



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE

LA COMMUNICATION DU MEDECIN GENERALISTE FACE AU
PATIENT ALCOOLIQUE EN PHASE DE DENI

Présentée et soutenue publiquement le 29 avril 2013

Par Gwénaëlle Raux

Jury

Président : Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Monsieur le Docteur Anne-Claude Laversin

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| REMERCIEMENTS : | 4 |
| SOMMAIRE | 6 |
| I. INTRODUCTION | 9 |
| A. La relation médecin-malade. | 11 |
| 1. La relation médecin-malade : évolutions historiques. | 11 |
| 2. Evolutions sociologiques et législatives de la relation médecin-malade dans la deuxième moitié du XXe siècle. | 11 |
| 3. La relation médecin-malade : aspects de psychologie médicale. | 13 |
| 4. Apports de la psychanalyse. | 14 |
| 5. La relation médecin-malade selon M.Balint | 14 |
| B. La communication médecin-patient. | 15 |
| 1. Qu'est-ce que la communication médecin-patient ? | 15 |
| 2. Modèles professionnels de consultation. | 16 |
| 3. Les compétences communicationnelles au long d'une entrevue médicale. (Modèle d'après la conférence de Kalamazoo) | 17 |
| 4. Apports de la communication commerciale. | 19 |
| C. La communication médecin-malade dans un objectif de changement de comportement du patient. | 20 |
| 1. Etude du contexte : l'alcoolisme et les mésusages de l'alcool. | 20 |
| 2. Les thérapies cognitivo-comportementales. | 22 |
| 3. Les interventions systémiques | 23 |
| 4. La thérapie systémique brève | 23 |
| 5. Les thérapies motivationnelles. | 24 |
| II. MATERIEL ET METHODES. | 31 |
| A. Justification de la méthode. | 31 |
| B. Type d'étude. | 31 |
| C. Protocole. | 31 |
| D. Fin de l'étude. | 31 |
| E. Matériel recueilli pendant l'enquête. | 32 |
| F. Analyse des données. | 32 |
| Premier thème : aborder les règles hygiéno-diététiques en consultation. | 32 |
| Deuxième thème : aborder le déni de l'alcoolisme. | 32 |
| Troisième thème : favoriser le changement de comportement du patient | 33 |
| III. RESULTATS. | 34 |

| | | |
|------|--|----|
| A. | La communication médecin-patient : aborder l'hygiène de vie, la consommation alcoolique. | 34 |
| 1. | Lorsque l'entretien est centré sur le patient. | 34 |
| 2. | Lorsque l'entretien est centré sur la maladie du patient. | 36 |
| B. | Aborder le déni de l'alcoolisme. | 38 |
| 1. | Le patient peut exprimer le déni : | 38 |
| 2. | Le patient peut tenter de justifier sa consommation avec différents arguments. | 40 |
| 3. | Le patient peut montrer des réactions défensives dans son discours : | 43 |
| 4. | Le médecin peut réagir en mettant en avant son point de vue de soignant : | 45 |
| 5. | Le médecin peut aussi centrer son entretien sur le patient : | 46 |
| 6. | Enfin un médecin confronté au déni, peut choisir d'abréger la discussion. | 48 |
| C. | Encourager le changement du patient. | 50 |
| 1. | Repérer le discours-changement du patient. | 50 |
| 2. | Réagir face au discours-changement du patient : | 52 |
| 3. | Quelques pistes pour favoriser le changement du patient, à développer en consultation | 53 |
| IV. | DISCUSSION. | 56 |
| A. | Moyens de communication utilisés par les médecins dans notre étude. | 56 |
| B. | Efficacité des moyens de communication utilisés. | 56 |
| C. | Concordances et divergences entre les moyens de communication constatés dans notre enquête, et les propositions théoriques que nous avons présentées au préalable. | 57 |
| 1. | Par rapport à la thérapie systémique brève | 57 |
| 2. | Par rapport à l'approche centrée sur le patient de Rogers | 58 |
| 3. | Par rapport à l'entretien motivationnel : | 58 |
| D. | La théorie nous semble-t-elle applicable en pratique de médecine générale ? | 59 |
| 1. | Quelle thérapie nous semble la plus adaptée ? | 59 |
| 2. | Quelles sont les difficultés à utiliser ces éléments en pratique de médecine générale ? | 60 |
| E. | Synthèse. Quelques recommandations pour la pratique en médecine générale. | 61 |
| V. | CONCLUSION. | 62 |
| VI. | BIBLIOGRAPHIE | 64 |
| VII. | ANNEXES. Texte intégral des consultations observées et étudiées. | 67 |
| | Docteur C : | 67 |
| | Consultation le 13/08/2012 : C1-1. | 67 |
| | Visite le 25/09/12 : C1-2 : | 71 |
| | Docteur D : patient 1. | 78 |
| | Consultation le 31/07/2012 : D1-1. | 78 |
| | Consultation le 20/12/2012 : D1-2. | 82 |

| | |
|--|----|
| Docteur D : patient 2..... | 86 |
| Consultation le 05/09/2012 : D2-1..... | 86 |
| Consultation le 12/12/12 : D2-2..... | 88 |
| Docteur R..... | 91 |
| Consultation le 24/07/12 : R1-1..... | 91 |
| Consultation le 20/12/12 : R1-2..... | 94 |

I. INTRODUCTION

La communication entre le médecin et le patient est une fonction clinique essentielle. Au fil des échanges qui ont lieu pendant les consultations, elle permet de construire la relation médecin-patient. Elle favorise la satisfaction du patient quant à l'entretien, son adaptation à la maladie, l'observance du traitement (1). Elle encourage la diminution des comportements à risque. Elle exerce aussi une influence sur la santé du patient, améliorant significativement les résultats dans la prise en charge de l'anxiété, dans le contrôle de la douleur, et dans la régulation de constantes physiologiques dont la pression artérielle et la glycémie (2), (3), (4), (5).

Alors que l'impact de la communication médicale sur le patient est important, les problèmes rencontrés dans ce domaine sont fréquents.

Lors de l'énoncé des motifs de consultation par le patient, le médecin l'interrompt au bout de 23.1 secondes en moyenne (6). Or, on estime qu'en moyenne, 92 secondes sont nécessaires au patient pour exposer l'ensemble des raisons de sa venue (7). Du fait de cette description initiale incomplète, le médecin perd des opportunités de connaître des données importantes (8).

La plupart des plaintes par le public à propos des médecins concernent non pas les compétences cliniques, mais les compétences de communication (2), (9).

Devant les évolutions actuelles de la médecine, à la fois plus technicisée et dont la connaissance est rendue plus accessible avec l'apparition de nouveaux médias (10), la relation médecin-malade se réorganise. Elle passe d'un modèle asymétrique, paternaliste, à une relation plus équilibrée, dans laquelle le patient est amené à participer, et à prendre sa part dans la décision (11). Dans ce contexte de changements dans l'exercice de la médecine, appuyés par la législation, la qualité de la communication médecin-malade devient un enjeu important lors de la rencontre clinique.

Ainsi, il nous apparaît important de faire le point sur ce que recouvre la communication médecin-malade, en termes de définitions historiques et pratiques.

Nous nous intéressons à la manière dont les médecins généralistes communiquent en consultation, dans un contexte précis : le médecin généraliste face au patient alcoolique.

L'alcoolisme est un problème de santé publique majeur. En France en 2010, on compte 41.3 millions de consommateurs actuels d'alcool parmi les 18-75 ans (87.5 %), dont 5 millions d'utilisateurs quotidiens (11.7%). L'usage d'alcool « à risque chronique » concerne 8.1 % des 18-75 ans. L'usage à risque de dépendance concerne quant à lui 1.2 % de cette population (12).

En 2006, la mortalité attribuable à l'alcool était de 33000 personnes par an en France (13), l'alcool étant la troisième cause de mortalité après les accidents cardio-vasculaires et les cancers. Le Nord Pas de Calais est au premier rang des régions avec 7.5 décès par cirrhose d'origine alcoolique par 10000 habitants en 2010, contre 3.3 en moyenne nationale (14).

En médecine générale, la prévalence des « malades de l'alcool » a été évaluée à 18.2 % (dont 13.2 % de consommateurs excessifs, et 5 % de malades alcoolo-dépendants. (15)

Le malade dépendant à l'alcool nécessite une prise en charge adaptée à son addiction. De nombreuses techniques psychothérapeutiques ont été développées dans le champ de l'addictologie.

Nous choisissons d'aborder dans ce travail les thérapies « centrées sur le patient » représentées par l'approche rogéienne, et par l'entretien motivationnel. Cette technique thérapeutique développée par Miller et Rollnick (16) dans les années 1980, a pour objectif d'aider à engager un consommateur ambivalent ou résistant dans un processus de changement.

Le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente (17), base théorique à l'entretien motivationnel, postule l'existence de six stades de changement, par lesquels passent habituellement les sujets souffrant de conduites addictives. Un patient alcoolique est souvent, au début de la prise en charge thérapeutique, dans le déni de sa pathologie (stade de pré-contemplation). Il faut qu'il reconnaisse l'existence du problème avant d'envisager le changement (stade de contemplation).

Un des enjeux pour le médecin généraliste, sera donc de faire adhérer le patient aux soins, et d'améliorer sa motivation pour un changement de comportement.

L'objectif est de décrire quels sont les moyens utilisés par le médecin généraliste en consultation, pour communiquer avec le patient alcoolique aux stades de pré-contemplation et de contemplation. Les autres objectifs sont de déterminer s'ils correspondent aux thérapies décrites, et lesquels semblent efficaces.

A. La relation médecin-malade.

1. La relation médecin-malade : évolutions historiques. (18)

La médecine hippocratique (IV^e siècle avant J.C.) se définit comme l'observation de l'évolution naturelle des maladies. Le médecin a un rôle de serviteur auprès du malade, d'allié dans la lutte contre la maladie. Il seconde la Nature dans la guérison, et apporte au malade son savoir et son dévouement. Hippocrate pose ainsi les bases de la relation médecin-malade, qu'il définit comme un colloque singulier (d'où la formule de L. Portes, président du conseil de l'Ordre des médecins en 1950, « une confiance rencontre une conscience » (19)). Il affirme aussi les premiers principes de déontologie : les principes de bienfaisance et de non-malfaisance, repris dans son serment.

A la fin du XVIII^e siècle, le développement de la chirurgie et de l'anatomopathologie avec Bichat, permet l'apparition de la méthode anatomo-clinique qui met en relation les lésions organiques du corps avec les modifications cliniques. L'examen du malade se fonde sur l'anatomie. Il recherche des signes cliniques objectifs, puis se prolonge par une action thérapeutique. A partir de cette époque le pouvoir médical se renforce. La relation médecin-malade est alors à un tournant : elle devient inégalitaire, et paternaliste

Au cours des XIX^e et XX^e siècles, le médecin devient un expert scientifique dans la société, en parallèle des innovations technoscientifiques (biotechnologies, nanotechnologies, informatisation, travail en réseaux) : cette étape est nommée biomédecinisation par les sociologues (20). Le médecin s'appuie désormais sur des normes scientifiques biologiques, à visée diagnostique, et à visée de dépistage au stade asymptotique des maladies. Il s'adapte à ce que souhaite le patient, au-delà du soin de la maladie (par exemple, dans le cadre de la maîtrise de la conception). Une autre transformation majeure est, depuis les années 1970, la facilitation de l'accès à l'information et au savoir médical, grâce aux médias de masse, à Internet, et à la publicité destinée au consommateur. Le monopole professionnel du savoir médical tend à disparaître. C'est dans ce contexte que cette relation médecin-malade, paternaliste jusque là, se rééquilibre.

2. Evolutions sociologiques et législatives de la relation médecin-malade dans la deuxième moitié du XX^e siècle.

La relation médecin-malade modélisée par Parsons (1951) est paternaliste (21) : le médecin est l'expert qui prend la décision. Cette relation est asymétrique (le médecin possède la compétence, le patient est un ignorant), et consensuelle (les rôles de chacun sont complémentaires: le patient souhaite guérir et a besoin du médecin, celui-ci est un professionnel compétent, altruiste et dévoué).

Ce caractère paternaliste du médecin est incarné par le concept de privilège thérapeutique (19) tel qu'on le trouve exprimé dans les deux premiers codes de déontologie français, dans les articles 31 du code de 1947 et 34 du code de 1955 : « Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade.[...] » Ainsi, des informations peuvent être dissimulées au patient « pour son propre bien », car son état de malade le rendent « trop fragiles face à des informations traumatisantes ».

L'exigence du recueil du consentement du malade apparaît près de cinquante ans plus tard, dans le code de déontologie médicale français de 1995, à l'article 36 : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.[...]».

L'information du patient est aussi présente dans les articles 34 (« Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage [...] ») et 35 (« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose [...] »).

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de Santé, est une autre étape majeure de l'évolution de la relation médecin-malade. La loi renforce les droits des patients : liberté de choix, respect de la dignité, égalité par rapport à l'accès aux soins. Le droit à une information de qualité est garanti par la réaffirmation du secret médical et par le libre accès du patient à son dossier médical. Le médecin doit à son patient (sauf exception précisée par le code de déontologie) une information claire, loyale et appropriée à son état. Il doit rechercher le consentement éclairé du patient.

La relation médecin-malade évolue donc vers un modèle dans lequel le patient est responsabilisé et son autonomie est reconnue, obligeant le médecin à modifier la façon de communiquer avec lui.

On retrouve cette évolution sociétale dans les modèles établis par les sociologues pour analyser la relation médecin-malade sous l'angle du partage du pouvoir entre les deux protagonistes, et de la prise de décision : (21)

-Le modèle de Szasz et Hollender (1956) décrit trois types de relation selon que le patient est actif ou passif (le médecin étant toujours considéré actif) : le type activité-passivité dans les circonstances où le patient est totalement passif (par exemple dans les cas d'urgences) ; le type direction-coopération dans lequel le soignant est dans une situation d'autorité acceptée par le patient la plupart du temps ; et le type participation mutuelle, dans lequel les deux protagonistes sont collaborateurs.

-Le modèle de Emanuel et Emanuel (1992) approfondit cette réflexion, et propose quatre types relationnels, qui vont du paternalisme (déjà défini plus haut), au type informatif (le médecin informe son patient pour qu'il choisisse son traitement), en passant par deux modes intermédiaires : le mode interprétatif (le médecin expose les informations objectives et incite le patient à découvrir ses valeurs), et le mode délibératif (le médecin accompagne le patient dans sa réflexion et dans ses choix). Ces deux derniers modes relationnels sont proches, et correspondent aux développements actuels de la profession médicale. On parle de « modèle de la décision partagée ». (22)

3. La relation médecin-malade : aspects de psychologie médicale. (23).

La relation médecin-malade est, fondamentalement, un colloque singulier : une rencontre, lors d'une consultation médicale, de deux individus qui apportent chacun leurs caractéristiques personnelles, leur contexte social et culturel. La relation est créée par l'interaction entre les deux personnes, parce qu'elles ont un objectif commun : la préservation ou l'amélioration de la santé du patient. Dans ce système, le rôle de chaque partenaire est complémentaire. C'est aussi un processus en évolution perpétuelle, selon les réactions des participants. (24)

Il s'agit d'une situation d'inégalité, mettant un sujet souffrant en demande d'aide, face à un sujet possédant le savoir. Cette inégalité vient de l'état de demande qui rend le patient tributaire de la réponse, et de la souffrance du patient elle-même. Cette relation confère au corps soignant un réel pouvoir.

C'est une relation d'attente et d'espérance mutuelles : le patient attend soulagement, guérison ; le médecin, reconnaissance, vérification de son savoir ou de son savoir faire. L'écart entre les deux partenaires crée le dynamisme de la relation. Les facteurs affectifs sont importants et peuvent perturber la relation en transformant les rapports d'échange en rapports de force.

Cette relation a le corps comme objet mais passe le plus souvent par l'intermédiaire de la parole.

4. Apports de la psychanalyse.

La psychanalyse définit les notions de transfert et contre-transfert qui naissent dans cette relation médecin-malade.

Le transfert représente, pour Freud qui a défini cette notion en 1910, la répétition dans la vie d'adulte, de modalités relationnelles vécues dans l'enfance par le patient. Un certain nombre de désirs insatisfaits du patient vont se projeter sur la personne du médecin en ce qu'il représente – inconsciemment – un autre personnage (le père, la mère, un membre de la fratrie...). Le malade peut ainsi répéter des situations conflictuelles qu'il a vécu dans son passé. Le malade pourra aussi rechercher dans son médecin une image idéale de lui-même.

On admet un sens extensif à cette définition qui dépasse le cadre psychanalytique, et qui désigne l'ensemble des réactions affectives, conscientes et inconscientes, positives ou négatives, que le patient éprouve à l'égard de son médecin.

Si le médecin est celui que le malade imagine, le transfert est positif et les sentiments de confiance, d'empathie, de sympathie seront un bon moteur thérapeutique.

Si au contraire, le malade retrouve des images qu'il considère comme mauvaises dans le médecin, le transfert sera négatif, entraînant des attitudes de méfiance ou d'antipathie, et donc un effet anti thérapeutique.

Le contre-transfert désigne les mouvements affectifs du médecin en réaction à ceux de son patient et en relation avec son propre vécu infantile.

Le sens extensif signifie l'ensemble des réactions affectives du médecin, qu'elles soient liées ou non à des images infantiles précises.

Le contre transfert médical est le plus souvent positif. Il repose sur une identification au malade, à ses plaintes, à ses souffrances. Une affection trop marquée risquera d'entraîner les deux partenaires dans une relation envahissante, non maîtrisable. Des attitudes masquant le rejet, l'agressivité seront le signe d'un contre-transfert négatif (refus d'écouter le malade, mise à distance).

5. La relation médecin-malade selon M.Balint (25).

Balint, psychiatre et psychanalyste d'origine hongroise, entreprend à Londres dans les années 1950 une réflexion sur les implications psychologiques dans la pratique de la médecine générale. Il ressort de ces travaux menés grâce aux premiers groupes de pairs, plusieurs éléments pour l'analyse de la relation médecin-malade en médecine générale :

Le médecin généraliste doit poser un diagnostic global, qui englobe à la fois les signes physiques, mais aussi les symptômes dits névrotiques : « En pratique générale, le problème véritable se pose souvent sous forme d'une maladie de la personne entière. [...] Les

symptômes névrotiques doivent être évalués de la même façon que les signes ou symptômes physiques ».

Le médecin doit décrypter le langage du corps, en particulier dans les troubles psychosomatiques: le patient offre ou propose diverses maladies à son médecin, jusqu'à un compromis dans lequel une maladie est admise par les deux partenaires. De la réponse du médecin, dépendra en partie l'évolution de la maladie. Un exemple typique de cette situation clinique est « l'enfant comme symptôme offert », dans laquelle le parent amène son enfant à la consultation, alors que le vrai problème se trouve au niveau du parent.

L'angoisse, le malentendu viennent souvent d'un manque de compréhension entre les langues de chacun, notamment en cas d'absence de diagnostic annoncé au patient, c'est-à-dire quand la maladie « n'a pas de nom ».

Le médecin exerce une fonction « apostolique », qui est l'expression de sa personnalité, de son système de valeurs : « chaque médecin a une idée du comportement que doit adopter chaque patient lorsqu'il est malade. » Ainsi, le médecin tentera d'appliquer ses propres solutions individuelles, son propre système de valeur, son « bon sens », au patient avec un certain « zèle apostolique ».

Le médicament le plus important que le médecin prescrit, c'est souvent lui-même, autrement dit, le remède-médecin. Le médecin généraliste a entre autres fonctions, celle d'écouter le patient. Aborder les questions psychologiques avec le patient lui demande de s'impliquer personnellement dans la relation qui se crée entre eux.

La relation entre deux individus est sous-tendue par le dialogue: elle naît, se développe, et prend sens à partir des paroles échangées : « c'est en parlant que nous entrons en relation » (24). Nous allons donc nous intéresser à ce qu'est la communication médecin-patient.

B. La communication médecin-patient.

1. Qu'est-ce que la communication médecin-patient ? (26).

La communication doit d'abord être définie par son caractère professionnalisé, à l'opposé d'une communication naturelle et spontanée. Elle doit être guidée par le rôle professionnel, la nature des tâches à accomplir et l'état de santé du patient.

Une communication de qualité comprend la transmission d'une information claire, compréhensible et adaptée au patient, la vérification que l'information a été bien comprise, et la répétition du message.

La communication médecin-patient implique aussi l'expression des émotions, la réalisation d'un climat de confiance, et une aptitude à décoder les attentes du malade.

Les objectifs de la communication en consultation médicale sont la recherche d'efficacité, de précision, et le soutien du patient. (27)

2. Modèles professionnels de consultation.

La communication médicale en consultation, peut être analysée par le biais de modèles procéduriers, qui décomposent les différentes tâches dévolues au médecin en consultation. De nombreux auteurs ont développé ce type d'approche : Byrne et Long (1976) (28), Larsen et Risor (1997) (29), Cohen et Cole (1991) (30), Silverman, Kurtz et Draper (1998) (31). Ces modèles insistent sur l'importance, pour le médecin généraliste, d'identifier, en début de consultation, les motifs de venue du patient. Ce sont des modèles dans lesquels la décision est « partagée ». Ils mettent aussi l'accent sur les aspects de communication non verbale. Ils sont adaptés à l'enseignement de la communication médicale, mais manquent de souplesse dans la pratique quotidienne.

La conférence de Kalamazoo (32) a réuni en 1999 des représentants d'institutions médicales professionnelles et d'enseignement, qui se sont appuyés sur ces modèles procéduriers pour proposer une synthèse des étapes successives de la communication médecin-malade. Ces étapes sont :

- construire la relation médecin patient
- ouvrir le dialogue, la discussion
- rassembler les informations
- comprendre le point de vue du patient
- partager les informations
- rechercher un accord sur les problèmes et la conduite à tenir
- envisager une conclusion.

Cette trame, qui décrit le déroulement d'une consultation médicale, a été réalisée pour faciliter les travaux de recherche en communication, et l'établissement de standards dans ce domaine. La description de la communication médecin-patient sera basée sur cette proposition dans la suite de l'exposé.

La communication médecin-malade peut aussi être abordée selon des modèles de référence (24) pour la profession, qui ont pris différentes formes selon les époques :

Dans le modèle biomédical (XIXe et début du XXe siècle), le médecin est un expert qui utilise une démarche clinique rigoureuse issue d'une médecine technoscientifique. La communication médecin-malade est axée sur la recherche d'informations utiles au diagnostic et à la prise en charge. Ce modèle ne prend pas en compte les aspects sociaux, culturels, ou fonctionnels de la maladie.

L'approche biopsychosociale (Engel, 1997) s'appuie sur les fondements du modèle biomédical (méthode clinique, structure des entretiens) mais le complète par les données issues de la psychologie, de l'anthropologie, de la sociologie. Ce modèle n'a pas de structure claire ou de vision globale de la maladie : il reste théorique sans pouvoir être concrètement développé.

L'approche centrée sur le patient, élaborée par Stewart et coll. (1995) se base sur la distinction entre « disease », la maladie au sens médical, la pathologie, et « illness », la maladie au sens où la vit le patient (33).

Ce modèle comporte six composantes complémentaires (34) :

- explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécues par le patient : les aspects cliniques et médicaux mais aussi l'idée que le patient se fait de son problème, les sentiments qu'il éprouve, l'impact de la maladie sur le fonctionnement quotidien, et l'attente du patient;
- comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale : le contexte familial, social, professionnel dans lequel évolue le patient ;
- s'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités, un terrain d'entente étant ainsi déterminé au terme d'un cheminement, sans nécessairement une négociation (35);
- valoriser la prévention et la promotion de la santé : pour l'auteur, ces notions de prévention sont plus efficacement transmises lors des consultations ;
- établir et développer la relation médecin-patient par le biais de l'empathie, de la confiance, du partage du pouvoir ;
- faire preuve de réalisme : reconnaître ses limites et ses contraintes, horaires notamment.

Dans ce modèle, la relation médecin-patient peut être améliorée par une facilitation de l'expression des sentiments du patient, une information claire délivrée au patient, des objectifs convenus mutuellement, un rôle actif pour le patient, et l'expression de l'empathie (34). Ce modèle améliore la satisfaction du patient, et le niveau d'observance (35).

3. Les compétences communicationnelles au long d'une entrevue médicale. (Modèle d'après la conférence de Kalamazoo (32)).

a. Construire la relation médecin-patient.

C'est une tâche transversale durant tout l'entretien, dont les objectifs sont la réalisation d'un climat de collaboration et de confiance, et l'engagement du patient dans son plan de traitement.

Le médecin démontre son expertise professionnelle (36) en posant les questions appropriées, en connaissant les éléments antérieurs du dossier, en donnant des explications, en impliquant le patient (relation de partenariat).

La base de construction de la relation est un contact (une poignée de main, un regard). Le médecin doit adopter un comportement para-verbal approprié :

-en recherchant les barrières communicationnelles (36) et en tâchant de les résoudre : barrières environnementales (contexte dans lequel a lieu la consultation), physiques (confort du patient), psychologiques (patient disponible et ouvert à la discussion), et socioculturelles (barrière de la langue) ;

-en détectant les indices non verbaux du patient et en surveillant ses propres signaux non verbaux (la communication non verbale est détaillée dans la suite de l'exposé).

Le médecin doit pouvoir répondre aux émotions du patient, en exprimant notamment de l'empathie, qui est la capacité à comprendre la situation du patient, son point de vue, son ressenti, et de communiquer cette compréhension au patient (37) :

- utiliser l'écoute active avec des réponses facilitantes (usage d'expressions minimales telles que « hmmm ») , des silences , des phrases courtes ,
- pousser le patient à s'exprimer sur ses émotions, son ressenti,
- reformuler les propos du patient ;
- reconnaître l'émotion du patient et la nommer,
- exprimer la compréhension du patient,
- respecter le patient en lui reconnaissant le droit d'agir en tant qu'individu,
- soutenir et assurer le patient de sa collaboration,
- éviter d'évaluer les comportements du patient,
- demander des corrections auprès du patient , et se faire confirmer ses propos auprès du patient.

b. Ouvrir la discussion.

Le médecin identifie les motifs de consultation : il écoute le patient décrire les motifs de sa venue, sans l'interrompre, puis complète par des questions ouvertes si besoin (38).

Il établit un ordre des priorités et négocie un programme de consultation.

Il s'informe du contexte social et professionnel du patient.

c. Rassembler les informations.

Dans cette étape, le médecin explore les problèmes du malade, en encourageant son récit, en alternant questions ouvertes et fermées, écoute attentive et réponses facilitantes, en observant les indices verbaux et non verbaux, puis clarifie les propos du patient avec un résumé intermédiaire.

d. Comprendre le point de vue du patient.

L'objectif est ici de découvrir les idées du patient sur sa santé (explorer l'expérience de la maladie du patient) (34) .

Résumer ce que le patient a partagé est important pour s'assurer de sa compréhension. (30)

e. Partager les informations.

Il faut cerner le problème clinique (anamnèse, interrogatoire, examen clinique), et hiérarchiser les hypothèses diagnostiques.

Les problèmes doivent être expliqués en s'adaptant au patient et en vérifiant que les informations sont comprises. (38)

f. Rechercher un accord sur la conduite à tenir.

Le médecin indique les choix possibles pour la prise en charge, et négocie le plan d'action (la décision est partagée entre le médecin et le patient) (34) .

Puis le suivi est planifié.

g. Envisager une conclusion.

Le médecin doit s'assurer de la satisfaction du patient, de la compréhension des informations. Il est recommandé de prévoir des « filets de sécurité » (31), en cas de difficulté ou d'imprévu pour le patient.

4. Apports de la communication commerciale.

Dans les modèles de communication médecin-malade dans lesquels la décision est partagée, un temps de négociation est souvent nécessaire pour arriver à un accord entre le médecin et le malade. Chacun des protagonistes expose son point de vue pour aboutir à une décision commune finale qui lui convienne.

La comparaison entre le modèle médical et le modèle commercial semble donc appropriée, et apporte un éclairage complémentaire sur la négociation, l'argumentation, et la communication non verbale.

La négociation est définie, en communication commerciale (39), comme la confrontation de protagonistes, liés par un certain rapport de force, et présentant la volonté d'aboutir à une solution acceptable au regard de leur objectif et de la marge de manœuvre qu'ils s'étaient donnée. Lors d'une négociation, la discussion doit permettre d'exprimer des divergences, pour ensuite aboutir à un compromis.

Avant le début de la négociation, la marge de manœuvre doit être définie à l'aide d'une « hypothèse haute », signifiant que la totalité de la proposition est acceptée, et d'une hypothèse basse, en deçà de laquelle la négociation ne sera plus acceptée. La négociation s'effectue entre ces deux hypothèses.

Avant de commencer une négociation, l'argumentation se prépare : il s'agit, pour une opinion donnée et un auditoire donné, de trouver les « bons » arguments, ceux qui parviendront à convaincre cet auditoire (40).

La recherche d'arguments appropriés, d'un angle d'approche adapté à l'auditoire constitue la première étape (l'invention): partir de ce que l'on sait de l'auditoire pour l'amener vers

l'opinion que l'on cherche à lui faire partager. Il faut donc comprendre d'abord le point de vue de l'auditoire. Un point d'appui (un élément auquel l'auditoire est très attaché, une valeur, une croyance) est recherché pour construire l'argumentation.

La deuxième étape, l'élocution, consiste à déterminer le contenu concret de l'argumentation (les mots, les tournures, les figures à employer).

La troisième étape, la disposition, est l'établissement d'un plan, l'ordre dans lequel seront énoncés les arguments : attirer l'attention, prendre la parole, exposer l'opinion puis les deux ou trois arguments sélectionnés.

Enfin, les questions matérielles doivent être anticipées dans la quatrième étape, l'action.

La communication non verbale permet de présenter efficacement le discours (41).

La présentation doit respecter les normes de bienséance (aspect physique, vestimentaire). La posture doit être avenante (corps tourné vers l'interlocuteur, gestes mesurés, posés). Le regard doit être direct, le visage doit rester neutre.

Une attention particulière doit être portée à l'articulation, à l'intonation, au débit de parole. Le registre de langue doit être choisi et adapté à l'auditoire.

C. La communication médecin-malade dans un objectif de changement de comportement du patient.

1. Etude du contexte : l'alcoolisme et les mésusages de l'alcool.

a. Définitions.

L'alcoolisme a été défini à de multiples reprises. Une des premières définitions est celle de Fouquet, médecin français, en 1951 : « l'alcoolisme est la perte de la liberté de s'abstenir d'alcool ».

La société française d'alcoologie propose une définition qui dépend du type d'usage : Le non usage représente toute conduite à l'égard des boissons alcoolisées ou alcooliques caractérisée par une absence de consommation. Le non-usage peut être primaire (non-usage initial) ou secondaire (abstinence).

