

**UNIVERSITE DE LORRAINE
DE NANCY**

FACULTE DE MEDECINE

Mémoire de DES de MEDECINE GENERALE

Présenté et soutenu dans le cadre du Troisième Cycle des Etudes Médicales

Par

Maria GRYLLAKI

Interne en Médecine Générale

Quand le médecin et le patient ne sont pas sur la même longueur d'onde

Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA)

Sous la direction du Docteur RIFF Maria

Octobre 2017

Table des matières

Récit	3
Problématiques	5
1. Relationnel et éthique :	5
2. Biomédical :	5
3. Psychosocial :	5
A / Quels outils de communication et quelle attitude adopter afin de fonder des bases de qualité dans la relation médecin-patient en tant que médecin généraliste?	6
1. Les techniques de communication.....	6
Communication non verbale :	7
Communication verbale	8
2. La relation médecin-patient.....	9
B / Quel comportement adopter face à un comportement agressif en consultation?.....	11
1. Identifier et analyser un comportement agressif.....	11
2. Stratégies pour faire face à un comportement agressif.....	12
a) Communiquer.....	12
b) Se déculpabiliser.....	13
c) Etre entouré	14
d) Rompre et se protéger.....	14
C / Face à un patient présentant une pathologie chronique une éducation thérapeutique est nécessaire. Comment mettre en pratique ces grandes notions acquises en théorie chez mon patient ? Comment cheminer ensemble vers les mêmes objectifs avec les mêmes priorités ?	14
1. Education thérapeutique d'un patient diabétique	14
2. Hiérarchisation des priorités lors d'une consultation	17
D / Quel accompagnement face à un patient en souffrance au travail ? Quelles sont mes limites en tant que médecin généraliste ? Quels partenaires pour ne pas rester seul face à cette prise en charge ?	20
1. Quel accompagnement face à un patient en souffrance au travail ?	20
a) La souffrance au travail.....	20
b) Le syndrome d'épuisement professionnel	20
2. Quels partenaires pour ne pas rester seul face à cette prise en charge ?.....	22
3. Quelles sont mes limites en tant que médecin généraliste.....	23
a) Limites par rapport à la durée de l'arrêt de travail	23
b) Limites par rapport à la prescription d'un temps partiel thérapeutique.....	23
c) Limites par rapport à la reconnaissance d'une maladie professionnelle	23
Discussion	24
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	30

Récit

Il s'agit d'une consultation effectuée le 14/11/2015 en autonomie assistée lors des tous premiers jours de mon stage chez le praticien au cours de ma deuxième année d'internat.

Nous venions, mon maître de stage et moi, de reprendre les consultations de l'après-midi après nos visites à domicile. Habituellement, avant chaque consultation mon maître de stage me présentait les patients en quelques mots afin que je puisse plus facilement débiter l'entretien et me précisait s'il le connaissait le motif de la consultation.

Cet après-midi-là, il m'annonce que nous attendons Mr D., un patient diabétique peu observant, qu'il suit épisodiquement depuis deux ans. Le motif de la consultation n'est pas connu puisque c'est sa compagne qui a pris le rendez-vous sans en expliquer la raison.

Je vais donc chercher le patient en salle d'attente où il se trouve avec sa compagne. En se levant, il demande à cette dernière de nous suivre afin qu'elle assiste à la consultation. Nous rentrons donc dans le cabinet où mon maître de stage nous attendait. J'invite le couple à s'asseoir et me présente en m'installant face à eux pour commencer l'entretien. Mon maître de stage est assis à mes côtés, un peu en retrait, pour me laisser mener la consultation.

Je m'adresse au patient et lui demande le motif de sa venue. Le patient, âgé de 57 ans, me répond qu'il vient pour le suivi de son diabète et il dépose sur le bureau ses derniers résultats biologiques.

Depuis que j'ai été cherché le patient en salle d'attente, j'ai l'impression qu'il est mal à l'aise... Son regard est constamment baissé même lorsqu'il me parle, il ne me regarde pas directement dans les yeux et rougit très facilement. D'ailleurs en s'installant, il n'a pas choisi le siège qui était face à moi, laissant sa compagne prendre la parole. Sa gestuelle traduisait également une anxiété ou un certain mal-être. Ainsi, il bougeait constamment sur sa chaise ne semblant pas trouver de position confortable. Depuis le début de mon stage chez le praticien je n'avais pas dû gérer de situations similaires, j'ai commencé à me sentir mal à l'aise et j'avais l'impression que j'embêtais le patient plus qu'autre chose.

