr B. signe les ordonnances qu'il avait préalablement imprimées au cabinet médical.
4	5:37,4 - 6:37,7	Question du Dr B. sur le dernier rendez-vous du patient avec sa cardiologue. Vérification du dernier INR du patient, de la validité de l'ordonnance précédente pour la réalisation des prochains INR.
5	6:59,1 - 8:48,8	Dr B. : " Vous allez vous asseoir. [...] Là, c'est bien. Vous êtes pas essoufflé ? - Non. Sauf... mon grand problème, c'est... les yeux quoi. - Oui. " Auscultation cardiaque. " Ecartez les bras. Tendez le cou. [...] Penchez-vous en avant, respirez bien fort. Parfait. très bien. " Mesure automatique de la pression artérielle. Silence. Pas de commentaire. " 16/7, c'est pas mal. " Le Dr B. signe l'ordonnance : " Voilà. " Règlement. Discussion sur le mode de vie de ce couple, qui ne sort pratiquement plus. Fin de la visite.

Audio 20 - Verbatims - Dr B. - 08.07.2011

- | | Plage de temps | Contenu |
|---|-----------------|--|
| 1 | 0:09,7 - 0:53,9 | Arrivée dans un immeuble, pour la visite d'une patiente. |
| 2 | 2:00,2 - 3:25,3 | " Alors ? Qu'est-ce qui se passe ? - Bon bah, j'ai pris du Lorentin, ça fait déjà deux mois, trois mois. - Ouais. - Bon, j'ai pas pu les supporter. Je comprends pas pourquoi que je peux pas les suppor... je pouvais pas les supporter... - Ouais. - ... parce que au CHU, ils m'en avaient donné... "

Discussion sur le traitement passé de Neurontin®. La patiente revient sur l'efficacité habituelle depuis trois ans de ce traitement, mais cette efficacité a disparu depuis un mois. Cause invoquée : prise d'un médicament générique. |
| 3 | 3:26,1 - 4:20,7 | A propos d'un autre médicament : " C'était pire encore. Ma tête, elle éclate. Elle éclate, ma tête. Je peux plus rien faire, rien... Bon. "

La patiente a maintenu ce traitement malgré tout jusqu'à la fin de la boîte. Décision de l'arrêt de ce traitement. " C'était de plus en plus fort... et... - La face là ? - ... toute la f... le haut, puis toute la face... " |
| 4 | 4:20,7 - 4:55,6 | La patiente : " Y'a dix jours... dix, douze jours, quinze jours à peu près, oh ça fait trois semaines, un mois que je dis à ma fille : " Ca va plus du tout, du tout. Alors là, tout d'un coup, le mal de cœur, le mal de cœur, j'ai même resté toute la semaine... - Qu'est-ce qui va plus ? C'est le moral ou c'est autre chose ? - Non, le moral, il est très bien. Mais je... donc... tous ces comprimés-là m'ont [...] empoisonnée, je suis empoisonnée. " |
| 5 | 5:22,7 - 6:03,5 | " Ah celui-là, c'est encore pire ! J'ai mal partout, partout, partout. Je peux plus... je sais plus quoi faire de moi... - C'est les douleurs, pareilles, toujours pareilles ? - Oh, c'est pire en pire... et là maintenant je suis revenue à [...] Dafalgan®, bah ça me fait plus rien. "

La patiente exprime une idée suicidaire, liée à ses douleurs non contrôlées. " Si vous saviez comme j'ai mal... - C'est toujours cette douleur, cette même douleur ? - De pire en pire. " |
| 6 | 6:03,8 - 6:16,9 | La patiente va se faire arracher les dents, dans l'hypothèse d'une origine dentaire. |

- 7 6:15,8 - 7:08,5 Question sur la localisation de la douleur par le Dr B. La patiente montre l'endroit de ses douleurs. " D'accord. Penchez-vous en avant, respirez fort. " Auscultation pulmonaire.
- " C'est un peu nouveau quand même, parce que là, vous avez aussi la douleur dans le cou, dans le dos... - Euh bah... oui... c'est beaucoup plus pire et ça, c'est brûlant. - C'est comme une brûlure ? - C'est comme une brûlure. - C'est comme une décharge électrique ? - Oui, c'est comme des décharges électriques et... - Attendez, tournez-vous un peu... Ca, ça fait mal ? - Là, à gauche, oui. - Y'a quand même du muscle, là dedans, y'a quelque chose de musculaire. Est-ce que vous avez fait de la kiné, déjà ? "
- 8 8:00,7 - 8:37,1 " Mais, j'ai pensé là hier, comme j'ai tellement mal à la tête, je peux même pas dormir dessus, eh bien, c'est peut-être... comment que je veux dire ? ... la tumeur ? "
- Le Dr B. la rassure sur ce point. " C'est de pire en pire. "
- 9 8:45,7 - 9:33,4 Le Dr B. prescrit un traitement. Nouvelle description de la douleur, de sa localisation, de son rythme.
- 10 11:08,1 - 11:29,4 Patiente : " De la manière que c'est là, de toute façon, je peux jamais me coucher de ce côté-là. Et le matin, bon, je peux. " Introduction d'Oxycontin®. Réévaluation à quelques jours de distance.
- 11 11:42,0 - 12:58,7 " Ma tête, elle est, je sais pas, en bouillie. " Règlement. La patiente répète qu'elle craint une tumeur. " Qu'est-ce que vous voulez que ce soit d'autre chose ? Surtout que rien me fait rien, maintenant. " Sortie de l'appartement. Ascenseur.
- 12 13:01,3 - 13:38,7 " Elle a mal depuis huit ans. C'est n'importe quoi. [...] ... du Lyrica®, du Neurontin®, du Cymbalta®, du Séroplex®... [...] Elle est folle, cette femme... Elle est pas folle, mais... à part aller consulter les gens à la consultation de la migraine... "

**FACTEURS INFLUENÇANT LA RECHERCHE DES SIGNES CLINIQUES
EN MEDECINE GENERALE**

L'analyse des signes cliniques des pathologies est au coeur de l'exercice médical. Elle en est le socle primordial. C'est pourquoi la qualité de la prise en charge globale du patient dépend étroitement de la qualité du recueil des signes cliniques.

Mais le contexte sociétal actuel contraignant semble exposer le médecin généraliste au risque de dévaloriser la clinique. L'enquêteur, témoin ponctuel de cette tendance, s'est donc penché sur les facteurs influençant la recherche des signes cliniques en médecine générale.

Cette recherche a pris la forme d'une étude qualitative utilisant deux méthodes, la théorie ancrée et l'ethnographie. La première phase, dite exploratoire, a compris trois entretiens de médecins généralistes. La seconde phase a compris l'observation directe de 81 consultations, chez cinq médecins généralistes. L'ensemble des données récoltées a fait l'objet d'une analyse de contenu systématique.

Il en ressort que l'obtention des signes cliniques est loin d'être une simple formalité. De très nombreuses conditions lui sont nécessaires, et elles ne sont pas toujours réunies. Ces conditions et les causes de leur manquement peuvent aussi bien provenir du médecin que du patient, des conditions matérielles de l'examen clinique que de sa conduite même, de la famille du patient que des soignants participant à sa prise en charge.

La reconnaissance de l'ensemble de ces phénomènes, connus ou découverts, devrait permettre au médecin qui lira ce travail de pointer ceux qui peuvent le concerner, ponctuellement ou régulièrement, et de mettre en place ses propres solutions.

Mots-clés

Médecine générale, examen clinique, entretien, examen physique, symptôme, signe, étude qualitative