L'usage concerne la consommation de boissons alcoolisées de façon modérée (inférieure ou égale aux seuils de dangerosité définis par l'OMS).

Le mésusage regroupe l'usage à risque, l'usage nocif, et l'usage avec dépendance.

L'usage à risque est défini par toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils de dangerosité définis par l'OMS, et susceptible d'induire un dommage d'ordre médical (somatique ou psychique), ou social.

L'usage nocif est toute conduite d'alcoolisation caractérisée par l'existence d'au moins un dommage (médical ou social) induit par l'alcool, quel que soit le niveau de consommation, sans dépendance à l'alcool associée.

L'usage avec dépendance est représenté par toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de la consommation par le sujet. Cet usage ne se définit ni par les conséquences médicales ni par les seuils de consommation.

b. Eléments d'épidémiologie.

L'alcoolisme est un problème de santé publique majeur. En France en 2010, on compte 41.3 millions de consommateurs actuels d'alcool parmi les 18-75 ans (87.5 %), dont 5 millions d'usagers quotidiens (11.7%). L'usage d'alcool « à risque chronique » concerne 8.1 % des 18-75 ans. L'usage avec de dépendance concerne quant à lui 1.2 % de cette population (12). En 2006, la mortalité attribuable à l'alcool était de 33000 personnes par an en France (13), l'alcool étant la troisième cause de mortalité après les accidents cardio-vasculaires et les cancers. Les comorbidités associées à la consommation abusive de boissons alcoolisées sont la cirrhose et l'hépatocarcinome, les cancers des voies aéro-digestives supérieures, et les psychoses alcooliques.

La consommation d'alcool dans le Nord-Pas-de Calais, issue du Baromètre Santé du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) réalisé entre 1993 et 1994, montre que 65,1 % de la population adulte de la région est consommatrice d'alcool. Ce chiffre est inférieur à la moyenne nationale.

Dans le même temps, parmi toutes les régions françaises, le Nord-Pas-de-Calais a la plus importante prévalence de patients dont l'usage de l'alcool est à risque avec dépendance : 9,5 % (42). Ainsi, le nombre de litres d'alcool achetés par an et par personne est supérieur à la moyenne nationale (surconsommation de 53 %). Ces données suggèrent donc l'existence d'une sous-consommation globale d'alcool dans la région, accompagnée de l'existence d'une sous-population consommatrice d'une quantité importante d'alcool.

Concernant la mortalité attribuable à l'alcool, le Nord Pas de Calais est au premier rang des régions avec 7.5 décès par cirrhose d'origine alcoolique par 10000 habitants en 2010, contre 3.3 en moyenne nationale (14). Les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) pour les comorbidités associées sont significativement supérieurs à la moyenne nationale, chez les hommes et les femmes, dans la région Nord-Pas-de-Calais.

En médecine générale, la prévalence des « malades de l'alcool » a été évaluée, en 2000, par les observatoires régionaux de santé, à 18.2 % (dont 13.2 % de consommateurs excessifs, et 5 % de malades alcoolodépendants.) (15)

Ces valeurs sont très différentes des résultats de consultation obtenus par l'observatoire de la médecine générale. En 2007, le résultat de consultation « problème avec l'alcool » a été retenu pour 3096 actes, parmi les 97024 rencontres effectuées : l'incidence est de 1.2 %, stable depuis 2000.

Ces données montrent l'écart entre la prévalence réelle de l'alcoolisme en médecine générale, et le nombre de patients repérés et pris en charge.

c. La prise en charge de l'alcool-dépendance en médecine générale.

Une place essentielle du traitement est occupée par les psychothérapies. Diverses, elles doivent être adaptées au stade de la maladie, et donc à la motivation du patient pour le soin.

Les thérapies motivationnelles sont à placer au premier plan. Elles sont les thérapies de choix dans le stade initial de la prise en charge de la maladie, lorsque le patient ne présente pas de motivation pour un changement de comportement.

Le style du thérapeute en entretien a un impact sur la résistance du patient : nous revenons par la suite sur l'approche centrée sur le patient de Rogers, au style empathique et peu directif. Les approches motivationnelles ont été théorisées avec le modèle trans-théorique du changement de Prochaska et DiClemente dès 1980. L'entretien motivationnel repose sur ces principes, nous y revenons par la suite.

Lorsque le patient adhère aux soins, par exemple lors de la cure de sevrage en alcool, d'autres thérapies sont à envisager : les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies systémiques dont la thérapie systémique brève. On peut également citer les thérapies de groupe, qui permettent au patient de s'identifier aux situations rencontrées, d'évaluer sa motivation, et de reconnaître chez l'autre sa propre ambivalence.

2. Les thérapies cognitivo-comportementales.

Les TCC sont apparues aux Etats Unis dans les années 1960, initialement indiquées pour les troubles anxio-dépressifs. Dans les approches cognitivo-comportementales, un trouble est un comportement qui a été appris de manière inadaptée à un moment donné de l'existence d'un individu, et qui est maintenu par un ensemble de processus. Les TCC utilisent des techniques qui visent à « désapprendre » les comportements inadaptés pour les remplacer par des comportements adaptés : le thérapeute est directif, objectif, guide le patient, et utilise une méthode expérimentale (émet et vérifie des hypothèses causales).

Le modèle de TCC le plus utilisé en pratique est le modèle de la prévention de la rechute de Marlatt et Gordon. (43)

Ce modèle est centré sur le comportement du patient face à des situations dites à haut risque, réparties en cinq catégories : état émotionnel désagréable, conflits interpersonnels, pressions sociales, état émotionnel agréable et niveaux d'adaptation.

Une fois le patient abstinente, celui-ci peut aborder ces situations à haut risque de façon efficace, ce qui renforce le sentiment d'efficacité personnelle et réduit le risque ultérieur de rechute. Une gestion inefficace de ces situations à haut risque induit pour le patient une baisse du sentiment d'efficacité personnelle, et active les schémas d'attente d'effets positifs de la consommation.

La première consommation active alors l'effet de violation de l'abstinence qui augmente le risque de rechute par le biais de différents éléments : les attentes positives concernant la

consommation (la dissonance cognitive : « j'ai bu un verre, je me sens bien, j'en bois encore un »), et les émotions négatives (la culpabilité, la honte : « j'ai bu un verre, je suis nul, je n'ai qu'à continuer à boire »).

Dans ce modèle, on considère qu'il est normal pour le patient abstinent d'avoir des envies d'alcool. Elles doivent être l'occasion d'identifier les situations à risque et d'établir des stratégies pour y faire face.

Ce modèle a été réactualisé en 2004 (44) Il est utilisable à partir du moment où le patient est décidé à changer ses consommations.

En pratique, les situations à risque une fois identifiées, les objectifs sont définis avec le patient. Le développement et l'entraînement aux compétences cognitives et comportementales a lieu ensuite et concerne des compétences intra personnelles (comportementales, cognitives, émotionnelles) et des compétences interpersonnelles (affirmation de soi, communication) : ces compétences représentent des stratégies de gestion des situations à risque.

3. Les interventions systémiques (45).

L'approche systémique familiale reste minoritaire dans la pratique actuelle, mais permet de resituer le problème de la consommation dans l'environnement du patient. L'alcoolisme et les dysfonctionnements familiaux sont intriqués entre eux: les problèmes d'alcool ont un retentissement sur l'entourage familial et social du patient et peuvent induire des sentiments de stress, de culpabilité, de responsabilisation et d'impuissance chez les proches. Lorsqu'un alcoolisme se chronicise, la vie familiale s'organise autour de ce problème, et tente de s'y adapter.

Diverses approches sont possibles, impliquant de manière différente les proches (suivi avec un proche, entretiens familiaux, thérapie de couple).

L'implication des proches dans le traitement augmente son efficacité et diminue la culpabilité des proches.

4. La thérapie systémique brève (46).

Ce style de thérapie a été fondé par l'école de Palo Alto, en Californie, durant la Seconde Guerre Mondiale. Gregory Bateson, biologiste, anthropologue (1904-1980), est considéré comme le père de ce groupe, lequel entretient des liens étroits avec Milton Erickson, psychiatre (1901-1980). La thérapie systémique travaille sous l'angle des interactions de l'individu avec son entourage.

La thérapie systémique brève part du problème du patient: le patient qui vient consulter en addictologie n'a pas toujours la même définition de son problème que son conjoint, son fils, ou son médecin généraliste. Le problème doit être défini selon le patient car celui-ci peut considérer qu'il n'a pas de problème, considérer qu'il est victime et que le problème vient de l'extérieur ou considérer qu'il a un problème mais qu'il ne parvient pas à trouver des solutions.

Il est donc nécessaire d'identifier le demandeur, et de travailler avec lui. Qui a demandé la consultation ? Qui souhaite que cela change ? Si ce "plaignant" est une personne différente du "patient désigné", il est indispensable de travailler avec tous afin de définir des objectifs pour chacun.

Cette thérapie est orientée vers la recherche de solutions plutôt que sur l'analyse des problèmes. Elle est brève au sens anglo saxon du terme, c'est-à-dire qu'elle est ciblée et vise le changement.

Enfin, la thérapie systémique brève est dite "utilisationnelle" : le principe est de partir du langage et des valeurs du patient, de reconnaître, d'accepter son point de vue sans jugement, et d'utiliser ces éléments apportés par le patient pour atteindre l'objectif fixé. Le langage du patient est considéré comme seul levier de changement.

5. Les thérapies motivationnelles.

Dans les années 1980 une remise en question des traitements classiques en addictologie a lieu, et donne jour à des alternatives thérapeutiques : les interventions brèves, traitements plus courts, ont été décrites par la présence de critères d'efficacité, regroupés sous l'acronyme FLAMES (FRAMES en anglais) : Feedback, Libre arbitre, Avis, Menu d'options, Empathie, Sentiment d'efficacité personnelle. Les interventions brèves ont prouvé leur efficacité, par exemple lors du projet MATCH américain en 1997 (47).

a. L'approche centrée sur le patient (48).

Cette approche psychothérapeutique a été développée par Carl Rogers, psychologue américain (1902-1987) à partir des années 1940. Cette théorie a évolué et est connue sous plusieurs appellations : psychothérapie non-directive, de psychothérapie centrée sur le client, d'approche centrée sur la personne. Les concepts et résultats des travaux de Rogers ont été validés scientifiquement.

Rogers en définit l'hypothèse principale : « L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources »

La relation thérapeutique est possible sous trois conditions :

-une condition d'authenticité (ou encore vérité, ou congruence) : le thérapeute doit être lui-même dans la relation. Le thérapeute manifeste ouvertement les sentiments qui l'animent à un moment donné.

-une condition de valorisation : le thérapeute doit poser un regard positif, ouvert, disponible sur son client. Il doit le valoriser et accepter tout ce que peut ressentir son client sur le moment.

-une condition d'empathie : le thérapeute perçoit avec exactitude les sentiments qu'éprouve son client.

Il s'agit d'un point de vue non directif : le client a le droit de déterminer les objectifs de sa propre vie, même s'ils divergent de ceux que le thérapeute pourrait lui fixer. La relation d'aide permet au patient d'élaborer ses propres solutions aux problèmes qu'il rencontre, avec l'aide du thérapeute.

Cette thérapie est centrée sur le patient et non sur le problème : le client sera mieux armé pour faire face à d'éventuels problèmes dans le futur, parce qu'il sera mieux entraîné à rechercher en autonomie une solution à ses problèmes.

b. Les stades motivationnels de Prochaska et Di Clemente (17).

Prochaska et Di Clemente ont élaboré en 1982 un modèle permettant de comprendre le processus individuel de changement de comportement.

La théorie des stades du changement suggère que les personnes changent de comportement progressivement, selon une succession définie de stades.

Les stades sont décrits de la manière suivante :

La pré-contemplation : la personne n'a pas l'intention de modifier son comportement problématique, soit par déni, soit par manque d'information ou inexactitude de ces informations

La contemplation est le stade de l'ambivalence : la personne est consciente qu'un problème existe mais n'a pas le désir de changer.

La préparation est le stade pendant lequel le sujet a l'intention de prendre une initiative bientôt (généralement dans le mois qui suit).

L'action est le stade au cours duquel des modifications du comportement déclarées ont été effectuées. Le sujet est à risque de rechuter durant cette phase instable. Il s'agit, pour le malade alcoolique, du sevrage.

Le maintien est la période qui commence après l'atteinte de l'objectif jusqu'au moment où il n'y a plus de risque de rechute. Autrement dit, il s'agit de la période d'abstinence.

La terminaison est le stade au cours duquel le sujet n'est plus tenté de retomber dans son comportement antérieur. Le stade ultérieur peut être le stade de rechute.

Selon ce modèle, le thérapeute doit adapter sa stratégie thérapeutique au stade de changement où se trouve le patient.

c. L'entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel (EM) est une technique thérapeutique développée pour engager un consommateur ambivalent ou résistant dans un processus de changement. Il s'agit d'un style relationnel, issu de l'approche rogérianne (49).

Il permet d'activer les propres motivations du patient au changement, et de diriger le patient dans ce processus. Le changement de comportement est évoqué en consultation lorsqu'il s'agit pour le patient de modifier « quelque chose » dans l'intérêt de sa santé.

Les auteurs, Miller et Rollnick, définissent l'EM comme une “méthode de communication directive centrée sur le client visant à l'augmentation de la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence” (16).

L'entretien motivationnel s'est d'abord développé au cours des années 80 aux États-Unis et au Royaume-Uni. Il a été créé par deux psychologues, William Miller (de l'université du Nouveau Mexique), et Stephen Rollnick (de l'université de Cardiff).

Sur le plan théorique, les auteurs revendiquent clairement leur filiation avec Rogers et ses méthodes d'entretien centrées sur le client, ainsi que l'influence de concepts déjà existants comme, notamment, le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente.

Il a été développé au départ pour le champ de l'addictologie. Son utilisation a ensuite été étendue à l'éducation thérapeutique, puis à beaucoup d'autres domaines médicaux (règles hygiéno-diététiques, prévention cardio-vasculaire, observance thérapeutique, problèmes psychiatriques ou psychologiques, prévention des risques infectieux).

La méthode clinique de l'EM a été décrite en 1983, comme une intervention brève dans le champ de l'alcoologie (50). Leur ouvrage paru en 1991 (Motivational Interviewing, paru en France en 2006) a suscité un grand intérêt parmi les praticiens et les chercheurs.

1- Principes :

*Éviter le réflexe correcteur mais plutôt rouler avec la résistance.

Le réflexe correcteur est le phénomène dans lequel le soignant corrige les mauvais choix du patient, ou redresse une situation problématique. Le désir d'exercer le réflexe correcteur est fort pour le soignant mais cela a tendance à accroître la résistance au changement du patient. Cette résistance est ici considérée non pas comme un trait de psychopathologie du patient, mais comme le signe d'une relation inappropriée entre le soignant et le patient, d'une réaction au comportement de l'intervenant. Par ailleurs plus le patient verbalise les inconvénients du changement, plus il s'engage dans le statu quo, car on a tendance à croire ce qu'on s'entend dire.

*Explorer et comprendre les motivations propres du patient.

L'objectif est de créer, dans la façon de voir du patient, une divergence entre son comportement actuel et ses valeurs de référence ou ses objectifs personnels, afin d'augmenter de façon sensible sa perception des inconvénients du statu quo. Le patient fait émerger ses propres arguments pour le changement, ainsi que ses propres stratégies. La manière de mettre en œuvre le changement est de la responsabilité du patient.

Par ailleurs une grande place est donnée à la résolution de l'ambivalence. Celle-ci est un processus de débats internes entre les éléments pour et contre le changement. Elle est comprise comme un phénomène psychique normal face à une situation de choix difficile, mais pouvant immobiliser le sujet dans ce conflit intrapsychique. Le rôle du soignant est dans l'EM d'explorer cette ambivalence avec le patient.

*Ecouter avec empathie :

Le soignant doit créer une relation symétrique, de partenariat entre le patient et lui-même. Il offre une écoute respectant le discours de la personne, avec le désir de comprendre ce qu'elle a en tête.

*Renforcer le patient :

Le soignant valorise l'autonomie du patient, et sa confiance en sa capacité à surmonter les obstacles. Un patient qui joue un rôle actif durant la consultation a plus de chance d'évoluer favorablement. Il est libre de choisir les éléments qui lui paraissent utiles, parmi ceux que lui propose le thérapeute.

2- Stratégies :

*La première phase consiste à faire émerger le discours-changement :

- poser des questions ouvertes
- valoriser
- pratiquer l'écoute réflexive
- résumer

Les éléments de discours-changement sont alors :

Désir : « je souhaiterais pouvoir perdre du poids »

Capacité : « je peux imaginer venir deux fois par semaine »

Raisons : « cette douleur m'empêche de jouer du piano »

Besoins : « il faut que je fasse plus d'exercice »

*Dans la deuxième phase, après avoir identifié la phase d'action (dans le modèle de Prochaska et Di Clemente), il s'agit de renforcer l'engagement. Les éléments de discours-changement traduisent une volonté de changement durable de comportement, et peuvent alors être :

Engagement : « je garantis de Je suis prêt à... »

Premiers pas : « j'ai emprunté ce livre à la bibliothèque sur les exercices de gym... j'ai pris les escaliers au lieu des ascenseurs aujourd'hui »

Les éléments du discours-changement permettent aussi de mieux connaître les aspirations et valeurs du patient. L'idée de l'EM est de collecter les expressions de discours changement du patient pour lui présenter régulièrement.

3- Techniques :

L'EM repose sur l'association de trois styles de communication complémentaires : diriger, suivre, guider.

*Suivre : écouter et comprendre ce que l'autre ressent. L'écoute prédomine. Le soignant suit la direction donnée par le patient, notamment pour rassembler de l'information, pour éclaircir les motifs de consultation, ou encore face à un patient qui exprime des éléments difficiles.

*Diriger : établir une relation asymétrique en termes de savoir, d'expertise, d'autorité. Le rôle du patient est donc l'observance, l'adhésion. Ce style n'est pas le plus approprié pour aborder un changement de comportement.

*Guider : aider le patient à prendre la bonne direction. Aider le patient à résoudre le problème par lui-même.

En pratique : il existe trois façons fondamentales de communiquer (interroger, informer, et écouter), qu'il convient d'associer selon le moment de la consultation.

*Interroger :

-Favoriser les questions ouvertes : elles sont perçues comme une manifestation de l'intérêt et de l'attention du soignant, et aident à comprendre ce qui est vraiment important pour le patient.

-S'appuyer sur des questions ouvertes courtes :

« Qu'est-ce qui s'est passé ? Comment puis-je vous aider aujourd'hui ? »

-Etablir un ordre du jour : en commençant par demander au patient ses préférences et ses points de vue.

-Poser des questions ouvertes auxquelles il peut être répondu par du discours-changement :

« Qu'est-ce que vous souhaitez ? Qu'êtes-vous capable de faire ? Pourquoi feriez-vous ce changement ? »

-Utiliser des échelles : pour situer, de 1 à 10, le patient par rapport à sa volonté ou sa capacité de changement.

-Evaluer les pour et les contre : par rapport au statu quo et par rapport au changement (ce qui correspond à la balance décisionnelle).

Conclure : « Où en êtes-vous maintenant ? »

-Tester le niveau d'engagement au changement du patient

« Et maintenant ? Quand, comment va-t-il changer ? Quelle va être la première étape pour vous ? »

*Ecouter

-Proposer au patient de l'écouter :

« Qu'est-ce qui vous préoccupe ? Dites moi comment ça s'est passé ».

-Utiliser les réponses facilitatrices :

« Mmh mmh, je vois, continuez... »

-Ecouter en reflétant : prouve de façon certaine que l'écoute est active. Un reflet est un court résumé de ce que la personne vient de dire, en formulant une hypothèse sur ce qu'elle souhaitait exprimer. Le ton de l'intervenant baisse à la fin d'un bon reflet, au contraire d'une question. Les reflets sont des phrases affirmatives et non des questions : le patient a ainsi un sentiment de confort.

-Un résumé permet de clore la période d'écoute. Il permet d'insister à nouveau sur certains aspects de ce que le patient a dit.

-Poser plutôt des questions ouvertes et ne pas poser deux questions successivement mais compléter les réponses en reflétant les propos du patient.

-Les reflets doivent être choisis : de là vient une des différences par rapport à un entretien classique.

*Informer.

-L'échange d'information peut être amélioré :

-en mesurant la quantité d'information délivrée, en laissant le temps au patient d'assimiler à son rythme

-en prenant en compte les priorités du patient

-en délivrant des messages positifs, adaptés au patient et compréhensibles.

-Demander la permission : renforce l'autonomie du patient, la collaboration, et diminue la résistance.

-Offrir des choix :

« Quel serait votre choix parmi ces solutions ? »

-Deux stratégies pour informer :

-Délivrer-vérifier-délivrer :

« Voila mes conseils vous concernant ; vous semblent ils raisonnables ? »

Le style est directif, et peut aussi être adapté pour guider le patient.

-Demander-fournir-demander :

« Qu'est ce que vous aimeriez savoir sur... ? Que savez-vous déjà sur... ? »

Demander au patient ce qui lui semble important, de son point de vue.

Il s'agit d'un style empathique qui favorise l'expression du discours changement, réduit la résistance et promeut l'adhésion thérapeutique.

Dans l'entretien motivationnel, le style de communication utilisé vise à guider plutôt qu'à diriger, encourager plutôt que culpabiliser, négocier plutôt qu'imposer.

II. MATERIEL ET METHODES.

A. Justification de la méthode.

Pour répondre à notre question, « quels sont les moyens utilisés par le médecin généraliste en consultation pour communiquer avec le patient alcoolique en phase de déni ? », nous avons choisi la recherche qualitative.

En effet, celle-ci s'intéresse à comprendre les comportements et les interactions entre les sujets, à les décrire et les expliquer. Elle consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative, plutôt qu'à quantifier des éléments. Elle s'oppose en cela à la recherche quantitative, qui permet une généralisation sur le plan statistique. La recherche qualitative est particulièrement adaptée pour analyser les aspects relationnels du soin, notamment en médecine générale (51).

B. Type d'étude.

Il s'agit donc d'une étude qualitative, d'observation directe non participante, lors de consultations dédiées au suivi de patients alcoolo-dépendants, dans des cabinets de médecine générale de la métropole lilloise. Nous avons assisté à ces consultations, sans intervenir, afin de pouvoir recueillir le dialogue médecin-patient de manière directe. Le recueil a été effectué par enregistrement audio des consultations.

C. Protocole.

Les médecins ont été choisis dans différents secteurs de la métropole lilloise, pour diversifier les situations cliniques, et en leur qualité de maître de stage, pour faciliter l'acceptation de ma présence par le médecin et par le patient lors des consultations.

Les médecins ont été informés du principe de l'étude et ont choisi eux-mêmes les patients alcoolo-dépendants en phase de pré-contemplation ou de contemplation, parmi leur patientèle.

Les patients ont été informés de ma présence pendant les consultations et de l'enregistrement des données sur format audio. Ils ont été informés du respect de l'anonymat. Le consentement des patients a été recueilli par leur médecin, et consigné dans leur dossier médical respectif.

Chaque médecin participant a prévu un rendez-vous de suivi pour les patients concernés, et m'a tenu informé de la date. Ces consultations programmées, auxquelles j'ai assisté, ont permis l'observation directe du déroulement de la séance, ainsi que l'enregistrement des propos tenus.

Nous avons programmé une deuxième consultation pour chaque patient vu une première fois, afin d'effectuer un suivi sur quelques mois (un trimestre), d'observer l'évolution de la motivation du patient, et l'évolution de la communication du médecin.

D. Fin de l'étude.

Le recueil de données a été interrompu à la saturation d'idées, c'est-à-dire quand la lecture du matériel n'a plus apporté de nouvel élément.

E. Matériel recueilli pendant l'enquête.

Nous nous sommes intéressés à quatre patients, pour neuf consultations au total : trois patients ont été vus deux fois, un patient a été vu trois fois. Trois médecins ont participé : un médecin m'a permis de voir deux patients.

Les consultations ont été retranscrites par écrit, en respectant les propos tenus et le registre de langue utilisé, et de manière intégrale.

F. Analyse des données.

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo version 9, logiciel d'aide à la recherche qualitative.

A partir des données obtenues, le texte a été codé, c'est-à-dire divisé en une liste de sous-catégories (appelées « nœuds »), représentant chacune un aspect précis de la communication médecin-patient, ou un sujet abordé au cours de la consultation. Après relecture, selon l'idée générale se dégageant d'un ensemble de sous-catégories, celles-ci ont pu être regroupées en catégories. Nous avons, enfin, rassemblé les catégories en trois thèmes. Ce classement a permis d'aboutir à une arborescence d'idées explorant notre sujet de recherche.

Les thèmes, catégories (*) et sous-catégories (α) sont représentés ci-dessous :

Premier thème : aborder les règles hygiéno-diététiques en consultation.

*entretien centré sur le patient :

- le médecin montre qu'il connaît l'histoire du patient
- demander l'autorisation du patient pour parler de certains sujets
- demander l'avis du patient
- αposer des questions ouvertes
- αguider le patient
- αrésumé effectué par le médecin

*entretien centré sur la maladie :

- αrésultats biologiques
- αpatient passif
- αdiriger le patient
- αinformation médicale délivrée par le médecin
- αposer des questions fermées
- αquantification de consommation

Deuxième thème : aborder le déni de l'alcoolisme.

*expression de la résistance du patient :

- αindifférence du patient
- αcomportement de compensation
- αdéni du patient
- αévitement du patient
- αfatalisme du patient

- ☒ habitude de consommation
- ☒ le patient fait des efforts
- ☐ l'humour comme moyen de défense
- ☒ minimisation du patient
- ☒ patient se compare au médecin
- ☒ plaisir sans contrainte
- ☒ remise en cause de l'information médicale par le patient

*réaction du médecin face à la résistance du patient :

- ☒ refléter le patient
- ☒ réflexe correcteur du médecin

Troisième thème : favoriser le changement de comportement du patient .

*discours-changement du patient :

- ☒ discours-changement : possibilité
- ☒ discours-changement : décision
- ☒ discours-changement : volonté
- ☒ discours-changement : intention
- ☒ discours-changement : nécessité
- ☐ le patient recherche l'information médicale

*réaction du médecin face au discours-changement :

- ☒ discours-changement du médecin
- ☒ réaction du médecin-clôt le débat
- ☒ réaction du médecin- explore la motivation du patient
- ☒ réaction du médecin- humour
- ☒ réaction du médecin- reflet
- ☒ réaction du médecin- réflexe correcteur
- ☒ réaction du médecin- insiste, reformule
- ☒ réaction du médecin-résume point positif
- ☒ réaction du médecin-explore point de vue du patient
- ☒ réaction du médecin- résume situation
- ☒ réaction du médecin- changement de sujet
- ☒ suivre le patient
- ☒ valoriser le patient.

*pistes :

- ☒ conduite automobile
- ☒ obstacle au projet de changement
- ☒ prise de conscience du patient
- ☒ rôle de l'épouse

Ces éléments permettent de décrire précisément ce que nous avons constaté concernant la communication du médecin généraliste en consultation.

III. RESULTATS.

A. La communication médecin-patient : aborder l'hygiène de vie, la consommation alcoolique.

Aborder l'hygiène de vie du patient fait partie de la prise en charge globale de la santé du patient lors d'une consultation de médecine générale. L'alimentation, la consommation tabagique ou alcoolique, l'exercice physique sont des éléments qui influent sur l'état de santé.

Le médecin peut centrer son entretien sur le point de vue du patient : ce qu'il ressent, son point de vue concernant ses habitudes ou sa santé, et s'il envisage un changement. La discussion peut aussi être orientée sur la pathologie sous-jacente et revenir sur les éléments de l'anamnèse, l'évolution, les complications éventuelles et le traitement envisagé.

1. Lorsque l'entretien est centré sur le patient.
 - a. Le médecin recherche l'avis du patient.

Il le pousse à s'exprimer :

-sur son point de vue concernant l'hygiène de vie

D2-2 : M : ben non, c'était pour voir du point de vue de ce qu'on avait discuté, globalement l'hygiène de vie ; est-ce que par rapport à ...
P : selon mes normes à moi...

-sur son comportement actuel, ses habitudes

C1-1 : M : alors pourquoi vous qui étiez battant comme ça à l'époque, pourquoi il n'y a plus le Alain qui rentre dedans, qui crapahute ? Comment vous expliquez ça ?
P : Alain il a 70 ans, on se ramollit de toute façon. Après c'est des conditions de vie différentes, qui étaient beaucoup plus dures !

-sur sa consommation alcoolique actuelle : le médecin souhaite connaître les avantages et inconvénients que le patient relie à sa consommation alcoolique.

D1-1 : M : Et donc après, au point de vue santé, à votre avis, est-ce que c'est beaucoup ou pas, pour votre santé ?

D1-2 : M : bon alors et après, on va être dans le positif, l'alcool pour vous ça vous amène quoi ? Ça vous fait plaisir, c'est partager un bon moment ?

P : oui, ça fait plaisir,

M : même quand vous êtes tout seul.

P : oui, Madame elle boit pas, elle boit que de l'eau, de temps en temps, elle boit un apéro. mais bon j'aime bien boire mon apéritif le soir, quand j'ai fini ma journée.

M : un petit bonheur !

b. Le médecin cherche à évaluer la motivation au changement de comportement du patient.

D1-2 : M : est-ce que vous trouvez que ça vaut le coup, est-ce que vous allez y gagner, soit pour maintenant, maintenant vous dites que vous êtes bien donc vous allez pas gagner, ou soit pour l'avenir, ...

P : je sais pas, il va falloir que je fasse attention, que j'écoute un petit peu Madame.

M : et accessoirement le docteur...

P : aussi, oui, oui, oui...

D1-2 : M : donc il faut prendre quelques dispositions ! À votre avis, qu'est ce qui est le plus facile à faire tout de suite ?

P : oh l'alcool, je peux m'en passer une journée ! Même plusieurs jours ! Ce serait plusieurs jours, je m'en passerais. Mais, j'arrive au soir, j'ai fini ma journée, je me mets devant la télé, je regarde les jeux, et je prends mon apéro.

c. La notion d'empathie se retrouve dans le mode de communication du médecin :

Celui-ci s'assure que le patient est d'accord pour parler de certains sujets :

D1-1 : M : et je vous embête avec mes questions.

C1-1 : M : et pour être direct, vous dites si je vais trop loin, est ce que le fait de consommer de l'alcool maintenant a rapport avec la guerre d'Algérie ?

Le médecin favorise la discussion en montrant au patient qu'il le connaît bien :

D2-1 : M : on y va Monsieur ! Comment allez-vous ? Vous êtes parti à Wimereux ?