En consultant son dossier médical informatisé, j'ai pris connaissance des antécédents du patient qui étaient une hypertension artérielle (HTA), un diabète de type II, un syndrome anxiodépressif, un alcoolisme chronique (environ 3 bières par jour). Il n'y avait pas d'antécédent familial notable. Son traitement comportait ENALAPRIL 20 mg : un comprimé le matin, KARDEGIC 160 mg : un sachet par jour, VELMETIA 50 mg/1000 mg (Sitagliptine 50 mg/Metformine 1000 mg) : un comprimé matin et soir, PAROXETINE 20 mg : deux comprimés le matin, ZOLPIDEM : un comprimé le soir. J'essayais d'être le plus rapide possible ayant peur que Mr D. ne s'impatiente.

Comme mon maître de stage me l'avait annoncé, le suivi médical était irrégulier. Je retrouve en effet une consultation en 2013 dont le motif était un trouble anxiodépressif et une consultation en 2014 pour son suivi et le renouvellement de son traitement habituel. Sa dernière hémoglobine glyquée (HbA1c) datait d'octobre 2014, le taux était alors à 7.4%. Il n'y avait pas de trace d'un suivi diabétique complet (suivi cardiologique, ophtalmologique etc.). Selon le patient, il aurait bénéficié d'une consultation cardiologique il y a deux ans mais aucun compte rendu n'était disponible.

La prise de sang qu'il m'apportait ce jour datait du 19/10/2015, soit il y a environ 5 semaines et c'était une prise de sang complète. L'HbA1c était à 8.2%. Le bilan lipidique révélait un LDL à 1.1 g/L, un HDL à 0.46 g/L et des triglycérides à 2.3 g/L. Les ASAT étaient à 45 UI/L et les ALAT à 111 UI/L. Le reste du bilan biologique était normal.

Avant de passer à l'examen clinique, j'ai commencé à expliquer au patient que les résultats nous montraient un déséquilibre diabétique. Immédiatement sa compagne acquiesça pour confirmer mes propos. Alors que je questionnais le patient sur son régime alimentaire et son observance au traitement, il réagit finalement en disant « Ouais, j'ai consommé un peu plus d'alcool ces derniers jours ... voilà », avec un ton plus « tendu » comme s'il était gêné par les questions et comme s'il se forçait à répondre.

Ne voulant pas que le patient se sente « interrogé » ou « jugé » par cet entretien, ma première réflexion a été de lui expliquer le principe et le but du suivi d'une pathologie chronique afin qu'il comprenne que j'étais là pour l'aider sans le juger ni le contraindre à un suivi que lui-même ne souhaitait pas.

Mr D. m'a alors soudainement coupé la parole au moment où j'étais en train de lui expliquer que le but du suivi d'une maladie chronique était également la prévention de ses complications éventuelles. D'un ton assez énervé, il m'a dit qu'il n'était pas intéressé par ce que je lui racontais. Déconcertée par cette remarque et me sentant perdre mes moyens, je tentai malgré tout de poursuivre mes explications et c'est alors qu'il se mit à répéter la phrase « je m'en fous ! » de façon de plus en plus intense en faisant de grands gestes et en me regardant pour la première fois lors de l'entretien dans les yeux, de façon furieuse.

Sa compagne pris alors rapidement la parole afin de baisser la tension et me dit « en ce moment, il n'est pas très bien à cause de son travail... ». Mon maître de stage qui était assis à côté de moi a repris l'entretien jusqu'à la fin de la consultation. Le patient s'est alors progressivement calmé. Au fur et à mesure, Mr D. a commencé à nous raconter dans un monologue qu'il supportait de moins en moins le « comportement » et le « jugement permanent » de son supérieur au travail. Il parlait de façon générale sans donner d'exemples précis et termina en disant : « s'il continue comme ça, je m'en fous, je prends mon fusil et je le tue ... je n'en ai rien à foutre ».