D1-1 : M : ça va mieux qu'au début de l'année ?

C1-1 : P : je peux pas avoir le même état d'esprit en étant marié, grand père en plus maintenant !

M : qu'est ce qu'il est beau, ce petit !

P : un beau petit garçon.

d. Le médecin suit les propos du patient et l'incite à aller plus loin.

Il use de réponses brèves, de formules courtes ou répète les propos du patient :

D2-2 : P : le whisky ! Ah ! J'ai supprimé... quand j'avais des transaminases et des gammaGT, et tout ça, là...

M : ouais ?

P : j'ai donc supprimé le porto et le martini, le midi.

M : c'est bien.

P : ce qui n'était pas tous les jours mais souvent.
M : c'est bien.

D2-1 : P : des défauts, non. Des particularités.
M : des particularités.
P : 12 à 16 cigarettes par jour
M :mmmh
P : et le vin, le whisky aussi !
M : le whisky.

e. Le médecin pose des questions ouvertes.

Ces questions laissent l'opportunité au patient de développer le sujet qu'il souhaite :

R1-1 : M : ok. Bon, commentaire sur la prise de sang ?

C1-1 : M : et qu'est ce qui faudrait pour que la pêche revienne ?
P : j'ai 71 ans.
M : vous vous occupez à quoi en général ? J'aime bien discuter avec vous aujourd'hui, parce que Brigitte est pas là pour une fois, c'est une des rares fois, et donc on peut parler plus de vous, de votre vie...
P : j'ai pas peur du dialogue !

f. Le médecin s'assure que le message est bien transmis.

Il résume les propos qui viennent d'être tenus.

D2-2 : M : donc vous réalisez bien, vous entendez bien ce qu'il faut faire, de toutes façons, du point de vue exercice c'est bien, du point de vue alimentation, légumes tout ça c'est bien. Après donc vos problèmes, vous le réalisez bien, c'est le tabac, tout ça, mais vous essayez de diminuer, c'est bien, mais si vous gagnez deux cigarettes, c'est bien...

Un entretien « centré sur le patient » permet de connaître la position et les intentions du patient, en favorisant l'échange par un mode de communication empathique.

2. Lorsque l'entretien est centré sur la maladie du patient.

En consultation de médecine générale, il est aussi nécessaire de faire le point sur l'évolution de la pathologie.

a. Le médecin s'intéresse à quantifier la consommation alcoolisée.

D1-1 : M : alors actuellement, le midi vous ne prenez rien du tout ?
P : non. Le midi, rien.
M : pas le samedi et le dimanche non plus ?
P : ah si, si ! je vous l'ai dit, le samedi et le dimanche, mais là je conduis pas.
M : et là vous prenez quoi ?

R1-1 : M : t'en es à combien là ?
P : j'en sais rien, je les compte pas mi
M : mais à peu près, t'as une idée quand même ?
P : oh, 5 par jour ?

b. Il s'appuie sur les résultats biologiques du patient.

R1-1 : M : bon alors Michel...
P : donc ça c'est les analyses... comme d'habitude tu vas m'engueuler jm'en fous moi !
M : alors, Mr S il fait du diabète de découverte assez récente, son hémoglobine glyquée est pas top, ses GGT...

D1-1 : M : ah ! C'est tout nouveau ! Bon, c'est pas une catastrophe, 6.9 % c'est bien, vous êtes en dessous de 7. Mais avant vous étiez parfait !
P : avant j'étais à 6.6, et à un moment j'étais à plus de 7 !
M : oui, alors après, on va regarder, j'avais aussi demandé les gamma !
P : ah ! Oui, là, j'en ai vingt de plus ! C'est pas beaucoup vingt de plus !
M : ah non, évidemment ! Vous êtes à 400 !

c. Le médecin informe le patient de la pathologie et des complications possibles.

D1-1 : M : et pour votre diabète ? On en a déjà parlé ! Le diabète c'est du sucre, mais c'est pas que le sucre blanc, c'est les gâteaux, les biscuits...

C1-1 : M : Le café cognac était fréquent là bas ?
P : Non, c'était exceptionnel !
M : Parce que pour l'œsophage c'est pas très bon !

R1-1 : M : en fait si tu veux, j'essaie de te faire arrêter de boire... enfin arrêter, limiter, pour deux raisons, parce qu'on sait que c'est mauvais pour la santé
P : je l'sais !
M : et deuxièmement, c'est du sucre, et pour ton diabète c'est pas top.

d. Les questions sont de type « fermé ».

Elles orientent la réponse du patient.

C1-2 : M : vous faites attention à ce que vous buvez ?
P : ...
M : vous gérez mieux votre consommation ?
P : ...dans l'ensemble ça va, quoi.

D1-1 : M : alors actuellement, le midi vous prenez rien du tout ?
P : non. Le midi, rien.
M : pas le samedi et le dimanche non plus ?
P : ah si, si ! je vous l'ai dit, le samedi et le dimanche, mais là je conduis pas.

D1-2 : M : pas de trouble digestif ?
P : euh... si, j'ai des brûlants, j'prends mes OGAST ! C'est parce que bon, j'ai arrêté

de fumer, et j'arrêtais pas de manger !

M : ah oui.

P : enfin moi je pense que c'est ça.

M : et l'alcool, ça vous brûle pas.

P : oh non, non, je prends mes OGAST, et puis ça va. J'en prends un tous les jours.

Ces questions sont brèves et précises, et attendent une réponse du même type : elles sont utilisées pour préciser l'anamnèse ou le diagnostic.

e. Le médecin utilise un ton directif.

C'est lui qui oriente les propos tenus en consultation :

D1-1 : M : faites quand même attention, c'est quand même augmenté, c'est parce qu'un jour, ça va augmenter et vous n'arriverez plus à régulariser.

R1-2 : M : oui. Bon c'est à dire qu'en fait, moi sur ta prise de sang j'ai quand même des gamma GT qui augmentaient tout doucement, et ça, ça me gênait un petit peu. Et euh ça va finir par redéstabiliser le diabète si on fait pas gaffe. D'accord ?

P : (*hoche de la tête*).

Un entretien centré sur la maladie du patient est complémentaire à l'examen clinique et permet au médecin d'envisager la prise en charge thérapeutique appropriée.

B. Aborder le déni de l'alcoolisme.

Les patients alcooliques que nous avons rencontrés en consultation de médecine générale n'envisagent pas de changement de comportement concernant leur consommation : ce sont des patients en phase de pré-contemplation, c'est-à-dire ne reconnaissant pas leur alcoolisme (ils sont dans le déni de la maladie), ou des patients en phase de contemplation, qui reconnaissent leur trouble mais ne souhaitent pas diminuer leur consommation.

Dans tous les cas, ces patients rencontrés au début d'une prise en charge addictologique sont résistants au changement : ils expriment ce refus de manières diverses. Voyons ici les différentes expressions de la résistance du patient que nous avons pu repérer lors de notre enquête.

1. Le patient peut exprimer le déni :

Il peut aussi banaliser sa consommation, ou la minimiser.

*le déni : le patient dénie toute pathologie alcoolique.

D1-1 : P : il faut limiter, si, si ! ouais, c'est vrai vrai qu'il faut limiter, mais bon...

M : on en discutera. C'est important l'hygiène de vie, vous êtes d'accord ou pas d'accord ?

P : ah si, si, faut quand même une hygiène de vie, mais bon on est pas, toujours comme ça.... Disons qu'on peut boire un petit coup mais dans les limites ! on n'est pas non plus à marcher de travers quoi.

M : on se reverra dans trois mois. Faut réfléchir un petit peu pour rester en bonne

santé !

P : ouais ouais. J'me dis : « c'est pour ton diabète ».

D1-2 : M : et alors, à voir des chiffres comme ça, vos gamma ils sont quand même... dix fois la normale !

P : ouais...

M : donc le diabète qui est un peu plus élevé, ça vous gêne quand même ou bien vous vous en foutez, ou ... ?

P : ah non, non, c'est comme elle dit Madame, je suis pas conscient, je ne vois pas, je me dis tiens, ça va...

C1-1 : M : Mais donc vous ne vous sentez pas dépendant de l'alcool, pour vous c'est juste un petit coup par ci, un petit coup par là..

P : C'est un petit coup. Quand t'es arrivé tout à l'heure j'étais en train de boire mon petit coup ! Après j'ai mangé et puis c'est tout.

*la banalisation : le patient envisage sa consommation alcoolique comme une habitude du quotidien, qui n'est pas néfaste pour lui.

D1-1 : M : et après je vais arrêter de vous embêter, mais je trouve que votre ventre il augmente !

P : (*acquiesce*) ah, oui, oui !!

M : un petit peu. Ça ne vous inquiète pas.

P : ah mais comme je vous dis, maintenant, ...je suis....

M : oh mais vous avez 62 ans enfin, vous rigolez ! Vous pouvez encore être trente ans bien !

P : ah ouais, mais ... (*riant*)

D1-2 : M : donc il faut prendre quelques dispositions ! À votre avis, qu'est ce qui est le plus facile à faire tout de suite ?

P : oh l'alcool, je peux m'en passer une journée ! Même plusieurs jours ! Ce serait plusieurs jours, je m'en passerais. Mais, j'arrive au soir, j'ai fini ma journée, je me mets devant la télé, je regarde les jeux, et je prends mon apéro.

C1-1 : M : Mais c'est le côté alcool, est-ce qu'on a besoin de ça pour être bien, pour être détendu, voilà ?

P : Bah, c'est un moment de détente et je bois un petit coup pendant qu'on est à table. Mais c'est tout. C'est pas quelque chose qui... je sais m'en passer ! Quand j'avais 19- 20 ans je buvais que de l'eau de toute façon. De l'Evian. Après je me suis mis un peu à l'alcool avec l'armée, bon ben, et après l'armée un peu aussi mais pas énormément.

D1-2 : M : et alors passer à un whisky, par exemple, ça vous semble difficile ? Rester à un ?

P : oh, c'est une habitude, il faut que j'en reboive un après. Ouais

*la minimisation : le patient reconnaît un usage chronique d'alcool sans admettre un mésusage, un abus ou une dépendance.

D1-1 : P : ah si, si, faut quand même une hygiène de vie, mais bon on est pas, toujours comme ça.... Disons qu'on peut boire un petit coup mais dans les limites ! On n'est pas non plus à marcher de travers quoi.

C1-1 : M : mais donc vous ne vous sentez pas dépendant de l'alcool, pour vous c'est juste un petit coup par ci, un petit coup par là.

P : c'est un petit coup. Quand t'es arrivé tout à l'heure j'étais en train de boire mon petit coup ! Après j'ai mangé et puis c'est tout.

R1-2 : M : c'est des bières à combien ?

P : c'est des petites, là !

M : des 25 ?

P : oui, à peu près.

M : c'est des 4 et demie ?

P : c'est de la bibine !

M : 7 et demie pour cent ?

P : oh non, c'est pas 7, c'est beaucoup moins, c'est moins fort que la kronenbourg ! ça doit faire 1.5 j'crois !

M : 1.5 ? c'est pas beaucoup, ça !

P : j'crois pas qu'ça fait 3 ! ou 4 ? je sais pas. En tous cas, elle est pas forte.

R1-2 : M (*riant*) : non mais mon but à moi c'est de t'informer pour dire attention, tu as une consommation excessive, pour l'instant y'a pas encore trop de dégâts à part el diabète.

P : il fait que ça d't'façon (*mimant une dent de scie*)

M : oui, mais il va être de plus en plus comme ça, si tu veux

P : non, il monte pas tellement. J'vérifie !

M : oui mais attends, c'est sur des années que ça se joue !

2. Le patient peut tenter de justifier sa consommation avec différents arguments.

*le fatalisme : le patient n'est pas motivé pour un changement car il considère qu'une issue fatale est inévitable, quoi qu'il fasse, à plus ou moins long terme.

D1-1 : P : ben, oui, j'vais pas dire, c'est sûr ! Mais même celui qui boit pas, il va mourir aussi ! Oh, peut être moins vite, mais...

C1-1 : M : parce que quand elle va revenir, Brigitte, va falloir s'en occuper, tout ça..

P : ben je sais...

M : hein, va falloir.

P : ben question de l'alcool, je sais ben toute façon, elle était élevée malheureusement par des parents alcooliques.

R1-1 : P : comme j't'ai déjà dit la dernière fois, j'ai déjà fait mon enterrement et mon cercueil ! Ça change rin !

*le patient compare sa consommation alcoolique à celle de son médecin, ou d'autres personnes : il n'est pas le seul à boire de l'alcool.

R1-2 : M : donc je t'interdis pas de picoler, de prendre de l'alcool, moi j'en prends de temps en temps...

P : (*interrompant le médecin*) c'est pas la peine de me l'dire, je l'sais !

M : bon, tu l'sais !

P : ben ouais, j't'ai vu ! Avec ta femme à Champion !

M : avec mes bières !

P : ah ouais, avec tes bières !

M (*riant*) : oui, c'est vrai !

P : j'ai pas vu ta carte bleue, mais elle devait être grosse !

M : c'est vrai, je m'souviens de ce jour-là, on recevait du monde, en plus c'est vrai qu'on avait pas mal de bières !

P : ah j't'ai eu !!

M : et c'était pas de la 4.50, c'était de la 7 ou de la 8 !

P : après, tu dis que hein !!

D1-1 : M : oui, alors après, on va regarder, j'avais aussi demandé les gamma !

P : ah ! oui, là, j'en ai vingt de plus ! C'est pas beaucoup vingt de plus !

M : ah non, évidemment ! Vous êtes à 400 !

P : ah bon ? Moi j'ai des copains qui ont fait 1000, 1200 !

M : vous avez des copains bons vivants vous !

P : oui, mais enfin... pendant le travail... Moi j'en avais marre quand je travaillais !

M : alors à votre avis, pourquoi c'est comme ça, 436 ?

P (*gêné*) : parce que... parce que je suis bon vivant ! Je vous l'ai déjà dit !

*le patient ne veut pas envisager de changement, car il fait déjà des efforts :

D1-2 : M : mais il faudrait faire des jours sans. Ca ce serait important. Une journée déjà.

P : oh ça m'est déjà arrivé ! Oh bah quand j'étais pas bien, j'étais venu. Bon bah j'ai dit je suis pas bien, j'ai pas envie de boire.

D2-2 : P : la marche !

M : oui, ça c'est vrai !

P : on a acheté des VTT l'année passée, on en a fait l'année passée, mais cette année on n'en a pas fait. Mais la marche, quotidienne. Le midi c'est trente minutes, mais en fait c'est beaucoup plus ; sauf s'il y a ça de neige (*décrivant une épaisseur de neige importante*).

M : mmmh... C'est pas tous les jours.

P : dans ces cas là je réduis exceptionnellement à vingt minutes !

M : je comprends ! Je vous vois marcher tous les jours.

R1-2 : M : ah non, ben t'as rien reçu c'est normal !... Bon, Michel, je voulais te revoir simplement, pour... on va regarder la prise de sang, celle qu'on a vu la dernière fois...
P : oui, bah elle est bien diminuée !
M : tu vois, l'hémoglobine glyquée était à 8.50, ça montait, ça montait, ça montait, et puis, 7.10 : c'est bien !
P : ah ouais, mais j't'ai dit pourquoi !
M : oui.
P : parce que je mange plus de petit pain au chocolat, le matin.
M : ouais ! Tu te rends compte ! Tu pensais que c'est parce qu'il avait réduit la bière ?
Ben non ! Roulé !

*des attitudes de compensation : le patient reconnaît qu'il consomme de l'alcool régulièrement voire abusivement, mais adopte un comportement afin de réduire la nocivité de la consommation alcoolique.

R1-1 : M : tu as déjà plein de médicaments donc...et entre deux, ça t'arrive de boire de l'eau ?
P : je fais que ça de la journée !
M : bon, c'est bien
P : comme ce matin, ce midi, je bois de l'eau ! Je bois à peu près deux bouteilles d'un litre et demi par jour, ça fait trois litres! Jbois que de la bière le soir c'est tout. Jamais entre les repas. Même pour manger je bois de l'eau.
M : le midi tu prends de la bière !
P : avant de manger ! Après je bois de l'eau !
M : bon...

D1-1 : M : ne croyez vous pas qu'il serait temps de...
P : c'est ce que me dit Madame. Attention au sucre, parce que dans le vin ya beaucoup de sucre. Enfin regardez si je bois du Coca c'est pareil !
M : non non ; mais enfin c'est pas mieux...
P : mais je bois beaucoup de Salvétat.

*le patient n'envisage pas de changement dans sa consommation alcoolique car elle lui procure du plaisir.

D2-1 : M : donc et actuellement avec vos deux fois deux verres, et vos deux whiskys, vous trouvez que c'est bien ?
P : moi je trouve que c'est agréable, c'est tout. Et je ne sens rien de néfaste.
M : et vous ne sentez pas la nécessité de diminuer.
P : non.

D2-2 : M : et donc aujourd'hui par exemple, la dose d'alcool que vous prenez, c'est quoi ?
P : ça me plaît.
M : ça vous plaît.
P : ah bah je sais pas, nul ne connaît l'avenir. Je suis content comme ça.
M : oui.

P : je suis content parce que je n'ai pas de ...

M : non, non,...

P : de signe moins...

C1-1 : M Mais c'est pas pour soigner l'anxiété, le stress ou...vous êtes pas stressé à boire un coup et que ça vous calme, non pas du tout.

P : Non.

M : C'est l'alcool de, comment dirais-je, de plaisir !

P : C'est pas un médicament !

*le patient peut remettre en cause l'information médicale reçue : il trouve d'autres explications que l'alcoolisme à ses troubles somatiques ou les perturbations de son bilan biologique.

D1-2 : M : pas de trouble digestif ?

P : euh... si, j'ai des brûlants, j'prends mes OGAST ! C'est parce que bon, j'ai arrêté de fumer, et j'arrêtais pas de manger !

M : ah oui.

P : enfin moi je pense que c'est ça.

M : et l'alcool, ça vous brûle pas.

P : oh non, non, je prends mes OGAST, et puis ça va. J'en prends un tous les jours.

R1-1 : M : alors Gwénaëlle regarde, Mr S il fait du diabète de découverte assez récente, son hémoglobine glyquée est pas top, ses GGT...

P (*couplant le médecin*) : ouais mais c'est normal ça !

M : pourquoi ?

P : à midi j'avais bu un coup, et j'ai dû appeler, j'ai dû l'avancer ! (*riant*) J'te dis, j'ai réponse à tout ! il m'aura pas lui !

P : mais de toute façon plus on boit ou plus on boit pas, j'ai déjà fait l'expérience, il se passe rien

M : mais attends !

R1-1 : M (*riant*) : non mais mon but à moi c'est de t'informer pour dire attention, tu as une consommation excessive, pour l'instant y'a pas encore trop de dégâts à part el diabète.

P : il fait que ça d't'façon (*mimant une dent de scie.*)

M : oui, mais il va être de plus en plus comme ça, si tu veux.

P : non, il monte pas tellement. J'vérifie !

M : oui mais attends, c'est sur des années que ça se joue !

3. Le patient peut montrer des réactions défensives dans son discours :

l'évitement du dialogue, l'indifférence aux propos du médecin, l'emploi de l'humour.

*l'évitement : le patient ne souhaite pas aborder la consommation alcoolique lors de la consultation et l'indique au médecin, ou change de sujet.

C1-2 : M : ce qu'il faut, excusez-moi d'insister, Alain, mais c'est tellement important, c'est surtout admettre, que peut être, bon, vous buvez peut être un peu trop, mais que

maintenant faut passez à autre chose, quoi, voilà.

P (*interrompant le médecin*) : bon, ces médicaments, je les rends à la pharmacie.

M : ah oui tu peux les rendre à la pharmacie, ils vont les reprendre.

C1-3 : M : et voir quelqu'un pour parler des problèmes d'alcool, tout ça, ça vous branche pas vous ?

P : non

M : y'a des gens qui s'occupent de tout ça...

P : j'ai jamais été de toute façon...

M : rien que pour en discuter, des gens qui ont connu le problème...

P : oh, pour baratiner c'est pas la peine...

M : c'est pour discuter, pas baratiner !..

P : bon, pour les médicaments, là c'est bon je pense ?

R1-2 : M : alors j'ai fait un calcul, avec Claudine, hier : elle a rigolé, Claudine. Elle a dit : une bière, ça coûte combien ?

P : oh... j'en sais rien ! un pack de 24, c'est 4.50 !

M : 4.50 ?

P : et te vas pas m'faire arrêter ça, hein ! te m'as d'jà fait arrêter les cigarettes, alors tais-te !

*l'indifférence : le patient ne se sent pas concerné par les remarques du médecin.

D1-2 : M : et alors, à voir des chiffres comme ça, vos gamma ils sont quand même... dix fois la normale !

P : ouais...

M : donc le diabète qui est un peu plus élevé, ça vous gêne quand même ou bien vous vous en foutez, ou ... ?

P : ah non, non, c'est comme elle dit Madame, je suis pas conscient, je ne vois pas, je me dis tiens, ça va...

R1-1 : M : bon alors Michel...

P : donc ça c'est les analyses... comme d'habitude tu vas m'engueuler jm'en fous moi !

*l'humour : le patient aborde le sujet de sa consommation alcoolique avec distance et dérision.

D1-1 : P (*riant*) : oh j'ai pas calculé, hein, je calcule pas !!!

D2-1 : P : je sais que ça fait « a little much »...un petit peu trop, mais « i don't give a damn... ». Vous avez compris ?

M : je crois avoir compris...

P : je m'en fous !

R1-2 : P : j'mens jamais, mi !

M : hein, tu mens jamais. Maintenant tu sais dire !

P : plus le ricard le soir !
M : tu prends un ricard le soir ?
P : deux ricard !
M : il ment de moins en moins, je trouve (*riant*) !

Face à ces éléments qu'exprime le patient en cours de consultation, le médecin peut réagir de différentes manières.

4. Le médecin peut réagir en mettant en avant son point de vue de soignant :

En informant le patient des conséquences physiques de sa consommation, en répétant et en tentant d'imposer son point de vue de soignant.

*reformuler les propos et insister : le médecin répète la même question plusieurs fois, en utilisant des mots différents.

C1-2 : M : au niveau alimentation, tout ça, au niveau alcool, je crois qu'il va falloir sérieusement faire attention... parce que si vous retombez ici tout seul, il y a personne pour...
P : je suis pas retombé depuis.
M : et puis c' était pas une vie, je crois. Hein, vous n'aviez pas une vie...qui était un peu triste, un peu... non ?
P : ... tu peux prendre ma tension si tu veux... moi je me sens bien, d'façon.
M : oui, oui. Je compte sur vous ! Il y a un challenge à faire ! Passer au dessus de tout ça et... se reconstruire !
P : ça va pas être facile.

R1-1 : P : c'est 3 le midi, plus une le soir, plus l'apéro.
M : trois le midi. Mais le soir tu en prends combien ? Tu vas pas me dire que tu n'en prends qu'une le soir ?
P : oh bah non !

* utiliser le réflexe correcteur : le médecin emploie le réflexe correcteur quand il tente de corriger le mauvais choix du patient.

D1-1 : M : un petit peu. Ça ne vous inquiète pas.
P : ah mais comme je vous dis, maintenant, ...je suis....
M : oh mais vous avez 62 ans enfin, vous rigolez ! Vous pouvez encore être trente ans bien !
P : ah ouais, mais ...(*riant*)
M : ah non mais c'est vrai !!

C1-1 : M : oui mais sortir un peu plus, vous ne sortez pas beaucoup actuellement !
P : ben sortir je peux même plus, j'ai même plus mon permis !
M : mais là il y a un chemin juste là !

R1-1 : M : et deuxièmement, c'est du sucre, et pour ton diabète c'est pas top.
P : mais de toute façon plus on boit ou plus on boit pas, j'ai déjà fait l'expérience, il se

passe rien

M : mais attends

P : mais écoute François, rappelle toi j'ai déjà fait !

R1-1 : P : moi j'ai bu de l'eau en mangeant.

M : bref, chaque fois que tu viendras ici je t'embêterai

P : et comme à chaque fois j'aurai tout dit la réponse

M : non parce que ya le diabète qui va augmenter, ...

*rappel des règles hygiéno-diététiques: le médecin informe le patient du point de vue biomédical.

R1-2 : M : non, bon, c'est parce qu'en fait y'a quand même du mieux sur ta prise de sang, par contre au niveau des gamma GT ça augmente quand même un petit peu tout doucement. Donc il faut... Quand même faire attention parce que ... ça, ça veut dire que ton foie il a du mal à métaboliser l'alcool, quand même.

P : j'ai pas mal à min foie !

M : non, ça fait jamais mal le foie. Quand ça fait mal, il est trop tard !

P : ah ! Bon.

R1-1 : M : bon moi je te tiens au courant.

P : je sais François mais...

M : moi mon rôle c'est te de dire voilà. T'es dans une consommation je dirais excessive, d'accord...

P : je sais. Mais y'a pas que ça !!!Attention !

5. Le médecin peut aussi centrer son entretien sur le patient :

En valorisant le patient malgré la résistance au changement qu'il a exprimée, et en explorant son point de vue.

*résumer en mettant en valeur les points positifs : le médecin résume les propos qui ont été tenus ; il souhaite valoriser le patient et souligner les changements déjà effectués.

D2-1 : P : c'est sûr que c'est pas bon pour ma santé.

M : il faut continuer à vous faire plaisir, c'est important...mais faites attention à l'hygiène de vie !

P : je sais que ça fait « a little much »...un petit peu trop, mais « i don't give a damn... »...Vous avez compris ?

M : je crois avoir compris...

P : je m'en fous !

M : c'est une bonne conclusion ! (*Se levant*) à la prochaine fois !

D2-2 : M : après donc vos problèmes, vous le réalisez bien, c'est le tabac, tout ça, mais vous essayez de diminuer, c'est bien, mais si vous gagnez deux cigarettes, c'est bien...

P : ah je ne sais pas si je vais pouvoir, parce que j'aime bien c'est tout ! Si j'aime bien...

M : oui, je sais bien, mais je veux dire, vous réalisez bien. Et ensuite l'alcool, bon si... par exemple les apéritifs déjà supprimés

C1-2 : M : de toute façon vous avez deux solutions, soit vous consommez de plus en plus, et alors là ça va être une catastrophe, pour Marie surtout ; ou alors vous prenez le taureau par les cornes et vous...

P (*interrompt le médecin*) : non, même la maison, j'ai aéré les chambres, comme d'habitude, j'ai tout fait comme d'habitude.

M : oui, justement. Peut être un petit coup rénover la maison tout ça comme vous aviez prévu.

P : ...ben j'ai des travaux de prévu ; à l'extérieur tout a été tondu...

*refléter le patient : le reflet est un terme qui provient de l'entretien motivationnel. Cela signifie que le médecin va expliciter les propos du patient lors de courts résumés. L'écoute active montre au patient que le médecin l'a compris.

D1-1 : M : donc je vois que votre hémoglobine glyquée est un peu moins bien, et vous vous dites que vous faites plus attention, mais parce que vous conduisez des enfants...

P : oui, ah oui, et puis bon, j'ai le permis, c'est ça ! Je m'étais fait prendre une fois là, à 0.54, par litre, donc c'était pas...c'était deux bières, trois bières...

M : pour vous, c'est pas beaucoup.

P : non...

D2-2 : M : et donc aujourd'hui par exemple, la dose d'alcool que vous prenez, c'est quoi ?

P : ça me plaît.

M : ça vous plaît.

P : ah bah je sais pas, nul ne connaît l'avenir. Je suis content comme ça.

M : oui.

C1-1 : M : mais pour revenir à ma question, est-ce que actuellement l'alcool c'est dans un cadre... Est-ce que ça vous aide à dépasser certaines... Comment dirais-je ? Certaines anxiétés ?

P : non, non, c'est l'habitude.

M : ça n'a rien à voir.

P : mais y'a alcool et alcool. C'est pas comme ça tous les jours ! (*haussant légèrement le ton*)

M : non c'est pas la question. (*de même*)

R1-1 : P : à midi j'avais bu un coup, et j'ai dû appeler, j'ai dû l'avancer ! (*Riant*) j'te dis, j'ai réponse à tout ! Il m'aura pas lui ! ...Ça va faire combien ? 25 ans que je bois ! On a l'habitude maintenant !

M : c'est vrai, oui.

*explorer la motivation au changement du patient : le médecin souhaite en savoir plus quant au stade motivationnel du patient : celui-ci est-il prêt à modifier son comportement ?

D1-2 : M : et alors passer à un whisky, par exemple, ça vous semble difficile ? Rester à un ?
M : oh, c'est une habitude, il faut que j'en reboive un après.ouais
M : et en raisonnant un petit peu, est ce que ce serait pas une première marche, un premier pas. Est-ce que c'est possible de faire un effort ?
P : ben, samedi dimanche mettons. C'est ça, oui, une fois par semaine.
M : il faut se faire plaisir, mais...
P : oui, je m'en rends compte.

D2-1 : M : donc c'était plus avant ?et vous l'avez fait parce que vous trouvez que c'est pas très bien, qu'il faut régulariser un petit peu quand même ?
P : c'est ni bien, ni pas bien, c'est un état de fait comme ça...
M : mais pourquoi vous avez fait ça ?
P : parce que...(réfléchit). Il y a avait des points qui montraient que ce n'était pas très bon, pour la santé...
M : pour la santé.
P : le chocolat non plus n'est pas bon !

*explorer le point de vue du patient : le médecin s'attache à connaître les raisons et le contexte de la consommation alcoolique du patient, ainsi que son avis sur les conséquences de cet alcoolisme.

D1-1 : M : justement vous êtes bien ! Est-ce que vous ne pensez pas que pour continuer à être bien, il faut faire attention ?
P : il faut limiter, si, si ! Ouais, c'est vrai qu'il faut limiter, mais bon...
M : on en rediscutera. C'est important l'hygiène de vie, vous êtes d'accord ou pas d'accord ?
P : ah si, si, faut quand même une hygiène de vie, mais bon on n'est pas, toujours comme ça.... Disons qu'on peut boire un petit coup mais dans les limites ! On n'est pas non plus à marcher de travers quoi.
M : on se reverra dans trois mois. Faut réfléchir un petit peu pour rester en bonne santé !
P : ouais ouais. J'me dis : « c'est pour ton diabète ».

C1-1 : M : mais donc vous ne vous sentez pas dépendant de l'alcool, pour vous c'est juste un petit coup par ci, un petit coup par là...
P : c'est un petit coup. Quand t'es arrivé tout à l'heure j'étais en train de boire mon petit coup ! Après j'ai mangé et puis c'est tout.
M mais c'est pas pour soigner l'anxiété, le stress ou...vous êtes pas stressé à boire un coup et que ça vous calme, non pas du tout.
P : non.
M : c'est l'alcool de, comment dirais-je, de plaisir !
P : c'est pas un médicament !
M : bon on a fait le tour ! Ca fait du bien de parler un petit peu...

6. Enfin un médecin confronté au déni, peut choisir d'abréger la discussion.
Soit par contrainte horaire, soit parce qu'il n'a pas d'argument nouveau à proposer.

* changer de sujet :

C1-3 : M : vous faites attention à ce que vous buvez ?

P : ...

M : vous gérez mieux votre consommation ?

P : ...dans l'ensemble ça va, quoi.

M : et sinon les projets, alors, c'est quoi les projets ?

P : eh bien on devait aller sur la côte d'Opale il y a deux jours, et pour finir ils ouvrent pas, c'est fermé. On n'y va pas du coup.

D1-1 : P : Non, ben je pourrais m'arrêter de boire pendant deux-trois mois de la bière, ...

M : entre s'arrêter de boire totalement et faire attention...

P (*poursuivant*) : mais j'ai déjà repris des kilos alors...

M : ouais ouais. Et vous fumez ?

P : ah non, je fume pas ! J'ai pas tous les défauts quand même !

* mettre un terme à la discussion :

R1-2 : M : non, mais ce qu'il faut savoir, c'est qu'il faut quand même faire attention ! Moi ce qui m'embête le plus, c'est la montée tout doucement des gamma GT. Là t'es à 115, la dernière fois t'étais à 117 ou 118...

P : oh, j'ai du faire un excès !

M : non, mais...(*riant*)

P : non, mais parce qu'à 115, y'a un truc qui doit pas fonctionner !

M : pas forcément !

P : oh ça semble bizarre, ça ! J'm'en rappelle plus, tu sais

M : t'es déjà monté plus !

P : tu sais qu'elles font ça mes gamma ! (*mimant une dent de scie*)

M : bon, voilà.

*employer l'humour :

R1-2 : M : tu vois, l'hémoglobine glyquée était à 8.50, ça montait, ça montait, ça montait, et puis, 7.10 : c'est bien !

P : ah ouais, mais j't'ai dit pourquoi !

M : oui.

P : parce que je mange plus de petit pain au chocolat, le matin.

M : ouais ! Tu te rends compte ! tu pensais que c'est parce qu'il avait réduit la bière ? ben non ! roulé ! (*riant*)

R1-1 : P : c'est 3 le midi, plus une le soir, plus l'apéro.

M : trois le midi. Mais le soir tu en prends combien ? Tu vas pas me dire que tu n'en prends qu'une le soir ?

P : oh bah non !

C. Encourager le changement du patient.

Une fois la pathologie identifiée, l'objectif pour le médecin généraliste en consultation est de favoriser le changement de comportement du patient. Lors de notre enquête, nous avons pu repérer les différentes expressions du changement du patient, appelées « discours-changement » dans l'entretien motivationnel. Le médecin peut répondre à ce discours-changement de différentes manières : nous verrons donc comment il peut encourager le changement du patient. Enfin, nous avons repéré plusieurs pistes à explorer pendant la consultation pour poursuivre la réflexion et le dialogue avec le patient.

1. Repérer le discours-changement du patient.

*capacité: le patient pense qu'une modification de son comportement est possible.

D1-2 : M : et si vous faisiez, par exemple, je vous donne un petit truc, une journée sans alcool, ce serait possible ?

P : oh ouais, ouais.

M : vous choisissez certains jours.

P : ah oui.

M : « aujourd'hui je bois pas ».

P : oui, le lundi, admettons.

D1-2 : M : et alors, est-ce que ça vous semble positif de faire un effort ou un changement ?

P : oui, oui, c'est possible, oui. Bon ben peut être il ferait encore beau aussi, je pourrais faire de la marche à pied. Bon j'ai fini ma journée, je suis fatigué, il fait froid. Donc c'est pour ça, je rentre chez moi, je vais pas faire de courses !

*besoin : le patient pense qu'un changement est nécessaire

D1-1 : P : ah, faut que je remarque, c'est ça aussi, faut que je refasse un peu de sport.

D1-1 : P : ah, oui oui, il faudrait que je remarque. Bon, ben là, je travaille sept heures par jour, je suis dans le bureau, je suis assis.

D1-1 : P : il faut limiter, si, si ! Ouais, c'est vrai qu'il faut limiter, mais bon...

C1-1 : M : et vous, au niveau du permis ?

P : faut que je repasse un contrôle continu... disons une deuxième visite médical le 03 octobre... c'est un vrai commerce leur truc !

C1-1 : M : mais Sandrine, ce serait bien que vous ouvriez la porte quand même, qu'elle vous voie tous les jours, pour discuter le bout de gras...

P : oh je la vois de temps en temps ! Je l'ai vue tout à l'heure !

M : ça vous obligerait à vous lever, à être propre tout ça, quand elle arrive, tout ça, ce serait bien !

P : faut des buts dans la journée ! C'est ça, faut des buts !

M : c'est difficile, quoi.

*désir: le patient envisage le changement, sans avoir pris la décision.

D1-1 : M : vous avez la volonté, vous avez arrêté de fumer, y'a pas de raison !

P : oh, j'ai déjà pris trois mois, sans boire d'alcool, parce que c'était les vacances et je voulais perdre du ventre ! J'ai perdu du ventre, mais après, bon ben...

M : je crois que vous avez regrossi, oui.

P : ah oui, oui.

C1-1 : M : donc c'est une question de volonté politique, c'est vous qui vous dites dans votre esprit...

P (*couplant le médecin*) : Ouais, c'est une volonté !

C1-2 : P : c'est pas facile.

M : non c'est pas facile.

P : plus facile à dire qu'à faire. J'ai pas l'intention de me laisser aller parce que je suis tout seul. Mais bon c'est un coup dur.

*décision : le patient a effectué un changement, ou a pris une décision de changement.

D1-2 : P : non mais regardez, j'ai arrêté de fumer, j'avais mon copain qui avait le cancer de la gorge, à Oscar Lambret, et moi je fumais mes deux paquets de gitane par jour, et j'étais là-bas, je suis sorti de là, j'ai dit j'arrête de fumer.

M : et vous avez réussi !

P : oui.

M : bah c'est beau !

P : ouais, ouais. J'ai mis du temps, mais... j'ai arrêté net ! Et même mon ex-femme, elle voulait jeter mon paquet, je lui dis non, n'en rachète pas, sinon j'en rachète un et puis je le fume.

M : mmmh.

P : et j'ai encore mon paquet, y'a de ça presque trente ans.... elles sont toutes jaunes les cigarettes.

M : donc vous voyez, vous avez réussi.

P : oui, parce que j'ai eu peur.

M : ouais, donc il faut avoir peur...

P : j'ai été voir mon copain, ça m'a fait réagir.

D1-2 : M : vous êtes décidé à essayer de faire quelque chose ?

P : oh bah oui, oui !

M : on verra d'ici un mois.

P : oui, dans un mois je vais venir prendre les médicaments.

D2-2 : P : donc j'ai pris des mesures.

M : mmh.

P : des mesurettes !

M : non, bah c'est bien !

C1-3 : P : je passerais où la radio ?

M : chez M...

P : où c'est ça ?

M : au coin, rue Nationale !

P : ah ! oui, d'accord, j'ai déjà été, là. Il y a longtemps. Donc je dois contacter les ambulances.

M : oui.

P : je vais m'en occuper vendredi. Bon je vais te donner une enveloppe pour ça ici

P : bon je vais contacter l'ambulance M... comme la fois dernière. Le rendez-vous pour le... c'est là, je crois. Tu as marqué le numéro de téléphone ?

M (*souriant*) : il suit de près, hein ! 48-28-...Donc c'est rue nationale.

7. Réagir face au discours-changement du patient :

Le médecin, à partir du discours-changement exprimé par le patient, peut l'utiliser de différentes manières afin d'encourager les efforts du patient.

*le médecin emploie l'écoute active :

D1-1 : P : ah, oui oui, il faudrait que je remarque. Bon, ben là, je travaille sept heures par jour, je suis dans le bureau, je suis assis.

M : donc à votre avis le manque d'exercice physique, c'est ça qui vous a fait augmenter le ventre.

D1-2 : P : et j'ai encore mon paquet, y'a de ça presque trente ans.... elles sont toutes jaunes les cigarettes.

M : donc vous voyez, vous avez réussi.

P : oui, parce que j'ai eu peur.

M : ouais, donc il faut avoir peur...

*le médecin peut valoriser et encourager le patient :

D2-2 : P : le whisky ! Ah ! J'ai supprimé... quand j'avais des transaminases et des gamma GT, et tout ça, là...

M : ouais ?

P : j'ai donc supprimé le porto et le martini, le midi.

M : c'est bien.

D2-2 : M : et on devait pas faire une prise de sang ?

P : si, si ! c'est en cours !

M : ah : c'est en cours !

P : la première phase est faite ! C'est dans mon tiroir.

M : ah ! C'est bien.

P : et la deuxième phase, euh... début d'année. J'appelle l'infirmière.

M : ah bon. Vous n'oubliez pas ?

P : non ! J'ai jamais oublié !

*le médecin complète les propos du patient avec une information médicale :

D1-1 : M : et pour votre diabète ? On en a déjà parlé ! Le diabète c'est du sucre, mais c'est pas que le sucre blanc, c'est les gâteaux, les biscuits...
P : ah les gâteaux je le sais, je lève le pied ! Parce que avant j'en mangeais beaucoup.
M : et donc les gâteaux les biscuits, et l'alcool aussi !
P : ah c'est peut être avec l'alcool que j'ai beaucoup de sucre... je bois du vin, tout ça, donc j'ai beaucoup de sucre.

R1-1 : P : tu m'as déjà fait arrêter de fumer, c'est déjà pas mal
M : c'est vrai.
P : t'as de la chance que je fume plus, que j'ai changé de boulot... sinon t'aurais pas réussi
M : en fait si tu veux, j'essaie de te faire arrêter de boire... enfin arrêter, limiter, pour deux raisons, parce qu'on sait que c'est mauvais pour la santé

*le médecin peut apporter un argument qui complète le discours-changement du patient.

D2-1 : M : et pourquoi vous avez enlevé le whisky du midi par exemple ?
P : ben parce que là, j'étais convaincu que là, c'était trop... c'est tout.
M : de toute façon il faut garder du plaisir... après réfléchissez, est-ce que deux fois deux verres, plus deux whisky, c'est pas un petit peu de trop. Réfléchissez, je veux pas vous culpabiliser !

C1-1 : M : donc c'est une question de volonté politique, c'est vous qui vous dites dans votre esprit...
P (*couplant le médecin*) : ouais, c'est une volonté !
M : parce que quand elle va revenir, Brigitte, va falloir s'en occuper, tout ça...
P : ben je sais...
M : hein, va falloir.

3. Quelques pistes pour favoriser le changement du patient, à développer en consultation .

*Le rôle des proches :

En médecine générale, le contexte familial et social est abordé en consultation. Les patients trouvent du soutien auprès de leurs proches. Dans notre enquête nous avons pu constater que le rôle de l'épouse est régulièrement évoqué en consultation.

Elle peut aider à faire prendre conscience au patient qu'un changement est souhaitable :

D1-1 : M : ne croyez vous pas qu'il serait temps de...
P : c'est ce que me dit Madame.

D2-1 : P : si je suis pas motivé c'est même pas la peine. Ma femme à force que je lui dise, elle sait que c'est même pas la peine.

R1-2 : P : bah téléphone à Claudine, elle va te le dire ! Elle va m'ingueuler !
M : (*riant*)
P : ...oui, c'est moi, renseigne-moi : combien qu'elle fait la bière, en degré, de Liddle ?... ah tu sais pas me l'dire ! Regarde un coup !

Autant que le médecin :

D1-1 : M : est-ce que vous trouvez que ça vaut le coup, est-ce que vous allez y gagner, soit pour maintenant, maintenant vous dites que vous êtes bien donc vous allez pas gagner, ou soit pour l'avenir, ...

P : je sais pas, il va falloir que je fasse attention, que j'écoute un petit peu Madame...

M : et accessoirement le docteur...

P : aussi, oui, oui, oui...

L'épouse du patient, dans certaines circonstances, peut être une difficulté supplémentaire pour lui :

C1-1 : P : il m'a toujours dit : « les parents de Brigitte ce sont des parents alcooliques ».

Bon ben j'y suis pour rien moi ! Elle a été habituée à boire dès sa jeunesse aussi, bon ben, encore il y a pire qu'elle !

M : elle a caché son jeu elle !

P : elle buvait un petit peu derrière mon dos. Je pouvais plus rien y faire, derrière mon dos, c'était plus une gamine !

M : oh ben non, non, non !

P : maintenant on verra bien ! On verra le résultat de l'hôpital.

M : je crois que de toute façon, à mon avis, l'alcool, c'est fini pour elle, il va falloir...

P : espérons-le !

M : oh bah si, parce que c'est plus possible, là, elle est arrivée à l'ultime étape....

P (*coupant le médecin*) : espérons-le ! Encore une fois il y a boire et boire !

*L'aspect financier : un argument en faveur du changement est le coût financier de la consommation quotidienne d'alcool. Le médecin peut aborder cet aspect lors de la consultation.

R1-2 : M (*riant*) : eh ben, euh, 4.50 divisé par 24 égalent à 18, ou 19. Donc 0,19. Bon, ça va, c'est pas trop cher, la bière.

P : bah non !!

M : d'accord ?

P : oui. C'est même pas le prix d'une cigarette.

M : bon. (*Riant*) maintenant, mettons que tu boives trois bières en moins par jour.

P : et alors ?

M : donc ça fait 60 centimes. Attends, je calcule... maintenant, ça n'aura aucun impact, je le sais. (*Patient impassible, attentif*). 0.60 multiplié par 30 jours multiplié par 12 : 216 euros. Pas mal, quand même !

P : bah ouais.

M : trois bières en moins par jour, ça fait 216 euros, en fin d'année. C'est pas mal !!

P : y'a eu Noël !

*Le rôle du travail et de la vie sociale (exemple du permis de conduire) : l'insertion sociale, l'emploi et donc la conduite automobile peuvent être des éléments motivationnels importants pour le patient.

R1-2 : M : ah, non, non, mais avec tes gamma GT, si jamais t'as une prise de sang pour le permis,

P : oh bah y'en a plus un qui peut aller travailler ! Hein, réfléchis un peu !

M : euh, oui, eux, ils s'en foutent !

P : y'a aucun chauffeur !

M : non, mais les commissions du permis...

P : tu fais une prise de sang à tous mes collègues, la boîte elle trouvera plus de chauffeur !

M : non, mais ce qu'il faut savoir, c'est qu'il faut quand même faire attention ! Moi ce qui m'embête le plus, c'est la montée tout doucement des gamma GT

D2-2 : P : alors, avant, quand j'étais chez moi, je prenais souvent, presque tous les jours, un petit whisky le midi.

M : mmh

P : je précise, pas quand je conduis. Quand je conduis je bannis. C'est pour le coût des points de permis, à mon âge pour ravoir mon permis je pourrais toujours aller me brosser, c'est plus qu'hyper dur. Enfin ma femme a son permis. Et ... c'est tout.

M : non, bah c'est bien.

C1-2 : M : et vous, au niveau du permis ?

P : faut que je repasse un contrôle continu... disons un deuxième visite médical le 03 octobre... c'est un vrai commerce leur truc !

M : ah oui mais ça il faut y aller !

P : j'ai prévu de m'y faire conduire !

M : faut être en forme aussi, parce que si ils vous voient pas en forme, ils vont vous sabrer !

IV. DISCUSSION.

A. Moyens de communication utilisés par les médecins dans notre étude.

Nous avons présenté, au cours de cette étude, des moyens de communication utilisés par des médecins généralistes.

La manière de communiquer est bien entendu propre aux interactions qui se nouent lors de chaque « colloque singulier » (22): la relation médecin-malade est d'abord à définir comme une rencontre unique entre deux individus, du fait des caractéristiques de chacun, des antécédents du patient, du contexte de la rencontre.

Mais nous avons pu identifier des éléments communs à ces différentes façons de pratiquer : les médecins adoptent différents styles, récurrents, que nous pouvons décrire comme des options lorsque un médecin rencontre un patient. Chaque médecin adapte le style de sa communication au fil de l'entretien, en fonction de son déroulement.

Le médecin peut être directif : il insiste sur les règles hygiéno-diététiques, sur les recommandations scientifiques, il choisit les thèmes abordés pendant l'entretien. Le patient est alors plutôt passif.

Le médecin peut décider à la place du patient, en donnant son avis, de manière paternaliste, sur ce qu'il conviendrait de faire concernant sa pathologie alcoolique. Le médecin exerce alors ce que Balint nomme « sa fonction apostolique » (25), qui est l'expression de sa personnalité, de son système de valeurs, donc ce que le médecin croit bon pour le patient.

Le médecin peut guider le patient en explorant son point de vue, sa motivation, ses arguments pour ou contre le changement, et en l'accompagnant dans ses choix : la relation médecin-patient correspond alors au modèle « de la décision partagée » décrit par Emanuel et Emanuel.

Le médecin peut prendre pour fonction d'écouter le patient, en le laissant s'exprimer sans l'orienter au préalable, mais en encourageant sa prise de parole. Il s'agit de ce que Balint appelle le « remède-médecin » : la présence et l'écoute du médecin est déjà un début de réponse thérapeutique.

Le médecin peut se montrer proche du patient (par un ton humoristique, en tutoyant le patient, ou encore en lui montrant qu'il le connaît bien), dans l'objectif de créer un climat de confiance et de favoriser l'alliance thérapeutique par une relation de partenariat.

B. Efficacité des moyens de communication utilisés.

Les moyens de communication utilisés ne semblent pas apporter la même efficacité en ce qui concerne le renforcement de la motivation au changement pour le patient.

*dans notre enquête, certains éléments semblent aider le patient à évoluer :

-Rechercher le point de vue du patient : cela permet de se rendre compte des obstacles au changement et du stade de motivation dans lequel il se trouve. Le patient à qui l'on demande son avis en consultation peut exprimer l'ambivalence qu'il ressent.

Ainsi le médecin peut identifier des éléments pouvant servir de moteur dans le changement : par exemple, un proche très présent, la peur d'une maladie...

-Proposer des idées adaptées au patient qu'il pourra développer : en connaissant les obstacles au changement que rencontre le patient, le médecin peut lui proposer des options qu'il pourra s'approprier.

-Suivre le patient et l'inciter à aller plus loin : en reflétant les propos du patient, le médecin le fait réfléchir et le rend actif. Le patient peut exprimer ses arguments pour et contre un changement, et élaborer ses propres projets.

*certains éléments ne semblent pas jouer de rôle dans le travail de la motivation :

Employer l'humour, tutoyer le patient, peuvent favoriser la qualité de la relation médecin-patient, la proximité et la confiance. Cependant cela ne change pas le point de vue du patient. Une relation médecin-malade de confiance est nécessaire, mais pas suffisante pour faire évoluer le patient.

*certains éléments semblent être peu favorables au travail de motivation du patient :

Diriger le patient et donner uniquement des arguments médico-biologiques, sans entendre le point de vue du patient : le patient peut se sentir incompris, non écouté, de fait la résistance au changement peut être renforcée. Le patient intègre sa consommation dans sa vie quotidienne. Il faut que le patient soit prêt à modifier ses habitudes de vie pour envisager un changement dans sa consommation alcoolique.

L'usage du réflexe correcteur augmente la résistance du patient : cela l'empêche d'argumenter, de prolonger sa réflexion, de montrer l'ambivalence de son point de vue.

Donner son point de vue et imposer le discours-changement au patient sur un mode directif ou paternaliste, afin de « motiver le patient », ne paraît pas efficace: le patient ne se rapproche pas de ces arguments s'ils ne viennent pas de lui-même. Il est alors passif, et n'est pas impliqué dans une dynamique de changement de ses habitudes.

C . Concordances et divergences entre les moyens de communication constatés dans notre enquête, et les propositions théoriques que nous avons présentées au préalable.

1. Par rapport à la thérapie systémique brève : (46).

Nous avons constaté que les médecins, au cours des consultations, ont fréquemment fixé un objectif, en accord avec le patient, et recherché le moyen de l'atteindre : cela est à rapprocher de la thérapie brève, « orientée vers les solutions ».

La thérapie systémique brève aborde l'alcoolisme sous l'angle des interactions de l'individu avec son entourage : c'est l'une des fonctions de la médecine générale que de prendre en compte l'environnement et le contexte social et familial du patient. Lors des consultations que nous avons pu suivre, nous avons constaté que les médecins accordent une grande place à l'entourage de leur patient.

Les médecins généralistes observés s'adaptent au langage, aux valeurs du patient : on peut considérer qu'ils utilisent ce qui vient du patient, comme le propose la démarche utilisationnelle de la thérapie systémique brève.

Discordance: en médecine générale le médecin est souvent celui qui aborde le problème de l'alcoolisme en premier, sans qu'il existe un problème pour le patient. De fait, le problème vient rarement du patient, s'il est effectivement dans le déni. Le problème concernant la consommation alcoolique doit être défini selon le patient (est-il « touriste », « plaignant » ou « client » ?).

Le manque d'alliance thérapeutique peut venir, de l'absence de définition du problème, mais aussi du déni de l'alcoolisme en soi.

2. Par rapport à l'approche centrée sur le patient de Rogers (48).

Nous constatons que les conditions d'authenticité, de valorisation et d'empathie sont souvent présentes dans le discours des médecins :

Concernant l'authenticité, ou congruence, de nombreux exemples nous montrent que les médecins s'impliquent personnellement, affectivement, dans la relation avec leurs patients. La mise en valeur des efforts et du parcours des patients se retrouve dans chaque entretien. Les médecins offrent un style empathique, en montrant régulièrement qu'ils comprennent les émotions de leur patient.

Discordance : le patient ne fixe pas toujours ses propres objectifs, mais ceux-ci sont parfois déterminés par le médecin lui-même. Ceci va à l'encontre du postulat de Rogers : le client a le droit de déterminer les objectifs de sa propre vie, même s'ils divergent de ceux que le thérapeute pourrait lui fixer. La relation d'aide permet au patient d'élaborer ses propres solutions aux problèmes qu'il rencontre.

3. Par rapport à l'entretien motivationnel : (50).

Les éléments constituant la base de l'entretien motivationnel sont, pour partie, retrouvés dans les entretiens que nous avons observés :

Les médecins s'attachent à explorer les motivations des patients, de façon systématique dans notre enquête.

De nouveau, la notion d'empathie est retrouvée dans les consultations, les médecins adoptent une écoute active.

Le patient a un rôle actif lors des consultations, le médecin encourage ses propos, et le patient donne son avis sur les propositions du médecin.

Discordances : Le fait de rouler avec la résistance a été retrouvé, mais pas de manière systématique. Il est plus fréquent, dans les consultations, de constater l'emploi du réflexe correcteur. C'est un des éléments notablement divergents entre les moyens employés en pratique et les recommandations de ce modèle théorique : le réflexe correcteur renforce la résistance du patient. Dans l'entretien motivationnel, cette résistance est ici considérée non pas comme un trait de psychopathologie du patient, mais comme le signe d'une relation inappropriée entre le soignant et le patient.

L'emploi du réflexe correcteur peut s'expliquer parce qu'il est la réponse la plus rapide, la plus évidente aux propos du patient lorsque le médecin souhaite réagir et corriger les erreurs ou les comportements du patient nuisibles pour sa santé. Ne pas répondre immédiatement, c'est prendre le temps de laisser le patient parler ; et c'est le laisser exposer un avis contraire au sien ou qu'on sait erroné sur le plan médical.

Mais il paraît important de partir des positions du patient afin qu'il évolue. Par ailleurs, répondre en l'invitant à continuer (« dites m'en plus, pourquoi dites vous cela ? ») encourage le patient à exposer au médecin les points positifs, négatifs de sa consommation avec confiance. L'objectif est de résoudre l'ambivalence qui empêche le patient de changer.

De plus, la notion d'ambivalence n'est pas systématiquement observée pendant les consultations : dans l'EM une part importante du rôle du soignant est d'aider le patient à explorer son ambivalence.

D. La théorie nous semble-t-elle applicable en pratique de médecine générale ?

Les modèles théoriques abordés dans notre exposé présentent l'avantage d'apporter un cadre précis à la consultation de médecine générale centrée sur l'alcoolologie : ils permettent de structurer l'entretien.

Ces thérapies que nous avons présentées sont adaptées pour le travail de la motivation d'un patient dans le déni. Les thérapies cognitivo-comportementales, par contre, ne seront utiles qu'à un patient qui adhère aux soins.

Pour envisager une thérapie centrée sur l'alcoolisme du patient, il nous paraît nécessaire de préparer la consultation en amont avec le patient. En effet, en lui proposant de dédier une ou plusieurs consultations au travail motivationnel, le médecin prépare le patient à discuter de ce sujet, avec l'accord du patient. Il l'incite à réfléchir avant la consultation, sur sa consommation. Cela permet de réduire l'opposition du patient dans le déni et de favoriser le dialogue.

1. Quelle thérapie nous semble la plus adaptée ?

Au total, nous avons repéré dans les consultations analysées des éléments convergents et divergents par rapport aux modèles théoriques. Les médecins observés ne s'inspirent pas d'une thérapie unique mais les adaptent à leur pratique de façon empirique. Cependant, ces thérapies sont loin d'être semblables :

La thérapie brève est centrée sur les solutions, alors que l'approche de Rogers est un style de relation centrée sur le patient et plutôt non directive, enfin l'entretien motivationnel est un style de communication pour diriger un patient résistant ou ambivalent dans un processus de changement.

Dans la thérapie systémique brève, l'objectif est d'abord de rechercher quelle est l'implication du patient. Le médecin peut se heurter à un manque d'alliance thérapeutique dans le cas d'un déni de l'alcoolisme. Le patient peut néanmoins reconnaître qu'un problème existe sans qu'il adhère à la définition du demandeur : par exemple, des faits de violence ou des difficultés conjugales peuvent être reconnus par le patient même s'il n'est pas motivé pour arrêter sa consommation alcoolique.

Orienter la thérapie sur la recherche de solutions peut permettre de contourner l'obstacle du déni et faire évoluer le patient « malgré tout », pour résoudre des problèmes qui seraient la conséquence de la consommation alcoolique : à titre d'exemple, un problème d'insertion professionnelle ou sociale, une conjugopathie, la récupération du permis de conduire.

On peut reprocher à la thérapie systémique brève qu'elle ne travaille pas toujours « en première intention » à augmenter la motivation du patient concernant un changement des habitudes de consommation alcoolique, ce travail pouvant être souhaité, accepté ou refusé par le patient. Le changement de la consommation alcoolique est ici une condition pour résoudre le problème défini par le patient.

L'approche centrée sur le patient de Rogers est un style de communication, qui ne comporte pas de recommandations pratiques précises. Au contraire, l'EM s'inspire de l'ACP mais inclut des principes ainsi que des stratégies de mise en pratique.

Les deux théories se recoupent sur plusieurs points : elles s'attachent à construire une relation empathique, à valoriser le patient, et à favoriser l'autonomie du patient.

Par contre, il existe des différences entre ces deux modèles. L'ACP n'est pas directive, au contraire de l'EM, dans lequel le conseiller dirige le patient et offre des conseils et choisit les reflets afin de renforcer certains points. Dans l'ACP, le médecin explore les émotions du client telles qu'elles se présentent, alors que dans l'EM, l'objectif est de créer et l'amplifier les divergences du client afin d'augmenter la motivation au changement.

L'entretien motivationnel nous semble adapté à la pratique de médecine générale : approche centrée sur la personne, travail de motivation dans une relation empathique et de responsabilisation du patient sont les points forts qui le justifient. Soulignons que la thérapie systémique brève peut permettre de résoudre un problème contraignant, de viser un objectif de changement malgré un déni persistant du patient.

2. Quelles sont les difficultés à utiliser ces éléments en pratique de médecine générale ?

Pointons d'abord le manque de connaissances théorique et pratique concernant les psychothérapies : la formation médicale initiale est actuellement centrée sur les pathologies biomédicales plutôt que sur les maladies comportementales. Devant ce déficit de savoir-faire, le médecin craint généralement de proposer une prise en charge qui ne serait pas suffisamment efficace.

Les contraintes horaires liées à la pratique libérales sont un obstacle non négligeable à la réalisation d'un tel travail thérapeutique : les consultations sont le plus souvent axées sur la surveillance biomédicale, et ne se centrent pas spontanément sur le comportement du patient. Une petite portion du temps est dédiée à l'exploration du déni ou de la motivation du patient.

La prise en charge d'un patient alcoolique est complexe : autant pour repérer la maladie, situer le niveau d'usage (usage chronique, abus, mésusage), et évaluer une dépendance que pour envisager des soins, qu'ils soient d'ordre médical pur, ou d'ordre psychothérapeutique. Le médecin, pour aboutir à une évolution du comportement du patient, doit l'accompagner dans un certain nombre d'étapes préalables qui nécessitent un suivi régulier par le médecin généraliste.

E. Synthèse.

Quelques recommandations pour la pratique en médecine générale.

Nous proposons, afin d'appliquer ces considérations à notre pratique, plusieurs éléments :

*Préparer les consultations et proposer au patient de venir « parler d'alcool » : une consultation dédiée permet de prendre le temps d'écouter le patient, et de l'accompagner dans sa réflexion.

*Centrer la consultation sur le patient : l'alcoolisme fait partie des habitudes de vie du patient. Les raisons qui l'empêchent d'évoluer, ainsi que les éléments de motivation lui appartiennent, et sont à rechercher notamment dans son environnement, sa vie quotidienne, sa personnalité, ses antécédents.

*Un patient dans le déni exprime de la résistance au changement. Celle-ci est renforcée devant l'utilisation du « réflexe correcteur » par le médecin. Une attitude adaptée face à la résistance du médecin peut être de ne pas s'opposer, d'écouter le patient avec empathie, et de refléter ses propos.

*Autonomiser le patient : le choix de changer son comportement lui appartient, même si le rôle du médecin est d'informer et proposer les soins adaptés. Il est important de laisser le patient fixer ses propres objectifs.

*Un médecin généraliste a pour fonctions d'accompagner le patient au long cours, de le valoriser et de renforcer sa capacité à évoluer.

*Il doit s'efforcer d'adapter sa manière de communiquer à chaque patient, et en fonction des interactions qui se jouent pendant différents moments d'une même rencontre. Chaque rencontre est unique et le médecin adoptera l'option qui lui semble la meilleure en fonction de sa personnalité, de la relation qu'il entretient avec le patient, et du contexte.