Suite à ces propos très violents, mon maître de stage tenta de raisonner et de faire relativiser le patient. Il lui proposa un arrêt de travail pendant deux semaines ce que le patient accepta immédiatement. Un rendez-vous de suivi avant la reprise du travail a également été prévu. A la fin de la consultation, le patient était calme et il est parti en nous remerciant. Au final, à l'issue de cette consultation, nous ne nous étions ni occupés de son diabète ni de sa majoration d'alcool que le patient semblait minimiser.

Cette consultation m'a beaucoup perturbée. En reparlant de cet entretien avec mon maître de stage, je lui ai exposé mes difficultés et notamment mon sentiment d'échec ressenti à l'issue de la consultation. Gérer l'agressivité qu'il peut y avoir dans la relation médecin-patient m'est apparu compliqué. J'ai également présenté des difficultés à appréhender le fait qu'en médecine générale le motif initial de consultation n'est pas forcément le motif principal motivant la venue du patient. Ainsi, il semble que chez Mr D. le renouvellement de son traitement n'était qu'un prétexte pour venir nous parler d'un mal-être plus profond, ce qui pourrait expliquer le fait qu'il n'était pas réceptif à mes explications sur son diabète. J'ai

compris, par la suite, l'importance de savoir hiérarchiser les différents motifs de consultation en fonction du contexte.

Problématiques

Dans cette situation, j'ai rencontré plusieurs problèmes.

1. Relationnel et éthique :

Une des difficultés qui s'est présentée à moi a été que dès le début de la consultation je n'ai pas réussi à instaurer une relation de confiance avec le patient. Ces difficultés de communication ont favorisé l'apparition d'un comportement agressif de la part de ce dernier. Quelles techniques de communication aurais-je pu mettre en place afin que l'entretien se déroule de manière apaisée et constructive ? Face à un comportement agressif, comment réagir et communiquer avec le patient ?

2. Biomédical :

Il s'agissait d'un patient présentant une pathologie chronique, un diabète, suivi de façon irrégulière. Ce patient présentait, par ailleurs, d'autres comorbidités et notamment une addiction à l'alcool pour laquelle aucune prise en charge n'avait été mise en place. Face à cette situation, comment reprendre un suivi en y associant la mise en place d'une éducation thérapeutique adaptée ? Comment hiérarchiser les priorités de ce patient ?

3. Psychosocial :

Le patient rencontrait des difficultés importantes au travail. Ces difficultés, apparemment anciennes, semblaient être liées à des problèmes relationnels avec son supérieur hiérarchique. Lors de la consultation, ces problèmes généraient une souffrance très importante. Comment puis-je accompagner ce patient ? Quelles sont mes limites en tant que médecin généraliste ? Quels partenaires pour ne pas rester seul face à cette prise en charge ?

A / Quels outils de communication et quelle attitude adopter afin de fonder des bases de qualité dans la relation médecin-patient en tant que médecin généraliste?

1. Les techniques de communication

Savoir utiliser de bonnes techniques de communication est essentiel et nécessaire pour un médecin (1). En effet, une bonne communication est indispensable pour construire une relation médecin-patient de qualité et ainsi permettre une prise en charge thérapeutique optimale (2). De plus, une communication efficace améliore l'adhérence du patient et augmente la satisfaction de ce dernier par rapport aux soins qu'il reçoit (3). De même, elle améliore le bien-être des médecins (4). Enfin, des études ont montré qu'une approche médicale centrée sur le patient diminuait le recours aux soins et par conséquent les dépenses annuelles liées aux soins, sans rallonger la durée de la consultation (4,5).

Les réflexions relatives à la communication médecin-patient ne sont pas récentes, elles remontent aux origines de la Médecine. Hippocrate théorisait déjà que la bienveillance du médecin vis-à-vis de son patient était une aide dans le processus de soin (6).