V. CONCLUSION.

La communication du médecin est un élément complexe et essentiel au bon déroulement de la consultation médicale.

La communication dépend des interactions qui se créent au cours de chaque rencontre médecin-patient : elle évolue donc, au fil du temps et des réactions des participants. Les relations ainsi créées sont uniques : chaque médecin s'adapte en fonction du patient, du contexte et de notions qui le concernent : ses connaissances, son savoir-faire, son expérience, sa personnalité.

Une communication de qualité permettra d'être plus efficace, plus précise, et de soutenir au mieux le patient. Sur le plan pratique, cela signifie un discours empathique, la recherche des sentiments et de l'avis du patient, une information délivrée clairement, et un rôle actif pour le patient. En effet, l'évolution de la médecine va actuellement dans le sens d'une plus grande autonomisation du patient et d'une décision médicale partagée.

Ce travail nous a permis d'observer la mise en place de la communication du médecin en situation réelle. Nous avons choisi l'angle du patient alcoolique pour la complexité thérapeutique, ainsi que pour l'importance de l'enjeu, compte tenu des conséquences en termes de santé publique qu'entraîne cette pathologie.

Ces consultations de médecine générale nous ont offert un matériel riche et original. Elles nous ont permis de souligner la diversité du travail quotidien du médecin généraliste, la difficulté de prise en charge de ces malades, comme la variété et la qualité des approches choisies par les médecins.

La manière de communiquer face à un patient alcoolique ne peut pas être résumée à quelques éléments simples. Le problème comme la réponse sont complexes. Les thérapies à proposer au patient alcoolique en phase de déni doivent être adaptées à la pratique de chacun.

Les thérapies motivationnelles, en particulier l'entretien motivationnel sont à placer au premier plan : elles permettent d'aider le patient à résoudre son problème de comportement grâce à une évolution de la motivation. La thérapie systémique brève permet quant à elle de faire avancer le patient malgré les obstacles que constituent le manque d'alliance thérapeutique ou la contrainte.

Mais nous pouvons retenir, de façon générale, quelques notions : centrer la consultation sur le patient afin d'explorer ses propres motivations et résistances, répondre à la résistance du patient par une écoute empathique et le reflet de ses propos, et autonomiser le patient en le laissant fixer ses propres objectifs.

Ces consultations observées nous ont permis d'intégrer l'ensemble des contraintes du quotidien : les contraintes horaires liées à la pratique libérale, les contraintes liées au manque de connaissance ou de savoir-faire, et la complexité intrinsèque de ce type de soins, nécessitant un suivi au long cours.

Nous avons organisé des temps de consultation qui ont permis au médecin, comme au patient, de s'exprimer plus longuement que d'habitude sur la consommation alcoolique. Nous pensons que proposer ces temps dédiés en pratique médicale quotidienne peut aider à la mise en route d'un travail thérapeutique.

Le suivi que réalise le médecin généraliste auprès du patient, la connaissance qu'il a de son patient et le lien qu'ils entretiennent, le mettent en première ligne dans la prise en charge de l'alcoolisme.

Ces résultats sont issus d'une enquête qualitative. Ce thème reste difficile à explorer sur le plan quantitatif, mais d'autres études qualitatives pourraient compléter nos résultats. Il serait intéressant par exemple, d'observer l'applicabilité des thérapies motivationnelles et des thérapies brèves en médecine générale.

Les médecins ont une approche empirique des techniques de communication. Cette étude indique que ces compétences communicationnelles sont insuffisamment abordées lors de la formation médicale initiale actuellement. Une meilleure approche pourrait améliorer la pratique du médecin généraliste, et l'adapter à l'évolution sociétale, en proposant un rôle plus actif au patient.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Reynaert C, Libert Y et Zdanowicz N. A propos de la communication médecin-patient. *Louvain Médical* 2004;123:290-300.
2. Simpson M, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991;303(6814):1385-1387.
3. Teusch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003;87(5):1115-45.
4. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152(9):1423-1433.
5. Naik AD, et al. Improving hypertension control in diabetes mellitus: the effect of collaborative and proactive health communication. *Circulation* 2008;117(11):1361-8.
6. Marvel MK, et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999;281(3):283-7.
7. Langewitz W, et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002;325:682-683.
8. Beckman H et Frankel R. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101(5):692-696.
9. Shapiro RS, et al. A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. *Arch Intern Med* 1989;149(10):2190-6.
10. Clarke A. Technosciences et nouvelle biomédicalisation: racines occidentales et rhizomes mondiaux. *Sciences sociales et santé* 2000;18:11-42.
11. Fournier C et Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature. *Santé publique* 2007;5,19:413-419.
12. Les usages de substances psychoactives en population adulte: premiers résultats du Baromètre santé 2010. Beck, F. Paris : INPES, 2011.
13. Rey, G, Boniol, M et Jouglà, E. Estimating the number of alcohol attributable deaths: methodological issues and illustration for French data 2006. *Addiction*. 2010, Vol. 105(6): 1018-1029.
14. ILIAD. Drogues licites en Nord Pas de Calais. OFDT, 2010.
15. Mouquet MC et Villet H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. *DREES Etudes et résultats* 2002;192:1-11.
16. Rollnick S, Miller WR et Butler C. Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation. Paris : Interéditions Dunod, 2009.
17. Prochaska JO et DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice* 1982;19: 276-288.

18. Fragu P. la relation médecin-patient: histoire d'une transformation. *Ethique et santé* 2004;1: 26-31.
19. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques* 2003;3, 11: 59-79.
20. Clarke A. technosciences et nouvelle biomédicalisation: racines occidentales et rhizomes mondiaux. *Sciences sociales et santé* 2000;18: 11-42.
21. Fournier C et Kerzanet S. communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature. *Santé Publique* 2007;5, 19: 413-419.
22. Bergeron H. Les transformations du "colloque singulier" médecin/patient: quelques perspectives sociologiques. *Colloque: les droits des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard*. Paris : Centre de sociologie des organisations, CNRS- Sciences-Po, 2007.
23. Jeammet P, Reynaud M et Consoli SM. *Psychologie médicale*. Paris : Masson, 1996.
24. Richard C et Lussier MT. *La communication professionnelle en santé*. Saint Laurent : éditions du renouveau pédagogique, 2005.
25. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot et Rivages, 1996.
26. Moley-Massol I. *Relation médecin-malade: enjeux, pièges et opportunités*. Paris: DaTeBe, 2007.
27. Silverman J, Kurtz S et Draper J. *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. Genève: Médecine et Hygiène, 2010.
28. Pereira Gray D. Doctors talking to patients. *J R Coll Gen Pract* 1984;34(261):188.
29. Larsen JH, Risor O et Putnam S. PRACTICAL, a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Family Practice* 1997;14:295-301.
30. Barrier PA, Li J et Nm Jensen. Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clin Proc* 2003;78:211-214.
31. Silverman J, Kurtz S et Draper J. *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. Genève : Médecine et Hygiène, 2010.
32. Makoul, G. Essential elements of communication in medical encounters: the kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine* 2001;76,4:390-393.
33. Weston WW, Brown JB et Stewart MA. Patient centred interviewing part I: understanding patients' experiences. *Can Fam Physician* 1989;35:147-151.
34. Stewart M et Gilbert BW. Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract* 2005;55(519):793-801.
35. Brown J, Weston W et Stewart M. Patient centred interviewing part II: finding common ground. *Can Fam Physician* 1989;35:153-157.

36. Lipkin M, Putnam SM et Lazare A. The medical interview: Clinical care, education, and research. New York : Springer-Verlag, 1995.
37. Coulehan J, Platt F et al. "Let me see if I have this right": words that help build empathy. *Annals of Internal Medicine* 2001;135,3:221-227.
38. Tate, P. Soigner (aussi) sa communication. Bruxelles: De Boeck, 2005.
39. Bellenger L. Les fondamentaux de la négociation. Paris : ESF Editeur, 2004.
40. Breton P. Convaincre sans manipuler. Paris : La Découverte, 2008.
41. Bellenger L. L'argumentation: des techniques pour convaincre. Paris : ESF Editeur, 1996.
42. Majed B. Les patients et l'alcool en médecine générale dans la région Nord-Pas-de-Calais. Nord-Pas-de-Calais : ORS, 2002.
43. Marlatt GA et Gordon G. Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change. New York : Guilford Press, 1985.
44. Marlatt GA et Witkiewitz K. Relapse prevention for alcohol and drug problems. In: Marlatt GA, Donovan DM. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York : Guilford Press, 2005.
45. Seneviratne A et Daeppen JB. Implication de la famille dans le traitement de l'alcoolodépendance. *Alcoologie et Addictologie* 2009;31(4): 283-293.
46. Cottencin O et Doutrelugne Y. Thérapies brèves: principes et outils pratiques. Paris : Masson, 2010.
47. Miller W. Are alcoholism treatments effective? The project MATCH data: response. *BMC Public Health* 2005;5:76.
48. Rogers C. L'approche centrée sur la personne. In: Kischenbaum H, Land Henderson V. Anthologie de textes. Lausanne : Randin, 2001.
49. Lécallier D et Michaud P. L'entretien motivationnel. *Alcoologie et addictologie* 2004;26 (2):129-134.
50. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural psychotherapy* 1983;11:147-172.
51. Aubin-Auger I, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;84:142-5.
52. Boudon R. Petite sociologie de l'incommunication. In: Dacheux E. La communication. Paris : CNRS Editions, 2011.

VII. ANNEXES.

Texte intégral des consultations observées et étudiées.

Docteur C :

Consultation le 13/08/2012 : C1-1.

M : Le docteur Raux qui fait une thèse s'intéresse aux traumatismes dans l'enfance, les gens qui ont vécu des histoires douloureuses... je me suis dit qu'Alain, son histoire... L'Algérie, tout ça, vous en parlez beaucoup !

P : Oui...

M : Ca vous a traumatisé !

P : Je suis décontenancé, quoi. Faut pas exagérer non plus.

M : Mais comment ça s'est passé, comment vous avez été incorporé ?

P : Oh, ça c'est autre chose... j'ai fait mes classes à Annecy, au 27^e régiment de chasseurs alpins. J'ai fait un stage au train. Je suis revenu après un stage d'un mois à la caserne, et là on m'a dit, « l'Algérie ». Donc dix jours de perm, et puis l'Algérie. Moi je suis arrivé avec mon sac marin, tout l'équipement.

M : Vous aviez une copine à l'époque ?

P : Non.

M : Partir comme ça du jour au lendemain, c'est... et là bas...

P : Vous vous intéressez à la guerre d'Algérie ?

M : Aux conséquences, qu'est ce qui s'est passé après. Vous avez pris des coups de feu là bas ?

P : J'en ai pas eu. Je suis arrivé à la fin. J'étais à la frontière algéro-tunisienne. Les grosses opérations avaient nettoyé les grosses poches de fellagas.

M : Avec la population là bas comment c'était ?

P : Ils nous respectaient, on était armés ! C'était un peu tendu ! Maintenant à la fin, nous on n'était pas chez nous. De toute façon on se méfiait de tout le monde ça c'est certain ! Nous on était des adversaires. Pas vraiment des ennemis, mais des adversaires. C'est une période douloureuse, on se demande si on va s'en sortir quoi.

M : Et à cet âge là ! Vous aviez quel âge ?

P : 20 ans.

M : Maintenant les petits jeunes font des conneries à 20 ans, ils se la coulent douce !

P : Ouais !

M : Et donc combien de temps vous êtes restés là bas ?

P : Un an. J'ai passé un an de ma jeunesse : novembre 61- novembre 62. J'ai vécu le cessez-le-feu, l'indépendance, etc. Après c'était fini.

M : Après vous avez fait votre service militaire en revenant de là-bas ? Vous êtes resté dans une caserne encore quelques temps ?

P : Je suis revenu ici, encore une paire de mois.

M : C'était sans fin le service militaire à l'époque !

P : Ah bah j'ai fait 19 mois ! J'étais parti pour 27 mois. Normalement je devais rester deux ans en Algérie. Je suis resté qu'un an.

M : Ce serait inimaginable maintenant.

P : Je ne l'accepterais plus. Bon c'est tout ?

M : Non bah après qu'est ce qui s'est passé ?

P : Oh bah je suis rentré chez mes parents ! Mais pendant deux semaines je voulais pas travailler. Après je me suis mis au travail comme tout le monde.

M : Vous travailliez dans quoi alors ?

P : La meulerie ! J'étais meunier ! Le moulin tu pouvais le voir de loin !

M : Vous avez pas fait que ça vous !

P : C'est-à-dire qu'avec mon père je m'entendais pas vraiment, d'une part. Et puis d'autre part le métier de meunier m'attirait pas. C'est malheureux de le dire. Pourtant de génération en génération c'était tous des meuniers ! Mais j'ai dit à mon père je vais prendre mon vélo je vais aller travailler en vélo. Il m'a dit je te crois pas. Et je l'ai fait. Et j'ai travaillé sur Armentières, et après j'ai travaillé sur Lille.

M : Et vous travailliez en tant que quoi ?

P : J'étais dans un cabinet de comptabilité, et après j'ai été placé dans une entreprise.

M : Et sinon, au niveau psychologique, tout ça, est ce que après l'armée, il y a eu des cellules psychologiques comme on fait maintenant ?

P : On a tous été un peu traumatisés ! J'ai créé l'amicale des anciens combattants d'Afrique du Nord de [la ville], dont je suis président d'honneur maintenant, après avoir été président actif pendant 36 ans et demi, c'est moi qui ai tout créé, toute la structure : secrétariat, trésorerie, tout ce qui s'en suit. Maintenant on vit avec les souvenirs. L'histoire par elle-même elle est terminée. J'ai pas vécu plus qu'un autre.

M : Oui mais vous avez le ressenti de tout ça.

P : J'ai eu des bonnes périodes parce que on allait boire l'apéro, après on allait manger, et après on prenait un café cognac en ville. Le commandant n'était pas là.

M : Le café cognac était fréquent là bas ?

P : Non, c'était exceptionnel !

M : Parce que pour l'œsophage c'est pas très bon !

P : Pour nous c'était un extra. On allait manger en ville aussi de temps en temps. Après on est parti à Dranguignan, tout près des Alpes. Là c'était pas pareil, c'était vraiment la vie de caserne, on bougeait plus car après c'était l'indépendance de l'Algérie, on pouvait plus sortir, plus de maintien de l'ordre, plus rien du tout. On sortait non armés.

M : Et pour revenir à l'alcool, vous aviez droit à l'alcool là bas ?

P : On prenait le droit. Les cadres de toute façon, ceux qui avaient fait l'Indochine... ils revenaient à moitié saouls tous les soirs. Ils allaient en ville. Ils étaient rouges comme des pivoines. Une fois y'a un sous officier qui a mis 15 jours pour s'en remettre.

M : Ils avaient peur ? Pourquoi ils faisaient ça ?

P : C'étaient des anciens d'Indochine, c'était comme ça, c'est tout. Ils picolaient quoi. Nous pendant ce temps là on montait la garde.

M : Mais vous vous aviez droit à rien, à un quart de vin ?

P : On avait du vin, du gros vin d'Algérie, qui assomme. C'est pour ça, quand on allait manger en ville, ça changeait de l'ordinaire, on mangeait comme au restaurant en France. Un petit apéro, un vin acceptable etc. il y avait du bon vin en Algérie ! y'en a qu'on boit encore !

M : Sidi Bahim ?

P : Oh il tape sur le crâne ! il faut pas en boire de trop ! il est pas mauvais à boire mais si on exagère, c'est fini !

M : C'est un vin assez lourd.

P : C'est tout ?

M : Non non c'est pas tout !

P : J'en parle sans haine. Mais quand je vois un Algérien... Moi il m'est pas arrivé grand-chose... mais quand on partait en opération tout pouvait arriver.

M : Je connaissais quelqu'un qui avait fait l'Algérie, il disait que même après, il faisait des cauchemars...

P : De toute façon, moi, un arabe, je veux bien le voir devant mais pas derrière. J'ai plus d'arme, je peux pas me défendre. Y'a rien à faire.

M : Vous vous méfiez toujours !

P : J'ai rien contre eux mais ...c'est peut être pas une obsession, c'est des réactions « historiques » je dirais. Moi j'ai vécu ce que j'ai vécu et c'est tout. J'ai rempli mon devoir de jeune français. J'étais volontaire parachutiste, mais j'étais pas volontaire pour l'Algérie, tuer des gens et me faire tuer...

M : Vous étiez volontaire parachutiste, pourtant c'est les plus durs les paras !

P : C'était un état d'esprit. Je voulais en baver, j'en ai bavé. Les chasseurs alpins c'était pas à la carte non plus, quand on crapahutait dans les Alpes... ça endure. Par contre quand j'étais à Annecy, quand j'étais en montagne il y avait un décor magnifique, le paysage était extraordinaire... en Algérie, le paysage était beau aussi, l'Algérie est belle ! Au printemps quand tout fleurit... après c'est la sécheresse et la chaleur qui arrivent... tout sèche, c'est moins beau. Pour moi la guerre d'Algérie c'est une expérience humaine, avec les bons souvenirs et les souvenirs un peu plus délicats.

M : Alors pourquoi vous qui étiez battant comme ça à l'époque, pourquoi il n'y a plus le Alain qui rentre dedans, qui crapahute ? Comment vous expliquez ça ?

P : Alain il a 70 ans, on se ramollit de toute façon. Après c'est des conditions de vie différentes, qui étaient

beaucoup plus dures !

M : Donc c'est le fait d'avoir un confort qui...

P : On s'embourgeoise.

M : Voilà, c'est ça.

P : Faut le reconnaître, c'est humain de toute façon.

M : Et qu'est ce qui faudrait pour que la pêche revienne ?

P : J'ai 71 ans.

M : Vous vous occupez à quoi en général ? J'aime bien discuter avec vous aujourd'hui, parce que Brigitte est pas là pour une fois, c'est une des rares fois, et donc on peut parler plus de vous, de votre vie...

P : J'ai pas peur du dialogue !

M : Non, je crois qu'il faut

P : Ya des questions auxquelles je peux pas te répondre ! Pourquoi j'ai plus la dynamique ? ya l'âge qui est là, les circonstances, la vie de tous les jours. Je peux pas avoir le même état d'esprit en étant marié, grand père en plus maintenant !

M : Qu'est ce qu'il est beau, ce petit !

P : Un beau petit garçon.

M : Justement ça donne un sens à votre vie, d'avoir un petit fils !

P : Bien sûr !

M : Ca devrait vous booster

P : Bah, booster...je vais pas faire un entraînement commando quand même !

M : A chaque fois les phrases reviennent ! Non mais un sens à votre vie, je crois que vous avez un peu perdu... voilà la retraite, votre fille est enceinte...

P : Je suis un retraité !

M : Maintenant il y a un petit fils.

P : Mais le petit fils... je suis un grand père, je suis pas un père !

M : Un grand père, c'est vachement important, moi je connais ça maintenant, comme expérience, c'est mieux d'être grand père que père !

P : Ma fille de toute façon, quand on allait en vacances tout ça, elle me suivait partout ! quand on allait dans le Morbihan...

M : Mais grand père, c'est que les bons moments ! On est là que pour les bonnes choses.

P : De l'Algérie, du service militaire, j'en garde les bons moments, et les mauvais on les oublie. Il vaut mieux tourner la page, qu'est ce que ça sert de revenir sur des périodes un peu tourmentées quoi. Et dans la vie civile c'est pareil, il y a des bons moments à garder, et les mauvais moments, on les élimine, même s'il faut quelque fois du temps.

M : Et pour être direct, vous dites si je vais trop loin, est ce que le fait de consommer de l'alcool maintenant a rapport avec la guerre d'Algérie ?

P : Dans ma vie ? Non pas vraiment. Si, quand je vois des grands en tenue léopard en train de partir pour aller soigner des Syriens, ça fait pas mal de souvenirs quoi. Je me rappelle au départ quand je partais aussi, je suis pas parti en avion, je suis parti en bateau. M'enfin c'était pareil, on partait à l'extérieur quoi. Ya le contexte avec les musulmans, faut aussi s'habituer avec eux, avec leurs habitudes tout parce que...pendant le ramadan ils buvaient pas pendant toute la journée, et le soir les cuisiniers devaient leur faire à manger. Ça tambourinait dans la cuisine toute la soirée quoi, et une partie de la nuit. Nous on montait la garde pendant ce temps là. Au départ j'étais en plein bled,

M : Mais pour revenir à ma question, est-ce que actuellement l'alcool c'est dans un cadre... Est-ce que ça vous aide à dépasser certaines... Comment dirais-je ? Certaines anxiétés ?

P : Non, non, c'est l'habitude.

M : Ca n'a rien à voir.

P : Mais y'a alcool et alcool. C'est pas comme ça tous les jours ! (haussant légèrement le ton)

M : Non c'est pas la question. (de même) Mais c'est le côté alcool, est-ce qu'on a besoin de ça pour être bien, pour être détendu, voilà ?

P : Bah, c'est un moment de détente et je bois un petit coup pendant qu'on est à table. Mais c'est tout. C'est pas quelque chose qui... je sais m'en passer ! Quand j'avais 19- 20 ans je buvais que de l'eau de toute façon. De l'Evian. Après je me suis mis un peu à l'alcool avec l'armée, bon ben, et après l'armée un peu aussi mais pas

énormément.

M : C'est pas l'armée qui a déclenché...

P : Non. (a coupé le médecin, catégorique)

M : C'est pas comme de notre temps, à l'armée les gars ils apprenaient à fumer, à boire, à l'armée.

P : Je fumais à l'époque, c'est certain. Mais j'ai jamais été un gros gros fumeur : je fumais un ou deux jours et après j'étais trois jours sans fumer. C'était périodique, quoi, c'est tout. Par moments. J'ai pas été un fumeur invétéré qui sait pas se passer de sa cigarette. Je m'étais imposé une discipline là-dessus. Ce que je retire de l'armée, quoi qu'on puisse dire, c'est la discipline et la rigueur : ça j'ai voulu l'appliquer pour l'amicale que j'ai créée. Ça m'a guidé pas mal dans ma vie, malgré les difficultés pour créer quelque chose. Quand on a construit cette maison, bon bah ça s'est pas construit tout seul. Mais je l'ai fait quand même. Après il y a l'entretien du jardin tout ça...

M : Et vous-même vous êtes décidé à reprendre un peu du poil de la bête là ?

P : Oui, enfin la tondeuse je l'ai manipulée pendant des années !

M : Oui mais sortir un peu plus, vous ne sortez pas beaucoup actuellement !

P : Ben sortir je peux même plus, j'ai même plus mon permis !

M : Mais là il y a un chemin juste là !

P : Oui, dans la campagne...

M : Ben oui..

P : Et quand j'étais à [la ville voisine], j'habitais le long de la Lys, je faisais des footing à 5h du matin !

M : Et alors ? Vous avez pas l'impression justement que c'est l'alcool qui vous empêche un petit peu de ...

P : Non. Ça ne m'a pas empêché de crapahuter. Moi je savais boire mon petit coup aussi, ça ne m'a jamais empêché d'aller crapahuter.

M : Donc c'est une question de volonté politique, c'est vous qui vous dites dans votre esprit...

P (coupant le médecin) : Ouais, c'est une volonté !

M : Parce que quand elle va revenir, Brigitte, va falloir s'en occuper, tout ça..

P : Ben je sais...

M : Hein, va falloir.

P : Ben question de l'alcool, je sais ben toute façon, elle était élevée malheureusement par des parents alcooliques. C'est ton collègue [le prédécesseur], maintenant il est en retraite,

M : [coupant le patient] non, il travaille toujours !

P : Il m'a toujours dit : « les parents de Brigitte ce sont des parents alcooliques ». Bon ben j'y suis pour rien moi ! Elle a été habituée à boire dès sa jeunesse aussi, bon ben, encore il y a pire qu'elle !

M : Elle a caché son jeu elle !

P : Elle buvait un petit peu derrière mon dos. Je pouvais plus rien y faire, derrière mon dos, c'était plus une gamine !

M : Oh ben non, non, non !

P : Maintenant on verra bien ! on verra le résultat de l'hôpital.

M : Je crois que de toute façon, à mon avis, l'alcool, c'est fini pour elle, il va falloir...

P : Espérons-le !

M : Oh bah si, parce que c'est plus possible, là, elle est arrivée à l'ultime étape....

P : (coupant le médecin) Espérons-le ! Encore une fois il y a boire et boire !

M : Oui voilà. Mais vous alors c'est quoi que vous appelez boire et boire alors ?

P : Hein ?

M : Boire normalement c'est quoi ?

P : Boire un petit coup le midi, peut être un petit coup le soir à la limite, et un petit peu de vin après en mangeant, c'est tout, et ça se limite à ça ! Son père était au bistrot tout au long de la journée.

M : Oui, à l'époque ça se faisait comme ça non ?

P : Hein ?

M : Ca se faisait comme ça ! On allait au bistrot après le boulot et puis...

P : Oh moi j'ai jamais été un homme de bistrot. Bon pour l'association, on avait un siège dans un café. Tout partout c'est pareil. C'était le café à Nieppe, pour le banquet et tout. Bon quand même de temps en temps j'étais plus ou moins au café pour ça ! Même rien que pour m'entretenir avec des responsables de l'association !

M : C'est des bons vivants les AFN

P : Ouais, ben ils sont pas malheureux quoi !

M : Non, ça va. Peut être aussi pour oublier tout ça, une façon de ...

P : Oh question de l'Algérie on n'en parlait pas souvent. Un peu quelquefois.

M : Mais donc vous ne vous sentez pas dépendant de l'alcool, pour vous c'est juste un petit coup par ci, un petit coup par là..

P : C'est un petit coup. Quand t'es arrivé tout à l'heure j'étais en train de boire mon petit coup ! Après j'ai mangé et puis c'est tout.

M Mais c'est pas pour soigner l'anxiété, le stress ou...vous êtes pas stressé à boire un coup et que ça vous calme, non pas du tout.

P : Non.

M : C'est l'alcool de, comment dirais-je, de plaisir !

P : C'est pas un médicament !

M : Bon on a fait le tour ! ça fait du bien de parler un petit peu...

P : Oh moi je suis ouvert au dialogue. Oh moi j'ai vécu ce que j'ai vécu c'est tout. J'ai été là bas quand le pays m'a envoyé. C'est tout.

M : Je vais prendre votre tension.

M : 12. Le poids toujours pareil ?

P : Oh bah il se porte bien !

M : Non mais toujours pareil ? Vous vous pesez de temps en temps ?

P : Ben... je devrais peut être me peser chez toi dans ton cabinet à l'occasion ?

M : A pieds il y a pas trop loin ! Faut le booster Alain, sinon ça va pas aller ! Respirez fort !

(auscultation)...Surtout qu'on est dans une dynamique.... Brigitte elle se fait soigner tout ça, le jardin ça reprend, ici vous allez faire des petits travaux vous aviez dit ? Retapisser, tout ça ?

P : Boh....

M : Non mais il fait trop sombre ici. Ça manque de....

P : C'est une maison qui est basse !

M : Faut mettre des papiers plus gais, plus...

P : C'est un tapissier qui l'a fait !

M : Après le petit-fils vous risquez de l'avoir plus régulièrement tout ça ! Si Marie elle bosse, chez qui elle va mettre le petit ?

P : Elle va travailler là ?

M Bah, certainement ! Non ?

P : Tu as mis le Lyrica ?(regardant l'ordonnance) du 150 ? Tu as mis deux boîtes ?

M : C'est deux par jour que vous prenez ?

P : Oh un seul par jour ça va...

Le patient s'est levé. Le médecin range ses affaires, se lève, et salue le patient.

Visite le 25/09/12 : C1-2 :

M : ça s'est passé très vite, quand j'étais pas là.

P : elle se plaignait de rien... c'est dur... dur à encaisser

M : bah oui c'est terrible

P : surtout elle revenait de Bailleul elle était bien... on aurait dit qu'elle reprenait goût à la vie

M : ah oui elle était bien, elle était revenue impeccable.

P : bon les médicaments de Brigitte faudra faire le tri...

M : ah ça faudra les remettre à la pharmacie...

P : et pour les miens voir un petit peu...

M : maintenant c'est de vous qu'il faut d'occuper, et sérieusement !

P : hein ?

M : quand on voit...

P : je suis pas à plaindre de toute façon.

M : c'était quand l'enterrement ?

P : vendredi. Toi t'étais pas là... j'ai appelé pour que tu viennes mais t'étais pas là.

M : non j'étais pas là... j'ai même pas vu de faire-part ! vous aviez fait un faire part ?

P : oui, il y en a un là.

M : elle était pas vieille, 52 ans

P : trop jeune. C'est moi qui devait partir. J'en ai 71 bientôt ! (en pleurs) c'est comme ça.

M : du coup vous avez une double responsabilité Alain maintenant, pour Marie tout ça faut absolument que...

P : ah oui, oui

M : je l'avais appelée pour lui en parler

P : elle a son copain, et son petit garçon.

M : parce que vous vous êtes tout seul maintenant.

P : je veux rester ici. J'aime ma maison. (en sanglots) qu'on a bâtie ensemble... comme on voulait. On l'a eue comme on voulait. J'ai pas l'intention de bouger.

M : non, non, ben non, certainement pas ! mais ce qu'il faudra Alain, c'est au niveau de votre santé, faire attention... je crois que maintenant vous avez une double responsabilité, vous êtes au mieux de votre forme...

P : j'ai pris des médicaments...Lamaline, c'est pour quoi ça, c'est un anti-douleur ?

M : Lamaline, c'est un anti-douleurs, oui.

P : ya Lyrica 50 g, je peux en prendre 3 pour aller à 150 g, j'en ai à 150 g...enfin mg pardon.

M : et la prise de sang vous l'aviez fait pour finir ou pas, non ?

P :....

M : vous l'avez pas fait ?

P : ben je sais pas j'ai un papier de quoi, là ?

M : oui, on avait fait un papier la fois dernière.

P : elle est là tiens ! (retrouvant l'ordonnance). Faudrait que je la fasse !

M : bah voir un petit peu l'état des lieux quoi. Maintenant je vous lâcherai plus, il faut absolument que vous soyez au top. Pour Marie, pour le petit, qui vous ressemble tant, ce petit loup. Déjà je vous trouve une meilleure figure, vous êtes un peu mieux, je trouve.

P : quand elle est revenue de Bailleul, ça allait mieux...

M : malheureusement, statistiquement, quand on a une cirrhose du foie avec une ascite qu'on ponctionne, le pronostic c'est deux ans. Elle aurait plus vivre que deux ans. A partir de ce moment-là, c'est déjà un compte à rebours.

P : elle avait un gros ventre.

M : mais je m'excuse de parler de ça maintenant, mais c'est au niveau de l'hygiène de vie qu'il faut revoir tout ça, quoi.

P : bah moi j'attends d'aller sur la Côte d'Opale pour avoir un bol d'air, parce qu'avec les vacances que j'ai eues...

M : au niveau alimentation, tout ça, au niveau alcool, je crois qu'il va falloir sérieusement faire attention... parce que si vous retombez ici tout seul, il y a personne pour...

P : je suis pas retombé depuis.

M : et puis c' était pas une vie, je crois. Hein, vous n'aviez pas une vie...qui était un epu triste, un peu... non ?

P : ... tu peux prendre ma tension si tu veux... moi je me sens bien, d' façon.

M : oui, oui. Je compte sur vous ! il y a un challenge à faire ! passer au dessus de tout ça et... se reconstruire !

P : ça va pas être facile.

M : on va y arriver Alain. Ça va vous avez quel âge ?

P : 71 ans. 70, bientôt 71.

M : ça va, ...

P : j'ai fait l'Algérie et tout...

M : bah oui, on en avait parlé la fois dernière, on aurait jamais pensé ça...qu'il arriverait un tel drame !

P : c'était pas à elle de partir c'était à moi, par rapport à mon âge !

M : le problème c'est que les femmes sont plus fragiles que les hommes. Donc les femmes supportent moins tout ça.

P : elle, elle a pas vu tout ça. J'ai crapahuté quand même...

M : elle, elle était d'une famille d'alcooliques.

P : oui

M : c'est le terrain.

M : on le dit, c'est une maladie plus ou moins génétique. Et puis peut être qu'ici elle était dans une ambiance où on buvait facilement...

P : oh on buvait que des petits coups.

M : oui, un petit coup par ci un petit coup pas là, à la fin ça fait des gros coups

P : mais c'était pas déraisonnable.

M : non, mais bon, à la longue, ça fatigue le cœur, ça fatigue le foie. Puis après, le cerveau ! pour les derniers jours quand vous êtes tombé, vous n'étiez pas en forme !

P : ...

M : on l'a retrouvé par terre, ce pauvre Alain, je sais pas comment il avait fait son compte. Juste avant qu'elle rentre d'ailleurs. Vous comptez faire un effort, quand même Alain, je peux compter sur vous ? c'est important pour Marie, pour tout ça,

P : ...

M : faut pas vous laisser entraîner dans la mélancolie, et puis penser que consommer de l'alcool ça va aider... au contraire...

P : ah non !! ...

M : de toute façon vous avez deux solutions, soit vous consommez de plus en plus, et alors là ça va être une catastrophe, pour Marie surtout ; ou alors vous prenez le taureau par les cornes et vous...

P : (coupe le médecin) non, même la maison, j'ai aéré les chambres, comme d'habitude, j'ai tout fait comme d'habitude.

P : oui, justement. Peut être un petit coup rénover la maison tout ça comme vous aviez prévu.

P : ... ben j'ai des travaux de prévu ; à l'extérieur tout a été tondu...

M : même pour elle... elle vous entend là haut ; elle serait contente que la maison soit rénovée et tout ça.

P : quand elle est revenue de Bailleul, tout était impeccable. C'est la mère du futur beau-fils, quoi, qui fait le ménage. Elle nettoie tout. Elle va encore venir tout à l'heure à une heure et demie pour une heure de travail.

M : ce qu'il faut, excusez-moi d'insister, Alain, mais c'est tellement important, c'est surtout admettre, que peut être, bon, vous buvez peut être un peu trop, mais que maintenant faut passez à autre chose, quoi, voilà.

P : (très vite, coupe presque le médecin) : bon, ces médicaments, je les rends à la pharmacie.

M : ah oui tu peux les rendre à la pharmacie, ils vont les reprendre.

P : tu les prends avec ?

M : non moi je les prends pas, il faut demander à Marie de les déposer à la pharmacie, ils vont être détruits malheureusement ! il y a rien qu'on peut récupérer là dedans ! Elle avait des diurétiques à grosse dose :

TRANDATE, ALDACTONE, ATARAX : ça je peux le prendre ! ça, ça m'intéresse ! ils sont en rupture de stock dans le commerce. En tous cas je vous appellerai régulièrement, pour prendre de vos nouvelles, voir comment ça va.

P : moi quand ça va, ça va. Je suis pas là à avoir un docteur, disons, pas sur le dos mais sans arrêt comme accompagnant. Quand ça va, ça va, c'est tout. Je suis opérationnel, comme on dit en termes militaires.

M : mais c'était plutôt dans le côté amitié que dans le côté médical. C'était plutôt comme ça que je le voyais.

Le chien aboie.

P : le compagnon, il est là...

M : oui, le chien !

P : c'est celui de Marie, après c'était celui de Brigitte, maintenant c'est le mien.

M : faudrait qu'on fasse la prise de sang, ce serait bien.

P : y'a deux voitures dans le garage, c'est pour elle, moi j'en ai pas besoin. Y'a la XSARA et pi la XANTIA. Je pourrai la revendre, mais si elle veut l'avoir, elle peut l'avoir.

M : et vous, au niveau du permis ?

P : faut que je repasse un contrôle continu... disons un deuxième visite médical le 03 octobre... c'est un vrai commerce leur truc !

M : ah oui mais ça il faut y aller !

P : j'ai prévu de m'y faire conduire !

M : faut être en forme aussi, parce que si ils vous voient pas en forme, ils vont vous sabrer !

Le téléphone sonne.

P : allo ? Marie, bah le docteur C. est là... tu veux que je te le passe ?... bah si, il va dire comment il me trouve...

je te le passe.

M : allo ?... Salut Marie, oui, ça va. Oui, je vois ton papa, je le trouve...mieux. ...oui, oui... donc on a discuté un petit peu, tout ça, il va faire des efforts... hein, et puis la vie continue, il faut que pour vous, déjà, qu'il soit opérationnel comme il dit... c'est pour ça qu'il faut absolument qu'il repasse son permis aussi, et qu'il,....

Hein, ... voilà... et puis tu m'appelleras, au cas où, tout ça. Et puis moi j'appellerai régulièrement, pour voir comment ça va. Allez, je t'embrasse. Salut Marie.

M : ...Faut pas de médicament Alain ?

P : ...Attention au chien, quand vous partez vous fermez bien la barrière, comme ça je pourrai le mettre dehors. Mets peut être le PLAVIX, parce que... (montrant des boîtes de médicaments) Et ça ici, il y en a trois...

M : paracétamol... ah oui, ça doit encore être bon ça.... Ah non, c'est trop vieux, faut le dégager ça. C'est périmé.

P : ça remplace l'EFFERALGAN.

M : oui. Voilà, ton ordonnance.

P : et ça c'est pour la prise de sang.

M : oui. Faut la faire, Alain. Je compte sur vous ! De toute façon je vous lâcherai pas !

P : de toute façon j'ai tout ce qu'il faut comme éléments, pour l'infirmière.

Le médecin remplit la feuille de soins.

P : tu dis combien je te dois.

M : non, je vais envoyer la feuille à la sécu, faut signer là, Alain, simplement.

P : c'est pris en 100%, ça ?

M : (regardant les dates de péremption des médicaments) : ouh là là, c'est août 2008, ici ! Il faut vérifier les dates !...Bon voilà, Alain. Pas de questions ?

P : non, bah ça va, tout va bien, si ça va pas, je t'appellerai.

M : oui, il faut se battre.

P : je te remercie de ta visite, des encouragements, parce que...

M : c'est important !...c'est important que vous repreniez du poil de la bête...

P : de toute façon j'ai pris le problème à bras le corps, j'aime pas de me laisser aller.

M : c'est bien.

P : c'est pas facile.

M : non c'est pas facile.

P : plus facile à dire qu'à faire. J'ai pas l'intention de me laisser aller parce que je suis tout seul. Mais bon c'est un coup dur.

M : bah oui, j'aimais bien Brigitte, elle faisait partie de ma vie, trente ans que je la connaissais...

P : allez au revoir...

M : au revoir Alain.

Consultation le 31/10/2012= C1-3.

M : Faut changer les habitudes ! Vous vous couchez à quelle heure le soir ?

P : Oh ! pas tard.

M : Vous vous ennuyez donc vous préférez rester dans le lit ?

P : Oh ! oui, oui, c'est ça.

M : Manque d'activité !

P : Oui, bah je sais

M : Oui, justement on avait dit, c'est le moment de changer un peu votre vie, et vos us et coutumes, vos habitudes. Avec les AFN, peut-être ?

P : Tu peux mettre aussi un petit truc pour... pour dormir la nuit.

M : Pour dormir la nuit ?

P : Je me réveille la nuit, et j'arrive plus à me rendormir.

M : Un truc léger, à base de plantes, un truc comme ça quoi.

P : Un somnifère léger quoi.

M : Et au niveau alcool ?

P : ...J'en bois un petit peu.

M : Et vos bonnes résolutions ?

P : Elles continuent à exister.

M : Vous faites attention à ce que vous buvez ?

P : ...

M : Vous gérez mieux votre consommation ?

P : ...dans l'ensemble ça va, quoi.

M : Et sinon les projets, alors, c'est quoi les projets ?

P : Eh bien on devait aller sur la côte d'Opale il y a deux jours, et pour finir ils ouvrent pas, c'est fermé. On n'y va pas du coup.

M : Au Cap Gris-Nez c'est fermé ?

P : Ah oui, ben c'est fermé à partir de demain.

M : Mais sinon sur la côte belge, il y a plein de restos là...des hôtels pas chers...

P : Oooh.

M : Ca vous ferait du bien... retrouver la joie de vivre. C'est ce qui vous manque, Alain.

P : Ben on verra bien, quoi.

M : Vous n'êtes pas dépressif ?

P : Non.

M : Déprimé ?

P : Non, je ne déprime pas du tout.

M : Un peu triste.

P : Je suis amorphe, faut reconnaître ce qui est.

M : Amorphe ?

M : Ca vous dérange pas qu'elle soit là, le docteur Raux ?

P : Non, pas du tout.

M : Elle s'intéresse à vous, elle va faire une thèse, sur ce sujet là, les gens qui ont connu des périodes difficiles, avec l'alcool, tout ça ; avec des témoignages, et ce sera publié en 2013. De toute façon ce sera anonyme. Je vous la montrerai la thèse !

P : Tu me mettras de la LAMALINE ?

M : Mais sinon pour le cœur tout ça vous avez encore ce qu'il faut ?

P : Oui, j'ai encore tout ce qu'il faut.

M : Sinon, il est mieux, quand même Monsieur B, par rapport au début ! C'est pas parfait, mais c'est mieux !

M : Vous n'invitez jamais des gens à venir, à jouer aux cartes, tout ça ?

P : Non.... Moi je ne joue pas aux cartes !

M : Et les fléchettes tout ça ! Tirer à la carabine, tout ça ! ça ferait une bonne occupation !

P : J'ai tiré au ball trap dans le passé !

M : Bah oui, justement ! parce qu'il faut trouver des occupations, Alain, on ne peut pas rester là comme ça, comme vous dites, en léthargie, faut bouger, quoi. Pour Marie, tout ça, elle est contente quand vous êtes bien ! je le vois !

P : Oui, là ça va !

M : Elle va bien quand vous allez bien !

P : Elle a le moral, c'est pas la peine de lui casser le moral !

M : Non, non, mais elle est un peu influencée par vous !

P : Elle a sa vie, aussi !

M : Oui mais vous faites partie de sa vie ! J'ai vu son homme hier au Furet !

P : Il travaille là !

M : C'est lui qui m'a dit que vous aviez été manger ensemble !

P : Ce sera pour vendredi les courses, je donnerai à la femme de ménage pour qu'elle le fasse !

M : Vous pouvez pas aller avant ?

P : Bah non, qui c'est qui va y aller ?

M : C'est quelle pharmacie ? Sinon, je peux le mettre dans leur boîte aux lettres, et vous les appelez, et ils vont vous le ramener.

P : Donc sinon, LAMALINE et puis pour dormir... en cachets.

M En cachets ? Sinon il y a PASSIFLORE en sirop, ça marche bien ça.

P : C'est pour pas non plus être assommé !

M : Oh non ! Bah non, surtout pas !

P : C'est pas le but !

M : Vous il faut éviter un petit peu les médicaments trop sédatifs vous allez retomber. Si vous vous cassez la hanche on est foutus !

P : Et pour le genou vous allez faire une radio alors ?

M : Vous n'avez pas une enveloppe Alain, pour mettre tout ça ? ... Votre beau fils il ne peut pas vous emmener faire la radio ?

P : Il a ses occupations !

M : Après, on peut demande un taxi-ambulance !

P : Je passerais où la radio ?

M : Chez M...

P : Où c'est ça ?

M : Au coin, rue Nationale !

P : Ah ! oui, d'accord, j'ai déjà été, là. Il y a longtemps. Donc je dois contacter les ambulances.

M : Oui.

P : Je vais m'en occuper vendredi. Bon je vais te donner une enveloppe pour ça ici

P : Moi j'ai du mal à marcher avec mon genou !

M : (*riant*) on dirait comme les petits personnages... J'moque e'dgins !... Vous il y a pas longtemps, vous avez eu 71 ans... bon anniversaire, Alain... c'est pour ça que vous avez été au resto, au fait !

P : Oui, et puis bon, on a décidé d'y aller quoi. Ca change un petit peu, quoi.

M : Bah oui, vous devriez, une fois par mois, au resto avec Marie.

P : Mais non, mais on devait aller sur la côte une paire de jours la semaine prochaine, finalement c'est, c'est, ils ouvrent pas. Ils ferment l'hôtel, alors du coup, on n'y va pas. Sinon on aurait passé une paire de jours, quoi. J'aime bien la côte d'Opale, moi. Ben on verra au printemps, c'est partie remise !

M : Mmmh.

P : Bon je vais contacter l'ambulance M... comme la fois dernière. Le rendez-vous pour le... c'est là, je crois. Tu as marqué le numéro de téléphone ?

M : (*souriant*) : il suit de près, hein ! 48-28-... Donc c'est rue nationale. Rue François Mitterrand, mais ça, ça ne va pas vous plaire ! ... Ici, c'est Charles !

P : J'ai toujours été gaulliste. Je suis pas sectaire !

M : De ce côté-là vous avez été fidèle !

P : Bon ça c'est pour le docteur, pour la radio, je m'en occupe à partir de vendredi.

M : Donc oui, vous prenez un rendez vous. Cet après-midi, vous pouvez téléphoner, comme ça vous prenez rendez-vous ...

P : A partir de vendredi.

M : Comme vous voulez, Alain. Je ne veux pas vous bousculer. Mais Sandrine, ce serait bien que vous ouvriez la porte quand même, qu'elle vous voie tous les jours, pour discuter le bout de gras...

P : Oh je la vois de temps en temps ! je l'ai vue tout à l'heure !

M : Ça vous obligerait à vous lever, à être propre tout ça, quand elle arrive, tout ça, ce serait bien !

P : Faut des buts dans la journée ! C'est ça, faut des buts !

P : C'est difficile, quoi.

M : Ça ce serait un but, voir Sandrine. Je vais lui demander de mettre une petite jupe courte, comme ça, ça va vous motiver !

P : Bon, ça les médicaments tu t'en occupes ?

M : Oui. Donc ils vous les ramènent ?

P : Oui, si ils veulent bien.

M : Vous n'en avez plus du tout ?

P : ... ouais

M : Donc l'adresse c'est ...

P : rue Watteau. T'as l'adresse ici.

M : Et localement vous mettez quoi sur le genou ? c'est un peu tard ...

P : Oh je prends les cachets LAMALINE. Mais j'en ai plus maintenant.

M : Oui, parce que vous êtes sous PLAVIX...

P : Oh je sais marcher, donc je crois pas que ce soit cassé.

M : Non, non, mais c'est plus par sécurité. Vous regardez la télé ? Elle est jamais allumée.

P : Oh je lis le journal aussi. J'ai des occupations t'inquiète pas. Donc les médicaments tu t'en occupes ?

M : Oui.

P : L'ALD aussi ?

M : Oui.

P : Donc là j'ai plus qu'à prendre rendez-vous pour vendredi.

M : Bon, surtout l'alcool... bon de temps en temps si vous ne pouvez pas faire autrement, pourquoi pas, mais pas tout le temps quoi. De toute façon, vous devez vous sentir mieux quand vous avez moins bu ?

P : Oui. Bon, j'ai préparé mes cachets pour tout à l'heure.

M : C'est bien, je suis content que vous alliez mieux quand même Alain.

P : Non, non, mais t'embête pas.

M : Mais si je m'embête, bah depuis le temps qu'on se connaît,

P : Bon déjà avec Brigitte... t'embête pas de tout ça...

M : C'était mal parti, Brigitte, aussi, je vous l'ai déjà dit, cirrhose du foie, malheureusement... maximum 3 ans, je sais pas les statistiques.

P : Je m'attendais pas qu'elle parte si vite. Elle était à Bailleul, elle était bien, elle était revenue elle était bien, et puis...

M : Oui, là je ne sais pas ce qui c'est passé.

P : En deux-trois jours, pouf !, plus rien.

M : Une arythmie, une hypokaliémie, moi je verrais bien ça. Peut être qu'elle était en manque de potassium, qui a déclenché un trouble du rythme, et puis voilà.

P : Oh la retrouver morte, ça fait mal... c'est pas un souvenir qui va s'effacer du jour au lendemain, ça. Enfin. Il faut gérer...

M : Et la famille de son côté vous avez des relations, quelque chose, non, rien ?

P : Oh on se voit plus... Y'a son frère qui était dans le dunkerquois, mais, il est mort lui. Sa belle sœur est venue aux funérailles, quoi. Sinon on se voit plus. Elle avait pas tellement de famille, et le peu qu'on se voyait, c'était vraiment rarissime, quoi.

M : Et voir quelqu'un pour parler des problèmes d'alcool, tout ça, ça vous branche pas vous ?

P : Non

M : Y'a des gens qui s'occupent de tout ça...

P : J'ai jamais été de toute façon...

M : Rien que pour en discuter, des gens qui ont connu le problème...

P : oh, pour baratiner c'est pas la peine...

M : c'est pour discuter, pas baratiner !..

P : bon, pour les médicaments, là c'est bon je pense ?

M : oui, oui ! je crois ! il n'y a pas longtemps qu'on les a renouvelés ! vous me sifflez s'il y a besoin de quelque chose.

P : ouais ! ben... je passerai un coup de téléphone !

M : ça va.

P : oui, je voulais te voir pour mon genou, pour que tu dises ce que t'en penses.

M : Oui.

P : bon, ya rien qui va mal, quoi, c'est une question de temps !

M : oui. mais Sandrine, faudrait la voir le matin. Ça, j'aimerais bien. Déjà pour voir s'il n'y a pas de problème, quoi ! Marie elle appelle tous les jours ?

P : oh, oui, au moins une ou deux fois par jour.

M : il faut toujours quelqu'un qui demande un peu comment ça va... Comme vous êtes un peu isolé, ici...

P : J'ai un patient, récemment, trois jours il est resté... Personne l'a su ! Donc c'est important... Donc ça c'est fait, l'enveloppe...

M : ça c'est moi qui la prends. (se prépare à partir).

P : je prends rendez-vous... je vais faire tout ça vendredi. Bon je te remercie d'être venu.

M : de rien.

Docteur D : patient 1.

Consultation le 31/07/2012 : D1-1.

M : (*pendant une poignée de main*) bonjour monsieur C. Comment allez vous ?

P : (*s'asseyant*) oh ça va ça va ; il y a le sucre qui est un peu augmenté là...mais je marche plus, c'est ça !

M : (*surpris*) vous ne marchez plus !

P : ben je suis toujours en voiture...

M : vous l'avez faite quand ? aujourd'hui ?

P : oui, ce matin.

M : ah ! c'est tout nouveau ! bon, c'est pas une catastrophe, 6.9 % c'est bien, vous êtes en dessous de 7. Mais avant vous étiez parfait !

P : avant j'étais à 6.6, et à un moment j'étais à plus de 7 !

M : oui, alors après, on va regarder, j'avais aussi demandé les gamma !

P : ah ! oui, là, j'en ai vingt de plus ! c'est pas beaucoup vingt de plus !

M : ah non, évidemment ! vous êtes à 400 !

P : ah bon ? moi j'ai des copains qui ont fait 1000, 1200 !

M : vous avez des copains bons vivants vous !

P : oui, mais enfin...pendant le travail... Moi j'en avais marre quand je travaillais !

M : alors à votre avis, pourquoi c'est comme ça, 436 ?

P : (*gêné*) parce que... parce que je suis bon vivant ! Je vous l'ai déjà dit !

M : oui, mais, non non, c'est bien, c'est pour tout voir...

P : oui, bon je prends l'apéro le soir, enfin le midi je bois pas, parce que je conduis

M : parce que vous conduisez.

P : oui.

M : et si vous ne conduisez pas, le dimanche ?

P : je sais pas si je buvrais un rosé ou deux à midi avec un verre de vin rouge, je sais pas ! je sais pas.

M : vous conduisez des enfants depuis quand là ?

P : oh depuis septembre.

M : septembre ?

P : oui.

M : et si on revient avant septembre ?

P : oh j'avais pas des gamma GT je crois, enfin je crois que c'est marqué...

M : oui, mais est-ce que vous trouvez que vous buviez plus d'alcool ?

P : ouais, ouais... je prenais mettons, mon whisky le samedi -dimanche, et là je le prends tous les soirs...

M : aussi, actuellement. Mais par rapport à septembre, vous trouvez que vous buvez moins.

P : oui, mais avant je marchais beaucoup ! je dépensais plus aussi. j'arrivais à faire 70 Km par semaine en marche à pieds !

M : donc je vois que votre hémoglobine glyquée est un peu moins bien, et vous vous dites que vous faites plus attention, mais parce que vous conduisez des enfants...

P : oui, ah oui, et puis bon, j'ai le permis, c'est ça ! je m'étais fait prendre une fois là, à 0.54, par litre, donc c'était pas...c'était deux bières, trois bières...

M : pour vous, c'est pas beaucoup.

P : non...

M : alors actuellement, le midi vous prenez rien du tout ?

P : non. Le midi, rien.

M : pas le samedi et le dimanche non plus ?

P : ah si, si ! je vous l'ai dit, le samedi et le dimanche, mais là je conduis pas.

M : et là vous prenez quoi ?

P : comment ?

M : (*calmement, même intonation*) et là vous prenez quoi ?

P : oh, je bois deux whisky, après en mangeant je bois du vin, le soir, c'est rare que je bois l'apéro le soir...mais je bois du vin. Je ne bois pas d'eau donc en mangeant. A midi, je bois de la Salvetat, parce que je sais que je suis sur les routes, que je peux souffler dans le ballon, et puis j'ai une responsabilité...

M : oui, c'est bien !!! et donc si vous ne buvez pas à midi, c'est parce que vous avez les enfants.

P : je conduis les enfants, et j'ai le permis ! c'est quand même deux choses !! je perds mon boulot, je perds tout !

M : d'accord. Et donc après, au point de vue santé, à votre avis, est-ce que c'est beaucoup ou pas, pour votre santé ?

P : oui, je sais que ça fait un petit peu beaucoup... un petit peu beaucoup... oui, je le sais.

M : et pour votre diabète ? on en a déjà parlé ! le diabète c'est du sucre, mais c'est pas que le sucre blanc, c'est les gâteaux, les biscuits...

P : ah les gâteaux je le sais, je lève le pied ! parce que avant j'en mangeais beaucoup.

M : et donc les gâteaux les biscuits, et l'alcool aussi !

P : ah c'est peut être avec l'alcool que j'ai beaucoup de sucre... je bois du vin, tout ça, donc j'ai beaucoup de sucre.

M : mmmh... et vous prenez combien de vin le soir ?

P : oh je bois mes trois verres.

M : trois verres.

P : ouais. Deux –trois. Trois.

M : donc en tout en une semaine vous prenez combien ?

P : (*riant*) : oh j'ai pas calculé, hein, je calcule pas !!!

M : on va dire trois verres le soir, multiplié par 7 ?

P : oui, trois fois sept, ça fait 21

M : et euh, l'apéro, le samedi –dimanche.

P : oui, samedi dimanche, parfois le soir aussi, je vais pas mentir... si il y a quelqu'un, oui. Le dimanche soir c'est vraiment rare que je boive l'apéro ; et le samedi soir s'il y a quelqu'un, et sinon, j'en bois pas. Le midi oui.

M : et combien d'apéro ?

P : oh, deux-trois, deux-trois whisky le midi. Oui, oui.

M : mmh. Et en vacances, par exemple ?

P : oh là je compte plus, là... (*riant*)

M : (*riant*) là on ne compte plus !

P :.. (*poursuivant*) là si je suis en Tunisie, si je suis au Maroc, ...

M : là ça y va !!!

P : mais c'est toujours plus le soir... parce que le midi, quand on sort, il fait du soleil, donc il faut pas non plus... oh à midi j'en bois un, deux, et puis c'est tout.

M : et c'est un besoin, pour vous ?... c'est agréable ?

P : ... ouais, moi je trouve que c'est agréable.

M : mais c'est plus quand vous êtes avec les copains, je suppose

P : oui, quand il y a quelqu'un... mais bon..

M : c'est le côté agréable.

P : oui, on discute, on boit un petit coup.. et pour revenir c'est madame qui conduit, c'est pas moi.

M : oui. Et alors, et de l'autre côté, à votre avis, est ce que du point de vue santé, c'est néfaste, tout ça, ou pas ?

P : ben, oui, j'vais pas dire, c'est sûr ! Mais même celui qui boit pas, il va mourir aussi ! Oh, peut être moins vite, mais...

M : mais alors, admettons, réduire un petit peu ça vous semble difficile ?

P : (*un peu surpris*) ben non, non, non, c'est une question de volonté ! J'ai déjà fait des trucs, pendant trois mois, j'me dis, tiens ! J'vais faire régime pour maigrir un petit peu. Mais en vieillissant, faire régime... Non, ben je pourrais m'arrêter de boire pendant deux-trois mois de la bière, ...

M : entre s'arrêter de boire totalement et faire attention...

P : (*poursuivant*) mais j'ai déjà repris des kilos alors...

M : ouais ouais. Et vous fumez ?

P : ah non, je fume pas ! j'ai pas tous les défauts quand même ! (*riant*)

M : (*riant*) pas tous les défauts.

P : non, je fume pas.

M : et vous ne marchez plus. Mais à cause de votre travail, ou à cause de votre genou ?

P : ah, le genou, parfois, j'ai mal. Ya des moments ça me lance dans la cuisse, et dans le genou... oui, mais j'arrive à marcher.

M : ça va mieux qu'au début de l'année ?

P : ouais, ouais, là je pouvais plus marcher !

M : bon à part ça tout va bien, vous vous sentez bien !

P : oui, oui.

M : et je vous embête avec mes questions.

P : (*riant*) non, non !!

M : non mais c'est pour tout voir ! la santé il y a les médicaments, il y a le diabète, il y a votre tension, mais globalement c'est pas si mal !

P : oui, moi je me sens bien !

M : on va aller la prendre, la dernière fois c'était pas si mal.

P : oui, souvent ça va la tension je fais 14.

M : donc ça c'est des chiffres. Donc les médicaments ça corrige un peu ce qui ne va pas et ça c'est bien, mais après il y a l'hygiène de vie, et c'est important pour l'avenir.

P : et il y a mon sucre aussi que j'ai pris cette semaine, ou la semaine dernière, je faisais 1.56 et 1.70.

M : après avoir mangé ?

P : non, c'est avant, le matin

M : ah là ça fait beaucoup par rapport à votre hémoglobine glyquée.

P : ah ouais ?

M : et après je vais arrêter de vous embêter, mais je trouve que votre ventre il augmente !

P : (*acquiesce*) ah, oui, oui !!

M : un petit peu. Ça ne vous inquiète pas.

P : ah mais comme je vous dis, maintenant,je suis....

M : oh mais vous avez 62 ans enfin, vous rigolez ! Vous pouvez encore être trente ans bien !

P : ah ouais, mais ...(*riant*)

M : ah non mais c'est vrai !!

P : ah, faut que je remarque, c'est ça aussi, faut que je refasse un peu de sport.

M : oui, c'est sûr que quand vous conduisiez vos journaux, là

P : ben j'faisais tout [le tour du village], et parfois en plus je faisais cette rue là et le repartais sur la grand route, jusque [la ville à côté], à pied !!

M : mmmh

P : oui, je vous dis, j'avais déjà fait 70 Km, j'avais mis mon chronomètre, et sur la semaine j'avais mis 70 bornes, à pied.

M : vous êtes passé de 70 bornes à zéro.

P : ah bah oui, là je marche très peu.

M : et votre ventre, il était aussi gonflé avant, quand vous marchiez ?

P : je saurais plus dire, je faisais 113, je crois. Mais maintenant je dois faire au moins 117, 118.

M : en général, c'est quand même pas très bon d'augmenter du ventre. c'est pas très bon pour votre santé, quoi.

P : ah, oui oui, il faudrait que je remarque. Bon, ben là, je travaille sept heures par jour, je suis dans le bureau, je suis assis.

M : donc à votre avis le manque d'exercice physique, c'est ça qui vous a fait augmenter le ventre.

P : ah oui.

M : plus que la variation d'alcool, par exemple.

P : ah oui, quand j'ai arrêté la marche, ça m'a fait quand même grossir ; je me dépense plus, même si je bois de l'alcool. Si je reste assis et que je bois.... Alors que si je bois un verre d'alcool et que je marche, ça va partir plus vite !

M : mais avec votre diabète, bon maintenant avec les médicaments ça se régularise, mais avec vos gamma et tout ça...

P : oui oui...depuis que je ne travaille plus...

M : ne croyez vous pas qu'il serait temps de...

P : c'est ce que me dit Madame. Attention au sucre, parce que dans le vin ya beaucoup de sucre. Enfin regardez si je bois du Coca c'est pareil !

M : non non ; mais enfin c'est pas mieux...

P : mais je bois beaucoup de Salvetat.

M : 436 de gamma, c'est pas rien !!

P : oui. Bon, ça fait à peu près ce que je consomme en alcool, quoi. Je sais qu'il y en a qui en ont plus. Quand je travaillais... il y en avait, ils étaient...

M : vous avez l'air d'avoir une bande de copains

P : oh, bah c'était l'usine, c'est ça. Mais tout le monde ne buvait pas ! moi je sais que avant mon boulot je ne buvais pas ! j'avais quand même un travail, ...

M : oui. Vos copains aiment bien, quand même.

P : ben, c'étaient beaucoup de machinistes ! mais moi je ne pouvais pas ! je montais, j'allais remplacer des moteurs, des pompes, c'était trop dangereux, je pouvais pas boire ! et puis les chefs n'auraient pas voulu !

M : et donc maintenant vous avez l'impression de vous payer un bon moment.

P : (*acquiesce*) oui, oui, oui ! sauf la semaine, le midi, non non

M : faites quand même attention, c'est quand même augmenté, c'est parce qu'un jour, ça va augmenter et vous n'arriverez plus à régulariser.

P : oh, je crois que j'aurais quelque chose de vraiment grave, j'arrêtais ! j'ai arrêté de fumer il y a de ça 32 ans ! je fumais deux paquets de gitanes par jour, et pourtant j'ai arrêté !

M : et vous ne croyez pas que si votre ventre augmente, c'est parce que votre foie ne va pas bien ?

P : oui, oh bah je sais pas. Moi la médecine.... Je suis mécanicien !

M : je vous le dis.

P : oui, bon ça se peut, c'est sûr. Tout fait.

M : bon. Vous êtes bien.

P : moi je suis bien. S'il m'arrive quelque chose, c'est comme quand j'ai fumé, j'ai attrapé un abcès, j'ai la femme de mon copain qui me dit Roger est au CHR, cancer de la gorge. J'ai été le voir, je suis ressorti tout de suite, quand j'ai vu tous les gens avec...

M : et vous avez arrêté ?

P : j'ai arrêté net.

M : et vous n'avez pas de copain qui a des problèmes de foie, de cirrhose ?

P : euh...non.

M : parce que si vous voyiez...

P : je vois quoi. Il faut être vraiment dans ce contexte là, comme vous, vous allez dans les hôpitaux, vous voyez comment ça se passe, le mec il a été ouvert, on se dit là c'est fini, bon ben j'arrête. Je vois pas tout ça ! Si, j'ai vu pour la gorge : là quand je suis sorti, j'ai dit j'arrête. C'était désagréable à voir, ça sentait.

M : bon. On va prendre la tension, on va écouter le cœur, si il bat !

P : ce serait mieux !

M : pas d'autre problème ?

P : oh je prends de l'Ogast, parce que j'ai des remontées...

M : et vous croyez pas que l'alcool favorise aussi un petit peu... ?

P : voyez, quand j'ai arrêté de fumer, j'ai pris 20 kilos. Et je me dis, les remontées c'est à cause de ça. Mon estomac il a été bloqué.

M : vous avez fini à quelle heure ?

P : à 5h, après j'ai été chercher mes prises de sang, je suis rentré chez moi, et je suis venu.

Le médecin poursuit l'examen clinique, la pression artérielle est plus élevée que d'habitude. L'auscultation cardiaque est normale.

M : Vous êtes plus haut que d'habitude... vous êtes à presque 16, d'habitude c'est plutôt 14/7, 14/9.

Le médecin mesure le périmètre abdominal :

P : je devais faire 114 mais maintenant je dois bien faire 118.

M : oh non non, 115. Je vais renouveler vos médicaments.

P : les TEMERIT, ce n'est pas la peine d'en mettre, j'en ai encore.

M : donc je vous mets OGAST, GAVISCON, METFORMINE...je vous mets tout pour trois mois.

P : Je vous donne ma carte

M : bah ouais ! merci....

P : toujours 23 ?

M : toujours 23, oui.

L'ordonnance est imprimée.

M : bon c'est pas si mal du point de vue résultats.

P : c'est vrai qu'on n'a plus 20 ans, moi j'en vois, des gens qui ont mon âge, c'est triste, ils savent plus marcher...

M : justement vous êtes bien ! Est-ce que vous ne pensez pas que pour continuer à être bien, il faut faire attention ?

P : il faut limiter, si, si ! ouais, c'est vrai qu'il faut limiter, mais bon...

M : on en rediscutera. C'est important l'hygiène de vie, vous êtes d'accord ou pas d'accord ?

P : ah si, si, faut quand même une hygiène de vie, mais bon on est pas, toujours comme ça.... Disons qu'on peut boire un petit coup mais dans les limites ! on n'est pas non plus à marcher de travers quoi.

M : on se reverra dans trois mois. Faut réfléchir un petit peu pour rester en bonne santé !

P : ouais ouais. J'me dis : « c'est pour ton diabète ».

M : allez.

P : bon, et les vacances, c'est quand ?...

M : bon je suis parti un petit peu... vous partez vous ?

P : je suis parti huit jours à Merlimont. On n'a pas fait grand-chose, il faisait pas beau, il pleuvait, il y avait du vent, et après il y avait du sable, on se prenait tout le vent et le sable. Et après je vais chercher des handicapés sur Calais, et après quand je les déposerai, je rejoindrai Madame, et on va faire un tour à la plage.

M : et vous partez le matin et vous revenez le soir ?

P : je vais chercher la fille, dans une institution pour handicapés, je l'amène sur Dunkerque, et après je la ramène.

M : mmh

P : et sinon je vais à Saint Pol sur Mer, je vais chercher un aveugle, je prends un deuxième aveugle sur Neuf Berquin, je fais Neuf Berquin-Loos.

M : et donc c'est que une personne ?

P : ah non, ça dépend, des fois c'est quatre ou cinq personnes. Et là, c'est des handicapés mentaux, c'est pas facile ! moi j'en ai vu ! j'ai déjà eu le tour qu'ils ouvrent des portes ! mais les aveugles sont superbes, je m'étais pris d'amitié avec le petit de Neuf Berquin. Mais l'année prochaine je l'aurai peut être plus, ça dépend du conseil régional ! Il m'appelait Papy Bernard, gentil et malin il écoutait les informations, il parlait du président de la République, du vote et tout !

M : oui, et quel âge ?

P : 9 ans il avait le petit. Avant je faisais des autistes... c'est du boulot aussi ! mais une fois qu'ils sont montés, ça va : je bloque les portes.

M : mmmh, et vous travaillez quatre heures par jour ?

P : oui, quatre heures par jour...

M : mais c'est beaucoup de personnes retraitées qui font ça ?

P : oui, moi j'ai ma retraite qui tombe donc ça fait ça en plus. Ça met du beurre dans les épinards.

M : c'est des gens qui n'ont pas eu de chance quand même !

P : ah oui, moi je me dis, j'ai eu trois enfants, ils sont en bonne santé, j'ai de la chance ! Bon Docteur je vais vous laisser ! vous me direz quoi !

M : on vous remercie bien. On reparlera de tout ça.

P : oui, pas de problème ! je ne vais pas dire que je ne bois pas... mais il y en a qui font des gamma et qui ne boivent pas.

M : ah oui ! c'est pas forcément l'alcool ! mais ça peut être le foie qui va pas bien !

P : ah qu'on boive ou qu'on boive pas, ça vient du foie !

M : oui, ou des médicaments. Mais pas les vôtres ! (*riant !*) mais on se reverra !

P : allez, Docteur, bonne soirée !

Consultation le 20/12/2012 : D1-2.

M : comment ça va ?

P : ben je bouge plus, je fais plus rien, donc il va falloir que je m'organise pour refaire de la marche à pied.

M : ah. donc vous en êtes conscient ?

P : ah bah oui, oui, oui ! Bon, je cumule tout, je cumule le sucre et tout ! C'est à 7.7% !

M : donc c'est moins bien !

P : ah oui, oui ! Et les gamma, elles augmentent un petit peu mais bon, ça suit, je me dépense plus donc...

M : donc il y a ...

P : (*interrompt le médecin*) ah j'ai rien changé,

M : donc on s'était vus, en juillet, au point de vue hygiène de vie, vous êtes pareil ?

P : pareil.

M : toujours mal, vous.

P : oh mal, je vais pas dire mal, vu que je me sens bien !

M : vous vous sentez bien.

P : c'est vrai que je me sens bien. Mais bon je cumule trop, je bois mes deux whisky au soir, je bois un verre de vin avec, la journée je vous l'avais dit, je ne bois pas, et samedi-dimanche, on boit un petit peu plus d'apéro, bien sûr on va pas aller...

M : et alors, à voir des chiffres comme ça, vos gamma ils sont quand même... dix fois la normale !

P : ouais...

M : donc le diabète qui est un peu plus élevé, ça vous gêne quand même ou bien vous vous en foutez, ou ... ?

P : ah non, non, c'est comme elle dit Madame, je suis pas conscient, je ne vois pas, je me dit tiens, ça va...

M : vous êtes bien !

P : par rapport à d'autres, là j'ai vu une dame, on lui a coupé le gros orteil, et maintenant ils ont coupé la moitié de son pied, et puis elle avait sa jambe toute marron.

M : on va pas être prêcheur de misère, mais c'est sûr que le diabète, ya un petit peu, à la longue, ça ronge un petit peu...mais ça... c'est loin

P : je vais dire comme elle dit Madame, je me rends pas compte, que j'ai un diabète.

M : mmmh

P : ouais. je n'admets pas, quand je vois des choses, ou quand j'ai vu cette dame, c'est vrai que ça donne à réfléchir !

M : bon, y a le sucre, après les gamma augmentées

P : ah oui, oui, oui !

M : mmmh

P : ah j'en disconviens pas ! j'peux pas dire le contraire, j'peux pas dire que je bois que de l'eau !

M : est-ce que vous trouvez que ça vaut le coup, est-ce que vous allez y gagner, soit pour maintenant, maintenant vous dites que vous êtes bien donc vous allez pas gagner, ou soit pour l'avenir, ...

P : je sais pas, il va falloir que je fasse attention, que j'écoute un petit peu Madame, ...

M : et accessoirement le docteur...

P : aussi, oui, oui, oui...

M : (*riant*)...

P : non mais regardez, j'ai arrêté de fumer, j'avais mon copain qui avait le cancer de la gorge, à Oscar Lambret, et moi je fumais mes deux paquets de gitane par jour, et j'étais làbas, je suis sorti de là, j'ai dit j'arrête de fumer.

M : et vous avez réussi !

P : oui.

M : bah c'est beau !

P : ouais, ouais. j'ai mis du temps, mais... j'ai arrêté net ! et même mon ex-femme, elle voulait jeter mon paquet, je lui dis non, n'en rachète pas, sinon j'en rachète un et puis je le fume.

M : mmmh.

P : et j'ai encore mon paquet, y'a de ça presque trente ans.... elles sont toutes jaunes les cigarettes.

M : donc vous voyez, vous avez réussi.

P : oui, parce que j'ai eu peur.

M : ouais, donc il faut avoir peur...

P : j'ai été voir mon copain, ça m'a fait réagir.

M : et la dame dont on a coupé l'orteil ça vous a...

P : bah si, si, si !! et là j'ai vu toutes les personnes cracher dans les haricots et tout ! Bon maintenant, j'aurais vu sa jambe comme ça, bon ben, ça m'aurait peut être touché ! Ca m'a touché !

M : bon alors et après, on va être dans le positif, l'alcool pour vous ça vous amène quoi ? ça vous fait plaisir, c'est partager un bon moment ?

P : oui, ça fait plaisir,

M : même quand vous êtes tout seul.

P : oui, Madame elle boit pas, elle boit que de l'eau, de temps en temps, elle boit un apéro. mais bon j'aime bien boire mon apéritif le soir, quand j'ai fini ma journée.

M : un petit bonheur ! et alors vous buvez deux whisky vous dites ?

P : oui, oui. euh... ce n'est pas des whisky de café ! c'est des whisky maison, donc c'est un petit peu plus, hein, je vais pas mentir,

M : et alors passer à un whisky, par exemple, ça vous semble difficile ? rester à un ?

M : oh, c'est une habitude, il faut que j'en reboive un après.ouais

M : et en raisonnant un petit peu, est ce que ce serait pas une première marche, un premier pas. est-ce que c'est possible de faire un effort ?

P : ben, samedi dimanche mettons. c'est ça, oui, une fois par semaine.

M : il faut se faire plaisir, mais...

P : oui, je m'en rends compte.

M : vous avez la volonté, vous avez arrêté de fumer, y'a pas de raison !

P : oh, j'ai déjà pris trois mois, sans boire d'alcool, parce que c'était les vacances et je voulais perdre du ventre ! j'ai perdu du ventre, mais après, bon ben...

M : je crois que vous avez regressi, oui.

P : ah oui, oui.

M : à vue d'œil !

M : mais il faudrait faire des jours sans. ça ce serait important. une journée déjà.

P : oh ça m'est déjà arrivé ! Oh bah quand j'étais pas bien, j'étais venu. Bon bah j'ai dit je suis pas bien, j'ai pas envie de boire.

M : et si vous faisiez, par exemple, je vous donne un petit truc, une journée sans alcool, ce serait possible ?

P : oh ouais, ouais.

M : vous choisissez certains jours.

P : ah oui.

M : « aujourd'hui je bois pas ».

P : oui, le lundi, admettons.

M : le lundi... oui. On récupère du dimanche !

P : oui, enfin. Moi j'ai déjà vu des gens avec des gamma, ils ont 2000...

M : ils sont forts... un groupe de copains très...

P : ah oui ! Mais eux c'est pas que du whisky !

M : après autre chose, vous ne marchez plus !

P : ça , c'est vrai, ça.

M : avant Monsieur vous portiez les journaux ! Vous faisiez des kilomètres, des dizaines de kilomètres par jour !

P : ah oui, j'arrivais jusqu'à 70 kilomètres par semaine !

M : et donc ça, à ce moment là, votre hémoglobine glycosylée, elle était bien !

P : ah oui, oui, oui.

M : donc, l'exercice, vous voyez bien que ça fait du bien aussi !

P : oui, oui.

M : vous avez arrêté quand vos journaux ?

P : à Noël, l'année passée. Il y a un an. Depuis ça a monté, ça a monté. Là, je me doute qu'il va falloir...

M : vous en êtes à 7.7.

P : oui, oui, 7.7, ça commence à ...

M : mmh.

P : et le dangereux c'est quoi ? C'est à quel niveau ?

M : il faudrait redescendre à 6, comme vous étiez avant.

P : il faut être en dessous alors. Et ça touche sur les reins alors?

M : à la longue, ça abîme toutes les petites artères, les yeux, les pieds, les reins, le cœur, ça ronge un petit peu tout. Mais justement, vous le sentez pas. C'est ça qui est embêtant, vous êtes bien.

P : oui, oui, bah c'est vrai, je suis bien !

M : on va prendre la tension ?

P : oui !

M : et juste pour vous embêter, je vais mesurer votre ventre.
P : hein ?
M : je vais vous remesurer votre ventre !
P : ah oui !
M : venez un peu !... 115 !
P : bon bah j'ai pas changé alors !
M : asseyez-vous ! Oui, si vous réduisez un peu, si vous marchez un peu plus !
Le médecin prend la tension.
M : pas de trouble digestif ?
P : euh... si, j'ai des brûlants, j'prends mes OGAST ! C'est parce que bon, j'ai arrêté de fumer, et j'arrêtais pas de manger !
M : ah oui.
P : enfin moi je pense que c'est ça.
M : et l'alcool, ça vous brûle pas.
P : oh non, non, je prends mes OGAST, et puis ça va. J'en prends un tous les jours.
M : ... vous êtes énervé là. Vous étiez à combien l'autre fois ?
P : 15 !
M : eh bien on y est encore !
P : oui, je vous avais dit, c'est parce qu'il y a la personne...
M : bon, alors, je vous avais donné vos médicaments l'autre fois, non ?
P : oui, j'en ai encore pour un mois.
M : vous faites de temps en temps les petits dosages, vous ?
P : oui, je suis arrivé dans les 2,2 et quelques !
M : mmmh.
P : avant je faisais 1,6- 1,7. Maintenant j'arrive au 2. Ah oui, c'est là que je me suis dit...
M : donc il faut prendre quelques dispositions ! À votre avis, qu'est ce qui est le plus facile à faire tout de suite ?
P : oh l'alcool, je peux m'en passer une journée ! Même plusieurs jours ! Ce serait plusieurs jours, je m'en passerais. Mais, j'arrive au soir, j'ai fini ma journée, je me mets devant la télé, je regarde les jeux, et je prends mon apéro.
M : et alors, est-ce que ça vous semble positif de faire un effort ou un changement ?
P : oui, oui, c'est possible, oui. Bon ben peut être il ferait encore beau aussi, je pourrais faire de la marche à pied. Bon j'ai fini ma journée, je suis fatigué, il fait froid. Donc c'est pour ça, je rentre chez moi, je vais pas faire de courses !
M : vous êtes décidé à essayer de faire quelque chose ?
P : oh bah oui, oui !
M : on verra d'ici un mois.
P : oui, dans un mois je vais venir prendre les médicaments.
M : on verra. Non, il faut prendre conscience que ça vous ronge un petit peu, tout ça !
P : ça fait beaucoup !
M : ça fait beaucoup. Bon. Ah votre tension, elle n'était pas non plus... après, un petit peu à la fois, tout se déglingue...
P : elle était à combien ?
M : 15/9.
P : ah, l'autre fois c'était ça aussi.
M : avant elle était pas comme ça !
P : je faisais toujours 14/7.
M : il y a un an, oui.
P : donc on fait une prise de sang ?
M : ah bah il faut trois mois pour que ça bouge, l'hémoglobine glyquée !
P : ah oui !
M : vous verrez vous dans vos petites prises de sang (en mimant une glycémie capillaire), mais... janvier, février, mars.... ah non, pas avant ! Vous avez votre papier pour une fois tous les trois mois pendant un an ?
P : oui, oui, oui ! Une fois tous les 6 mois ou bien une fois tous les 3 mois ?

M : une fois tous les 3 mois ! De temps en temps vous oubliez, vous !
P : ah oui !
M : là, vous avez laissé passer plus que 3 mois, c'était le 31 juillet !
P : oui. ah oui.
M : mmmh.
P : ben vous m'aviez dit... oh, je ne sais plus.
M : mmh. Vous avez le papier ?
P : ah oui, et puis ça m'avait tilté l'esprit ! Vous m'aviez téléphoné, je me suis dit c'est vrai j'ai une prise de sang à faire.
M : mmh. Bon. Alors. On essaye de faire un...
P : oui, oui. On revoit ça dans 3 mois la prise de sang ?
M : oui. La prise de sang on la refait dans 3 mois.
P : de toute façon je vais revenir pour les... trucs.
M : mmh.
P : pour les médicaments.
M : impec...et voilà ! (rendant la carte vitale).
P : à dans un mois, si dieu le veut ! Docteur, au revoir, bonnes fêtes de fin d'année !
M : un bon Noël ! De bonnes fêtes ! Au revoir !

Docteur D : patient 2.

Consultation le 05/09/2012 : D2-1.

M : on y va Monsieur ! Comment allez-vous ? Vous êtes parti à Wimereux ?
P : j'ai passé deux très bons mois, sauf le temps, mitigé. J'ai reçu mes deux petits fils, j'étais usé !
M : depuis 3 mois il ne s'est rien passé de grave ? Tout va bien ?
P : tout va bien.
M : pas de malaise, rien à signaler ? Vous avez pris votre tension de temps en temps ?
M : vous êtes bien organisé...
P : jamais pendant le trimestre, mais je l'ai pris ce matin deux fois, dans la foulée, ...
M : (*interrompt le patient*) deux fois avant de venir...
P : en me disant pour vous... ça donne en premier la dernière mesure : 130/70 et 160/80
M : 160/80 c'est parce que vous étiez énervé de venir !
P : mais j'y pense pas pendant le trimestre...
M : vous marchez toujours, beaucoup ? Vous, une grosse qualité c'est de marcher beaucoup
P : c'est pas une qualité c'est une action !
M : par contre les petits défauts, c'est que vous fumez toujours...
P : des défauts, non. Des particularités.
M : des particularités.
P : 12 à 16 cigarettes par jour
M : mmmh
P : et le vin, le whisky aussi !
M : le whisky.
P : avec son ergotine de seigle, pour les artères.
M : mmmh ouais ! (*souriant*) pour vous c'est un avantage !
P : non, c'est un plaisir !
M : et vous buvez combien de vin, dans la journée ?
P : oh, deux ballons de rouge en dînant et en soupant
M : ça fait quatre...
P : et aussi deux Baby...
M : le midi ?
P : non, non ! Que le soir.
M : ok.

P : sauf si je dois conduire. Mais je ne conduis plus le soir. Je ne me sens plus hyper fiable, même avec mes lunettes.

M : mais avant vous buviez plus de whisky ? il me semble ?vous avez fait un effort !

P : j'en ai supprimé...et j'ai supprimé Porto, Martini, les apéritifs je les ai supprimés également.

M : donc c'était plus avant ?et vous l'avez fait parce que vous trouvez que c'est pas très bien, qu'il faut régulariser un petit peu quand même ?

P : c'est ni bien, ni pas bien, c'est un état de fait comme ça...

M : mais pourquoi vous avez fait ça ?

P : parce que...(*réfléchit*) il y a avait des points qui montraient que ce n'était pas très bon, pour la santé...

M : pour la santé.

P : le chocolat non plus n'est pas bon !

M : il y a aucun excès qui est bon... donc et actuellement avec vos deux fois deux verres, et vos deux whiskys, vous trouvez que c'est bien ?

P : moi je trouve que c'est agréable, c'est tout. Et je ne sens rien de néfaste.

M : et vous ne sentez pas la nécessité de diminuer.

P : non.

M : d'après les statistiques, d'après les normes, vous dépassez un petit peu...

P : sur la dernière prise de sang en date, ...

M : oui, allons-y.

P : chiffres sur la table : à ma grande surprise elle était bonne !

M : (*riant*) : oui !

P : sur toutes les lignes ! et même, il y avait la ligne du bon cholestérol qui était conséquente !

M : c'était quand, cette prise de sang ?

P : donc la nuisibilité, m'apparaît, chiffres en main, ...

M : ...effectivement, je peux pas vous dire, vous étiez à 1.38 de triglycérides, vous n'aviez pas de sucre, du bon cholestérol. Vous êtes béni des dieux !... d'ailleurs, ça va faire un an, on pourrait en refaire une.

P : dans le futur sûrement, oui ! je me suis dit « qu'est-ce qui a changé ? » il y a la cuisine de ma femme, je suis sûr que ça joue. Il ya le jardin du voisin...

M : vous mangez beaucoup de légumes...

P : et, il y a les fruits de chez ma belle-mère. Chez ma belle-mère c'est une ferme, il y a des hectares d'arbres, de poiriers, pommiers... mon beau-père était maniaque de planter des arbres sans arrêt. Et elle a fait beaucoup de fruits. Elle dit ce doit être les bons fruits.

M : au point de vue viande,...

P : j'aime pas trop la viande rouge ; plutôt le poisson, le poulet.

M : et vous en mangez pas entre deux, pas de sucrerie ?

P : non, non.

M : donc on va dire qu'hormis le tabac et l'alcool, ...

P : c'est sûrement pas bon par rapport aux normes.

M : ça n'a pas altéré les prises de sang...

P : quand je suis allé de moi-même faire un doppler pour mes carotides, on a trouvé qu'elles sont bouchées à 35 %

M : c'est pas énorme à votre âge !

P : c'est pas de ma faute, moi je ne fais rien pour !

M : vous mangez des légumes et des fruits, c'est bien, vous marchez beaucoup, c'est très bien ; après l'alcool, un petit peu, ce serait bien de diminuer, mais est-ce que vous, vous trouvez que ça changerait de diminuer, un peu, éventuellement ?

P : bah, vous savez, je ne suis pas motivé à ...

M : mmh. Vous n'êtes pas motivé.

P : et quand je suis pas motivé...si je suis motivé à quelque chose, il y aura du résultat. Si je suis pas motivé c'est même pas la peine. Ma femme à force que je lui dises elle sait que c'est même pas la peine.

M : et pourquoi vous avez enlevé le whisky du midi par exemple ?

P : ben parce que là, j'étais convaincu que là, c'était trop... c'est tout.

M : de toute façon il faut garder du plaisir...après réfléchissez, est-ce que deux fois deux verres, plus deux

whisky, c'est pas un petit peu de trop. Réfléchissez, je veux pas vous culpabiliser ! On va prendre la tension. On va voir si elle est comme ce matin ?

P : non, mais c'est parce que je suis énervé.

Le médecin prend la tension.

M : vous n'avez jamais de crampe en marchant ?

P : non...

M : c'est mes questions qui vous énervent... c'est pour vous stimuler un petit peu ! votre femme elle boit pas ?

P : elle boit du vin rouge... c'est une femme qui n'a pas de capacité à tenir le comptoir... une femme qui ne pourrait pas travailler dans le bâtiment !

M : une femme sage...réfléchissez à votre hygiène de vie, et continuez à marcher, voyons le positif ! Je vous renouvelle votre traitement... les yeux, vous devez aller en consultation ?

P : ici je fais mon séjour à Wimereux, on part deux jours. Et après, je m'occuperai de mes yeux, mais je vous l'ai dit ! Mais je ne me ferai pas opérer. Je ne prends pas ce risque.

M : pour finir de vous embêter je vous prescris la prise de sang....

P : je l'ai faite il y a un an, c'est récent...c'est valable des mois, ça ?

M : oui, c'est valable des mois, on va le dire comme ça !

P : c'est sûr que c'est pas bon pour ma santé.

M : il faut continuer à vous faire plaisir, c'est important...mais faites attention à l'hygiène de vie !

P : je sais que ça fait « a little much »...un petit peu trop, mais « i don't give a damn... »..Vous avez compris ?

M : je crois avoir compris...

P : je m'en fous !

M : c'est une bonne conclusion ! (*se levant*) à la prochaine fois !

P : bonne journée à vous ! Bon courage, à la prochaine !

Consultation le 12/12/12 : D2-2.

M : merci de venir ! Vous venez nous revoir, on s'était vus pour voir comment on faisait une consultation, et on avait discuté de l'hygiène de vie. ...Vous avez un petit article à me montrer ! Une critique de la médecine ! Les génériques, tiens !

P : c'est diffusé dans un quotidien national ! Donc je vous ai prémâché le texte, j'ai surligné les éléments importants...

M : aaah ! (*riant*)

P : j'ai l'habitude de faire ça...

M : oui, oui

P : comme ça on ne lit que l'essentiel !

M : vous me le laissez, je pourrai le lire après, c'est copieux !

P : ah oui, c'est copieux, c'est bien fait ! ... La fois passée, AZARGA, ce brave petit stagiaire, vous savez qu'il ne m'a mis qu'une bouteille ? Il n'a pas mis deux mois ! Il n'a pas écouté. Malheureusement il y a beaucoup de bons jeunes, mais dedans il y en a qui n'écoutent pas.

M : c'est AZARGA collyre ?

P : euh... oui. C'est 15 mg.

M : il y a une dilution ?

P :

M : on verra après.

P : cela ne dure pas trente jours, et je devrais aller voir l'ophtalmo en janvier ou février.

M : il n'y a pas de problème. Donc je vous ai vu en fait il n'y a pas longtemps ; ça allait à peu près, du point de vue médicaments vous avez tout...

P : ben j'ai tout pour trois mois !

M : ben non, c'était pour voir du point de vue de ce qu'on avait discuté, globalement l'hygiène de vie ; est-ce que par rapport à ...

P : selon mes normes à moi...

M : selon vos normes et selon ce que le docteur a dit...ce que vous avez écouté du docteur !

P : on s'était vus en septembre...

M : est-ce qu'il y a quelque chose de changé dans votre alimentation... ? Depuis qu'on s'est vus.

P : alors : l'alimentation : très bonne, tout ce qui est les fruits tels que pêches etc, qu'on trouve en Provence, les légumes... ma femme est très à cheval là-dessus, et c'est très bien préparé. Elle est excellente cuisinière.

M : c'est bien !

P : la marche !

M : oui, ça c'est vrai !

P : on a acheté des VTT l'année passée, on en a fait l'année passée, mais cette année on n'en a pas fait. Mais la marche, quotidienne. Le midi c'est trente minutes, mais en fait c'est beaucoup plus ; sauf s'il y a ça de neige (*décrivant une importante épaisseur de neige*).

M : mmmh... c'est pas tous les jours.

P : dans ces cas là je réduis exceptionnellement à vingt minutes !

M : je comprends ! je vous vois marcher tous les jours.

P : ça c'est le positif... et une sieste d'une demi-heure, trois quarts d'heure après le repas, c'est bénéfique

M : mmmh

P : ça fait du bien...

M : vous respectez votre rythme à vous, c'est bien.

P : euh... Wimereux !

M : oui.

P : une semaine, un peu plus un peu moins, selon les fois, par mois.

M : mmmh

P : ça c'est les plus. Et : je ne travaille pas, je ne suis pas fatigué par le travail...

M : pas de stress.

P : pas de stress, il n'y pas de dossier urgent, sur lequel vient se mettre un dossier encore plus urgent, et les problèmes du dimanche, de la nuit, etc.

M : mmmh

P : donc voilà. Et ma femme, pardon !!

M : (*riant*) c'est dans les positifs ?

P : ah oui, oui ! Elle fait beaucoup pour moi, c'est une brave femme. Alors le négatif : very small, very small.

M : mmmh (*souriant*)

P : la cigarette. Mais je ne suis plus à vingt, vingt-trois comme je l'ai été.

M : oui.

P : nous sommes à douze- quinze. Quinze maxi.

M : vingt, vingt-trois c'était quand ?

P : ooh, il y a plus d'un an.

M : oui, c'est bien. Ça me fait plaisir.

P : et donc j'ai quand même un petit peu réfléchi à ça, bien qu'il y a cinquante ans que je fume ; quand j'étais à l'armée...

M : et à ce moment-là, il y a quarante ans... à l'âge de trente ans, vous fumiez combien par exemple ?

P : ...

M : à peu près ?

P : ah ça c'est quand je travaillais !

M : davantage ou ?

P : non. En dessous de vingt. Pas un paquet par jour. Je restais...

M : donc vous aviez monté ces dernières années.

P : oui.

M : et là vous êtes redescendu.

P : oui.

M : c'est bien.

P : donc j'ai pris des mesures.

M : mmh.

P : des mesurette !

M : non, bah c'est bien !

P : Le matin j'en mets dix,

M : mmh

P : et après les dix, j'en remets dix. C'est une boîte métallique. Et là on est à peu près au début de soirée, ou fin d'après midi.

M : mmh

P : Et après je ne fume pas trop. Mais enfin j'arrive jusqu'à quinze, et le mini c'est douze.

M : ok.

P : donc réduction, mais pas victoire totale.

M : mmmh

P : alors : vin, whisky !

M mmmh ? (*souriant*)

P : des ballons de vin, deux beaux ballons par repas, soit je dirais... soixante centilitres- jour, un truc comme ça.

M : mmh.

P : le whisky ! Ah ! J'ai supprimé... quand j'avais des transaminases et des gamma GT, et tout ça, là...

M : ouais ?

P : j'ai donc supprimé le porto et le martini, le midi.

M : c'est bien.

P : ce qui n'était pas tous les jours mais souvent.

M : c'est bien.

P : on trouve toujours une occasion de fêter...

M : oui, bien sûr !

P : j'avais un collègue, il me disait souvent «ce midi, pot ! ». Il faisait souvent des pots. Je lui dis « en quel honneur le pot, Tom ? ».

M : mmmh

P : et il me dit : « oh, l'honneur de rien, juste pour boire ! », « just to drink ! » Ah (*riant*). C'est comme ça !

M : mmh

P : et le soir, deux baby whisky. Nous dirons de l'ordre de 7-8 centilitres...

M : que le soir. Avant vous en preniez le midi, il me semble, non ?

P : alors, avant, quand j'étais chez moi, je prenais souvent, presque tous les jours, un petit whisky le midi.

M : mmh

P : je précise, pas quand je conduis. Quand je conduis je bannis. C'est pour le coût des points de permis, à mon âge pour ravoir mon permis je pourrais toujours aller me brosser, c'est plus qu'hyper dur. Enfin ma femme a son permis. Et ... c'est tout.

M : non, bah c'est bien.

P : c'est tout dans le négatif. Je suis content.

M : non, non, bah c'est bien si vous êtes content.

P : je fais des grasses mat', je suis très décalé en horaires...

M : non bah c'est bien, si tout le monde faisait...

P : mon horloge elle fait ça, si vous voulez (*montre une rotation de l'horloge*).

M : donc, c'est très bien, si tout le monde s'analysait comme vous ce serait du beurre, n'est-ce pas ?

P : ...

M : Donc vous réalisez bien, vous entendez bien ce qu'il faut faire, de toutes façons, du point de vue exercice c'est bien, du point de vue alimentation, légumes tout ça c'est bien. Après donc vos problèmes, vous le réalisez bien, c'est le tabac, tout ça, mais vous essayez de diminuer, c'est bien, mais si vous gagnez deux cigarettes, c'est bien...

P : ah je ne sais pas si je vais pouvoir, parce que j'aime bien c'est tout ! Si j'aime bien...

M : oui, je sais bien, mais je veux dire, vous réalisez bien. Et ensuite l'alcool, bon si... par exemple les apéritifs déjà supprimés

P : ah oui, oui

M : ce n'est pas rien !

P : le martini tout ça c'est mauvais, c'est de l'alcool recuit tout ça...

M : c'est bien. Au moins vous l'avez entendu...

P : c'est bon à boire mais...

M : je suis mille fois d'accord avec vous.

M : et donc aujourd'hui par exemple, la dose d'alcool que vous prenez, c'est quoi ?

P : ça me plaît.
M : ça vous plaît.
P : ah bah je sais pas, nul ne connaît l'avenir. Je suis content comme ça.
M : oui.
P : je suis content parce que je n'ai pas de ...
M : non, non, ...
P : de signe moins ...
M : et si par exemple, on dit, les normes actuelles, c'est trois verres de vin par jour, ça vous paraît quoi ? Peu, très peu ?
P : c'est des verres comment ?
M : des verres à vin.
P : trois par jour ?
M : oui ! Tout compris, avec le whisky et tout le reste !
P : ah oui !
M : ça vous paraîtrait ...
P : ça me paraît ... ne pas me plaire.
M : ne pas vous plaire.
P : ouais. Pas aujourd'hui.
M : pas aujourd'hui.
P : oui.
M : ça vous paraîtrait peut être pas inaccessible ?
P : inaccessible, non, mais c'est comme tout ! Dans ma vie j'ai fait des choses très difficiles, ou même très extraordinairement risquées, tout ça, sans peur, sans rien, sans sentiment particulier
M : mmmh
P : pour aujourd'hui, ça me paraît difficile. Parce que j'aime bien !
M : non mais je comprends !
P : si j'aime bien jouer aux cartes avec mes petits-fils, à une heure du matin on est encore en train de jouer, de tricher comme des malades, moi j'aime bien, si j'aimais pas jouer aux cartes ...
M : et on devait pas faire une prise de sang ?
P : si, si ! c'est en cours !
M : ah : c'est en cours !
P : la première phase est faite ! C'est dans mon tiroir.
M : ah ! C'est bien.
P : et la deuxième phase, euh... début d'année. J'appelle l'infirmière.
M : ah bon. Vous n'oubliez pas ?
P : non ! J'ai jamais oublié !
M : donc vous entendez un petit peu ce que le docteur il dit, quoi.
P : non, c'est parce que la prise de sang me fait suer, donc j'utilise un peu la lâcheté, ... ma femme elle dit : « tu traînes ! » je dis : « ben alors, c'est un péché de traîner ? cite-moi une loi qui interdit de traîner. » Et je suis en retraite.
M : mmmh. C'est bien. Je vais vous prescrire le collyre. Tenez, je vous donne cela. Voilà.
P : vous aurez une petite carte de vœux, et une petite bouteille.
P : Docteur, merci, au revoir.
M : au revoir, à bientôt !

Docteur R.

Consultation le 24/07/12 : R1-1.

M : bon alors Michel ...
P : donc ça c'est les analyses... comme d'habitude tu vas m'engueuler j'm'en fous moi !
M : alors Gwénaëlle regarde, Mr S il fait du diabète de découverte assez récente, son hémoglobine glyquée est pas top, ses GGT ...

P : (*coupant le médecin*) ouais mais c'est normal ça !

M : pourquoi ?

P : à midi j'avais bu un coup, et j'ai dû appeler, j'ai dû l'avancer ! (*riant*) j'te dis, j'ai réponse à tout ! il m'aura pas lui ! ...Ça va faire combien ? 25 ans que je bois ! On a l'habitude maintenant !

M : c'est vrai, oui.

P : donc c'est pour les médicaments...

M : ok. Bon, commentaire sur la prise de sang ?

P : comme d'habitude. ...Je sais pas ?

M : comme d'habitude...d'après toi ?

P : je fume plus... et je dois arrêter la bière ? ça c'est pas possible, s'te plaît

M : c'est pas possible ?

P : non.

M : j'ai pas dit arrêter, j'ai dit..

P : diminuer ? c'est dur.

M : t'en es à combien là ?

P : j'en sais rien, je les compte pas mi

M : mais à peu près, t'as une idée quand même ?

P : oh, 5 par jour ?

M : (*riant*) minteux !

P : c'est 3 le midi, plus une le soir, plus l'apéro.

M : trois le midi. Mais le soir tu en prends combien ? Tu vas pas me dire que tu n'en prends qu'une le soir ?

P : oh bah non !

M : (*riant*) alors...

P : oh... trois !

M : (*riant*) donc là t'es à six.

P : et puis deux verres de ricard !

M : et t'es pas un minteux là ?

P : oh j'en sais rien mi, peut être six ou sept ! il est marrant lui, j'les compte pas moi.

M : t'as jamais pensé à les compter ?

P : tu sais j'ai pas l'habitude ! ah la la

M : huit bières par jour

P : tu m'as déjà fait arrêter de fumer, c'est déjà pas mal

M : c'est vrai.

P : t'as de la chance que je fume plus, que j'ai changé de boulot... sinon t'aurais pas réussi

M : en fait si tu veux, j'essaie de te faire arrêter de boire... enfin arrêter, limiter, pour deux raisons, parce qu'on sait que c'est mauvais pour la santé

P : je l'sais !

M : et deuxièmement, c'est du sucre, et pour ton diabète c'est pas top.

P : mais de toute façon plus on boit ou plus on boit pas, j'ai déjà fait l'expérience, il se passe rien

M : mais attends

P : mais écoute François, rappelle toi j'l'ai déjà fait ! la dernière prise de sang que tu m'as fait faire, l'année passée j'ai été faire une prise de sang pour la médecine du travail, huit jours après j'ai été faire celle pour toi, c'était le même taux ! Ya quelque chose qui va pas. Alors tu sais maintenant, on m'en fait plus... t'façon, y'a rien à faire. Et c'est pas dl'a bonne bière comme y'a certains qui prennent à Champion ! C'est de la Liddle, elle est pas forte !

M : elle est à...quatre, cinq?

P : quatre et demie à peu près...à moins que tu voies Aurélien !

M : Aurélien il picole ?

P : putain ! il boit plus que mi !

M : tu rigoles ?

P : j'te jure ? et lui c'est de la sept degrés qu'il boit ! et c'est une grosse marque, ça se vent par six, pas par vingt-quatre. c'est de la bière forte.

M : et il en boit plusieurs par jour ?

P : la semaine non, mais le week end ouais

M : et ta femme elle lui dit rien ?

P : qu'est ce que tu veux qu'elle dise ? (*riant*) Et ça c'est pas à cause de moi ! C'est à cause de son beau -père. C'est de la Leffe qu'il boit.

M : de la Leffe ! et pourquoi, son beau -père ?...

P : ben, quand il habitait plus à la maison, il était chez son beau père ! Et son beau-père c'est pfff... c'est de la Leffe ! Alors tu parles il a pris le goût... et maintenant il prend de la Leffe royale !

M : elle est costaud celle là !

P : moi j'en bois pas ! Quand j'y vais, comme l'autre jour j'ai été pour... je sais plus pourquoi... pour son anniversaire ! J'oublie pas ma bière ! Parce que sinon j'ai pas de bière ! ya que d'la Leffe ! Et moi j'prends pas d'la Leffe

M : il en boit pas mal Aurélien ?

P : ah je sais pas jsuis pas là pour le voir

M : c'est vrai

P : ah non... lui il vient à la maison, il va à Liddle s'il est pas content, il en ackète !

M : d'accord. il vient avec.

P : de la Leffe, oui. Non, il boit que ça. Il boit que de la bière forte. Pour un fonctionnaire...

M : ah oui, il est..

P : il travaille à Villevorde

M : de toute façon, il y a pas de classe sociale pour les problèmes d'alcool. Non, (*commençant sa phrase*)

P : même son beau frère là, il boit, mais (*faisant le geste de finir une bouteille*)

M : tut-tut

P : ouais

M : bon moi je te tiens au courant.

P : je sais mais

M : moi mon rôle c'est te de dire voilà. T'es dans une consommation je dirais excessive, d'accord..

P : je sais. Mais y'a pas que ça !!!Attention !

M : y'a quoi alors ?

P : ah bah y'a le sucre, les petits gâteaux tout ça...les desserts et tout

M : oui oui, je sais bien !

P : comme j't'ai déjà dit la dernière fois, j'ai déjà fait mon enterrement et mon cercueil ! Ça change rin !

M (*riant*) : non mais mon but à moi c'est de t'informer pour dire attention, tu as une consommation excessive, pour l'instant y'a pas encore trop de dégâts à part el diabète.

P : il fait que ça d't'façon (*mimant une dent de scie*)

M : oui, mais il va être de plus en plus comme ça, si tu veux

P : non, il monte pas tellement. J'vérifie !

M : oui mais attends, c'est sur des années que ça se joue !

P : bien sûr ! D't'façon c'est héréditaire ! Min père il en a eu !

M : et tin père il picolait !

P : non... pas plus que mi ! Non !

M : ah oui, mais c'est trop !

P : et puis mes garçons j'en sais rien !

M : ah non mais peu importe, tes garçons font ce qu'ils veulent ! Et tu te fais jamais engueuler par Emilie ?

P : elle a rien à dire ouais ! Ça va ouais ! Samedi dernier j'étais à l'anniversaire du petit dernier, il a trois ans, et on lui dit : « Timéo va chercher quelque chose pour Papy ! ». Hop il va dans le frigo il sait quoi !

M : ah d'accord !

P : moi j'ai bu de l'eau en mangeant.

M : bref, chaque fois que tu viendras ici je t'embêterai

P : et comme à chaque fois j'aurai tout dit la réponse

M : non parce que ya le diabète qui va augmenter,

P : je fais attention quand même. Y'a des moments j'bois plus, ça dépend, je bois moins qu'avant. Y'a vingt ans, avant que je connaisse Claudine...

M : allez viens on va prendre ta tension...

(Examen clinique : le médecin ausculte, mesure la tension artérielle et recherche une hépatomégalie : l'examen n'a pas évolué par rapport aux consultations précédentes).

P : bon tu me donnes les médicaments et des compresses

M : ok... bon SPIRIVA, TAHOR, KARDEGIC, STAGID, c'est pour ton diabète, mais par contre c'est pas très bien équilibré... on va devoir augmenter un peu le traitement... Tu prends bien ton traitement tous les jours ?

P : ah oui, je le prends bien ! Mais je te vois plus avant novembre ! En septembre je reprends le boulot jusqu'à la Toussaint, après je suis en vacances.

M : bon on va commencer par ça et puis on verra bien. Un comprimé matin midi et soir. Le matin tu manges toujours pas ?

P : ah si ! Un petit pain au chocolat...

M : ah tiens ! C'est ce qu'il y a de mieux pour ton cholestérol ! Tu pourrais pas manger une tartine... normale ?

P : oh c'est un petit pain de rien du tout comme on achète à Liddle !

M : donc un comprimé que tu dois prendre avant chaque repas... tu me poses des colles ! tu me mets devant une situation compliquée ! tu te rends compte que si tu prenais moins d'alcool, si tu faisais de l'exercice physique, ton diabète...

P : tu rigoles de moi mais de l'exercice physique j'en fais ! Tous les dimanches matin, j'fais la touche ! Sauf en ce moment, c'est la trêve.

M : mais tu vas grossir !

P : j'men fous, j'commence à me faire vieux ! Eh, 58 ans bientôt !

M : tu as déjà plein de médicaments donc... et entre deux, ça t'arrive de boire de l'eau ?

P : je fais que ça de la journée !

M : bon, c'est bien

P : comme ce matin, ce midi, je bois de l'eau ! Je bois à peu près deux bouteilles d'un litre et demi par jour, ça fait trois litres ! j'bois que de la bière le soir c'est tout. Jamais entre les repas. Même pour manger je bois de l'eau.

M : le midi tu prends de la bière !

P : avant de manger ! Après je bois de l'eau !

M : bon...

P : non parce que boire de l'eau ça donne ma bouche pâteuse !

M : donc j'ai changé ton traitement pour le diabète. Ce sera un matin un soir.

P : et t'avais pas dit que j'irais voir le pneumo... le cardio ?

M : si, mais après les vacances !

P : ok, donc en novembre.

M : oui... (Présentant l'ordonnance) voilà donc ça c'est ton bulletin. Je mets quoi dessus ?

P : RAS

M : ah bah non, je vais pas mettre ça, tu sais bien !

P : de toute façon Claudine elle le voit pas !...

P : mon fils il commence à se bouger un peu là... il commence à chercher quelque chose... mais bon, il fait pas le jardin !

M : c'est bien s'il peut bouger un peu !!

P : c'est sûr !... (se levant) Bonnes vacances !

M : allez au revoir Michel.

Consultation le 20/12/12 : R1-2.

M : Bonjour ! je me suis trompé dans la feuille. Je vais la refaire à la main.

P : c'était il y a deux mois... j'ai été chercher mes médicaments... y'a un mois, à peu près. Je viens d'aller chercher mes médicaments, du fait que tu les as renouvelés. On est le 20 ?

M : le 20, oui.

P : ça devait être aux alentours du 15, 20, à peu près.

M : attends, je vais faire ça, je la refais à la main.

P : tu as besoin de mon autographe ?

M : j'ai dû la supprimer : elle était en tiers payant, et j'ai pas fait en tiers payant.

P : ah ouais ! oh je sais pas mi, j'ai pas reçu le papier !

M : ah non, ben t'as rien reçu c'est normal !... Bon, Michel, je voulais te revoir simplement, pour... on va

regarder la prise de sang, celle qu'on a vu la dernière fois...

P : oui, bah elle est bien diminuée !

M : tu vois, l'hémoglobine glyquée était à 8.50, ça montait, ça montait, ça montait, et puis, 7.10 : c'est bien !

P : ah ouais, mais j't'ai dit pourquoi !

M : oui.

P : parce que je mange plus de petit pain au chocolat, le matin.

M : ouais ! Tu te rends compte ! Tu pensais que c'est parce qu'il avait réduit la bière ? Ben non ! roulé ! (*riant*)

Alors j'ai fait un calcul, avec Claudine, hier : elle a rigolé, Claudine. Elle a dit : une bière, ça coûte combien ?

P : oh... j'en sais rien ! Un pack de 24, c'est 4.50 !

M : 4.50 ?

P : et te vas pas m'faire arrêter ça, hein ! Te m'as d'jà fait arrêter les cigarettes, alors tais-te !

M : (*riant*)... t'en prends combien par jour ?

P :... j'en sais rien !

M : à peu près...

P : six, sept !

M six, sept ?

P : oui.

M : six- sept, ça fait qu'un pack, ça fait trois jours !

P : ouais, à peu près deux jours et demi avec Claudine !

M : ...

P : à peu près hein !

M : oui.

P : attends : j'en ai acheté deux de packs et demi (parce que j'ai acheté deux packs complets plus un pack de 10), samedi, il m'en reste encore, aujourd'hui, et on est jeudi. Mais il faut qu'j'aille en chercher, parce qu'y en aura pas assez.

M : d'accord.

P : oh j'sais pas combien qu'y en reste, hein... le mercredi j'en bois peut-être moins, ça dépend des jours.

Comme demain, vendredi, j'vais en boire moins à la maison, parce que j'joue au football, parce qu'on fait Noël.

M (*riant*) : Ah tu m'fais rire !

P : oh j'fais Noël aussi avec les enfants, les sourds et muets, mais là ils peuvent le garder, c'est du chocolat !

M : ah ah !

P : j'vais être malade avec ça.

M : non, bon, c'est parce qu'en fait y'a quand même du mieux sur ta prise de sang, par contre au niveau des gamma GT ça augmente quand même un petit peu tout doucement. Donc il faut... Quand même faire attention parce que ... ça, ça veut dire que ton foie il a du mal à métaboliser l'alcool, quand même.

P : j'ai pas mal à min foie !

M : non, ça fait jamais mal le foie. Quand ça fait mal, il est trop tard !

P : ah ! Bon.

M : euh...c'est-à-dire qu'il faudra qu'on surveille ça, de toute façon on doit faire une surveillance régulière avec le diabète, maintenant, mais euh...

P : j'ai oublié !!!

M : quoi ??

P : j'avais reçu un papier de la Sécu !

M : qui disait quoi ?

P : ...

M : ah ! Si, je vois ce que t'as reçu ! Si, si, c'est un papier, il l'envoient à tout le monde, tous les patients diabétiques. Oui, en fait, tu dois répondre, pour savoir si ça t'intéresse ou pas.

P : ouais, je crois, ouais.

M : d'accord ? Et en fait, ce papier, bon, bah tu peux l'envoyer, hein, tu vas recevoir de la doc !

P : ouais, ça m'intéresse pas !

M : oui, mais en fait c'est un peu n'importe quoi parce qu'ils envoient sans trop expliquer...c'est pas... la sécu, ils font des trucs, c'est souvent un peu incohérent... c'est dommage parce que...c'est un peu comme la vaccination de la grippe, dans les centres, qu'il y a eu il y a deux-trois ans, là.

P : ouais, j'ai même pas été.

M : non, non, mais je sais, y a plein de gens qui... c'était mal fait, bah ce système, c'est un peu... c'est SOPHIA. C'est aussi pareil, c'est-à-dire qu'on va mettre ça en route, sans concertation, sans parler, et ils pensent que ça intéresse les gens, alors que les gens... les gens ça les intéresse pas, les gens refusent, donc...

P : oui, j'ai même dit tiens ! J'vais garder le papier et j'vais te le rapporter, on devait se voir ! et puis j'ai carrément oublié.

M : non, mais c'est dommage, il peut y avoir de la doc intéressante. Mais j'sais pas exactement c'qu'il y a dans les docs.

P : oh, bah si tu veux, j'peux l'envoyer, et puis...

M : oui, bah tu peux l'envoyer !!

P : La doc, j'la lirai, et t'façon le mois prochain j'viens te voir, dans ces eaux-là, pour renouveler mon contrat là... euh mon traitement...

M : oui. Bon c'est à dire qu'en fait, moi sur ta prise de sang j'ai quand même des gamma GT qui augmentaient tout doucement, et ça, ça me gênait un petit peu. Et euh ça va finir par redéstablisser le diabète si on fait pas gaffe. D'accord ?

P : (*hoche de la tête*).

M : donc moi j'avais fait un calcul... je savais pas combien coûtaient 24 bières... c'est 24 bières qui coûtent 4.50 ?

P : à Liddle !

M : c'est pas cher !

P : ah bah non !

M : c'est des bières à combien ?

P : c'est des petites, là !

M : des 25 ?

P : oui, à peu près.

M : c'est des 4 et demie ?

P : c'est de la bibine !

M : 7 et demie pour cent ?

P : oh non, c'est pas 7, c'est beaucoup moins, c'est moins fort que la Kronenbourg ! ça doit faire 1.5 j'crois !

M : 1.5 ? c'est pas beaucoup, ça !

P : j'crois pas qu'ça fait 3 ! ou 4 ? je sais pas. En tous cas, elle est pas forte.

M : t'es sûr ?

P : bah ouais ! tu bois ça comme du petit lait !

M : alors, Liddle... (*cherche sur internet un site de Liddle*).

P : bah téléphone à Claudine, elle va te le dire ! elle va m'ingueuler !

M : (*riant*)

P : (*téléphone à sa conjointe*)... oui, c'est moi, renseigne-moi : combien qu'elle fait la bière, en degré, de Liddle ?... ah tu sais pas me l'dire ! Regarde un coup !... 4.5, François ! Il est en train de faire l'calcul ! Il est même étonné que ça coûte 4.50 la bière !

Il raccroche.

P : te m'crois pas !

M : non j'te crois pas !

P : j'mens jamais, mi !

M : hein, tu mens jamais. Maintenant tu sais dire !

P : plus le Ricard le soir !

M : tu prends un Ricard le soir ?

P : deux Ricard !

M : il ment de moins en moins, je trouve (*riant*) !

P : le dimanche c'est un peu plus !

M : (*riant*) eh ben, euh, 4.50 divisé par 24 égalent à 18, ou 19. Donc 0,19. Bon, ça va, c'est pas trop cher, la bière.

P : bah non !!

M : d'accord ?

P : oui. C'est même pas le prix d'une cigarette.

M : bon. (*riant*) maintenant, mettons que tu boives trois bières en moins par jour.

P : et alors ?

M : donc ça fait 60 centimes. Attends, je calcule... maintenant, ça n'aura aucun impact, je le sais. (*patient impassible, attentif*). 0.60 multiplié par 30 jours multiplié par 12 : 216 euros. Pas mal, quand même !

P : bah ouais.

M : trois bières en moins par jour, ça fait 216 euros, en fin d'année. c'est pas mal !!

P : y'a eu Noël !

M : (*riant*) non, bon ce que je voulais dire simplement par rapport à ta prise de sang, c'est qu'on y fasse gaffe quand même parce que, euh, le foie, il commence à donner des signes de fatigue. Donc je t'interdis pas de picoler, de prendre de l'alcool, moi j'en prends de temps en temps...

P : (*interrompant le médecin*) c'est pas la peine de me l'dire, je l'sais !

M : bon, tu l'sais !

P : ben ouais, j't'ai vu ! Avec ta femme à Champion !

M : avec mes bières !

P : ah ouais, avec tes bières !

M : (*riant*) oui, c'est vrai !

P : j'ai pas vu ta carte bleue, mais elle devait être grosse !

M : c'est vrai, je m'souviens de ce jour-là, on recevait du monde, en plus c'est vrai qu'on avait pas mal de bières !

P : ah j't'ai eu !!

M : et c'était pas de la 4.50, c'était de la 7 ou de la 8 !

P : après, tu dis que hein !!

M : toujours est-il que... malgré tout ça, je pense que t'es en surconsommation d'alcool, qui peut mettre en danger ton foie. Donc faudra quand même qu'on surveille ça de très près, parce que faudra peut être se résoudre à diminuer la consommation pour garder un foie qui fonctionne. D'accord ? Donc ça, il faut se le mettre dans la tête, que dans quelques mois, deux-trois mois on surveillera, et en même temps le diabète, et en même temps le foie, et que si on voit que les gamma GT ré augmentent encore un peu, il faudra vraiment se résoudre à diminuer les consommations, ça c'est clair.

P : ouais (*en hochant la tête*).

M : ...parce que, il vaut mieux intervenir, euh...

P : maintenant...

M : maintenant, que de se dire, Mr S, euh, vous devez tout arrêter, zéro alcool, le foie est en danger. Eh bah non ! si tu veux, y'a des gens...

P : c'est pas simple !

M : je sais que c'est pas simple ! Mais il y a des gens à qui on est obligé de dire ça. Donc il vaut mieux peut être réduire les risques, c'est-à-dire profiter de la vie, mais en sachant que dans la journée j'ai droit à ça, à moi de m'arranger pour dire, je répartis les doses dans la journée pour

P : attends, à côté de certaines personnes, ce que j'bois c'est rien du tout ! Y'en a qui en boivent 24 par jour !

M : oui, mais ceux qui en boivent 24, en général, au bout d'un certain âge, tu les vois avec un bide comme ça (*montre une obésité abdominale*)

P : pas tellement, j'connais un gars qui buvait, qui avait mon âge, il arrivait le matin au travail avec son pack de bière, et il buvait son pack de 24,...

M : oui, c'est possible, il y a des gens plus ou moins résistants à l'alcool, mais en général, les gens qui boivent des packs de 24 par jour, ils font pas de vieux os.

P : ah ben non, j'm'in doute !

M : bon. Donc...là on n'en est pas là, mais on est quand même comme si tu mettais ta voiture... tu tournais dans le rouge, quoi.

P : oui.

M : et il faut que tu te méfies quand même, quoi.

P : oui.

M : donc, pour l'instant, fais ce que tu penses, il n'y a pas d'urgence à...

P : non, non.

M : il n'y a pas d'urgence à intervenir, mais par contre on va surveiller, et en fonction de ça, il faudra qu'on en parle.

P : ouais.

M : d'accord ?

P : oui, oui.

M : parce que, tu vieillis, parce que le corps métabolise de moins en moins vite l'alcool, tu tiens de moins en moins bien l'alcool. Quand on est jeune, on peut faire des excès, le corps arrive à peu près à métaboliser, à gérer l'excès ; maintenant, c'est plus difficile. Bon, et puis il y a un autre truc, imagine que tu te fais arrêter, t'es à un contrôle...

P : non, mais, quand je travaille, ici, j'en bois pas. J'en bois que, allez, trois au midi, et encore, je reprends le volant, il n'est qu'une heure, je repars de la maison il est quatre heures, j'en bois pas après, j'en bois que le soir quand je reviens à la maison !

M : ah, oui, oui.

P : c'est tout !

M : ah, non, non, mais avec tes gamma GT, si jamais t'as une prise de sang pour le permis,

P : oh bah y'en a plus un qui peut aller travailler ! Hein, réfléchis un peu !

M : euh, oui, eux, ils s'en foutent !

P : y'a aucun chauffeur !

M : non, mais les commissions du permis,

P : tu fais une prise de sang à tous mes collègues, la boîte elle trouvera plus de chauffeur !

M : non, mais ce qu'il faut savoir, c'est qu'il faut quand même faire attention ! Moi ce qui m'embête le plus, c'est la montée tout doucement des gamma GT .Là t'es à 115, la dernière fois t'étais à 117 ou 118...

P : oh, j'ai du faire un excès !

M : non, mais... (*riant*)

P : non, mais parce qu'à 115, y'a un truc qui doit pas fonctionner !

M : pas forcément !

P : oh ça semble bizarre, ça ! J'm'en rappelle plus, tu sais

M : t'es déjà monté plus !

P : tu sais qu'elles font ça mes gamma ! (*mimant une dent de scie*)

M : bon, voilà.

P : te regarde mon épaule, ou pas ?

M : oui, oui !

Le médecin retrouve une tendinite de la coiffe des rotateurs (manœuvre de Neer et de Yocum positives.

M : et ton foie ? il est un petit peu gonflé, deux travers de doigt. T'es en surrégime, un petit peu !

P : mais sinon, boire la bière au football, ça revient cher, c'est pas le même prix que au supermarché ! Ça m'arrive de temps en temps d'en boire une avec les collègues, mais sinon, ça m'arrive de moins en moins, au football ! (*parlant de sa tendinite*) et puis ça fait un bout de temps que j'ai ça ! Trois semaines, un mois ! Des fois j'arrive même pas à dormir !

M : t'à qu'à faire le même message que je viens de te faire à ...

P : à mémère ?

M : oui, à mémère ! Elle en prend beaucoup ?

P : oui ! (*riant*) deux, trois, pas plus, et puis elle a son apéro !

M : voilà Michel, au revoir !

P : au revoir !

AUTEUR : RAUX Gwénaëlle

Titre de la Thèse : La communication du médecin généraliste face au patient alcoolique en phase de déni.

Thèse - Médecine - Lille 2013.

Cadre de classement : DES de Médecine Générale.

Mots-clés : Relation médecin-patient, communication du médecin, alcoolisme et stades motivationnels, thérapies systémiques brèves, approche centrée sur le patient, entretien motivationnel.

Résumé :

Contexte : Une communication médecin-patient de qualité est essentielle pour garantir la satisfaction et l'observance du patient. Cependant les problèmes rencontrés dans ce domaine sont nombreux. Face à un patient alcoolique, le médecin généraliste doit adapter sa communication au stade motivationnel du patient.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative d'observation directe non participante de consultations de médecine générale durant lesquelles le médecin recevait un patient alcoolique au stade de déni. Les propos tenus en consultation ont été enregistrés sur format audio et retranscrits intégralement, puis analysés à l'aide du logiciel N Vivo selon les méthodes de recherche qualitative.

Résultats : Le médecin centre l'entretien sur le point de vue du patient ou sur la pathologie alcoolique, obtenant ainsi des informations complémentaires. Face au déni exprimé par le patient, le médecin peut tenter d'imposer son point de vue et corriger le choix du patient. Il peut aussi suivre le patient malgré sa résistance, et explorer son point de vue. Le médecin peut encourager le changement du patient en repérant le discours-changement et en le complétant par d'autres arguments, en utilisant l'écoute active, ou en valorisant le patient.

Discussion : La manière de communiquer est propre à chaque médecin, elle dépend des interactions qui ont lieu avec le patient au cours de la rencontre. Certains points semblent aider le patient à changer : explorer le point de vue patient, le valoriser, suivre et refléter ses propos. Il semble important de dédier la consultation au sujet de la consommation alcoolique, et de responsabiliser le patient en le laissant fixer ses propres objectifs. Les thérapies motivationnelles dont l'entretien motivationnel, ainsi que la thérapie systémique brève sont un support théorique adapté à la pratique de médecine générale, sous réserve d'une formation préalable. Cette enquête comporte les limites d'une méthode qualitative

Composition du Jury :

Président : Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs :

Professeur Olivier COTTENCIN

Professeur Pierre THOMAS

Docteur Anne-Claude LAVERSIN

████████████████████

██

████████████████