Pourtant, il n'est pas toujours évident de communiquer de manière efficace. C'est pour cette raison que certains pays ont édité des recommandations sur les techniques de communications. En Australie, les autorités de santé relèvent neuf composantes considérées comme indispensables pour une communication efficace. Celles-ci sont: écouter le patient, respecter ses perspectives, explorer ses préférences thérapeutiques, discuter ses choix thérapeutiques, permettre au patient de poser des questions, s'assurer qu'il a bien compris toutes les informations expliquées et enfin s'adapter aux spécificités linguistiques, culturelles et communicatives des patients (4).

En mai 1999, le rapport d'une conférence sur la communication médecin-patient (Kalamazoo Consensus Statement) mettait en évidence sept éléments fondamentaux pour optimiser cette communication : construire une relation médecin-patient de qualité, initier l'entretien, recueillir des informations, comprendre les objectifs du patient , partager des informations , parvenir à un accord mutuel , savoir clore l'entretien (7).

Toutes les recommandations actuelles soulignent le rôle crucial de la communication verbale et non verbale pour une compréhension réciproque optimale (4).

Communication non verbale :

La communication non verbale concerne la communication sans contenu linguistique (8). Il semble que seulement 30 % du message passe par son contenu (les mots), le reste est transmis de manière non verbale (9).

Une étude polonaise a mis en évidence les indices non verbaux les plus fréquemment retrouvés par les patients lors d'une consultation en médecine générale (8). Le ton de la voix a été celui qui a attiré le plus l'attention des patients. Les patients ont déclaré que « *Le Docteur m'a parlé très gentiment* » ou « *Le Docteur a crié et cela a été désagréable* ».

Le contact visuel a donné au patient l'impression qu'il avait été entendu et compris et que l'attention du médecin n'avait été pas monopolisée par son ordinateur : « *Nous pouvons voir que le docteur écoute. Il écoute et il te regarde dans les yeux* ».

L'expression faciale, surtout le sourire faisait penser au patient qu'il avait été entendu attentivement: « *Nous pouvons tout de suite voir que le docteur est touché par ce que je lui raconte. Nous pouvons le voir sur son visage. C'est là que l'on se dit que la moindre chose semble lui parler* ».

Les caractéristiques du cabinet médical dont la présence de photos familiales, les couleurs et la décoration ont été appréciées.

Le comportement tactile et les gestes du médecin ont été également remarqués, par exemple : « *le médecin me salue... nous serre la main* ». La distance interpersonnelle a influencé le ressenti positif ou négatif du patient.

Enfin la tenue du médecin, les gestes et les postures ont joué également un rôle. Concernant la tenue, a priori la blouse blanche a été considérée comme mettant une distance avec le patient. L'attitude du médecin a également été interprétée : « *Le docteur n'est pas austère. Il semble décontracté, non stressé par la visite du patient, nous pouvons nous asseoir et parler... Dans ce contexte le dialogue est plus personnel* »(8).

Selon une autre étude les comportements non verbaux les mieux appréciés sont les suivants : regard mutuel discret, hochement de la tête pour encourager le patient, positionnement du corps vers l'avant, une orientation corporelle directe, jambes et bras décroisés et symétrie des deux bras. Au contraire, les comportements défavorables concernent le regard mutuel insistant, l'orientation corporelle indirecte (rotation du corps de 45 à 90 degrés par rapport au patient), les bras croisés, l'occupation du médecin sur une autre tâche ainsi qu'un comportement tactile trop fréquent (10).

Communication verbale

La communication verbale concerne surtout le début de la consultation, le recueil des informations, le développement de la relation médecin-patient ainsi que la prise des décisions sur la conduite à tenir à la fin de l'entretien.

Une revue de littérature, retrouve vingt-deux comportements associés à des résultats positifs dans les soins. Tout d'abord, il est apprécié quand le médecin fait preuve d'empathie lors de l'entretien. Cette empathie peut s'exprimer, tout d'abord, en montrant que nous avons jugé correctement la situation du patient « *Je constate que vous êtes...* » et ensuite que nous avons compris ses sentiments « *je comprends pourquoi vous vous sentez ...* ».

Par la suite, il faut montrer au patient qu'il peut compter sur nous, puisque nous sommes son partenaire dans cette épreuve : « *Vous pouvez compter sur moi...* », « *Nous allons affronter ce problème ensemble...* », tout en montrant que nous respectons les efforts de ce dernier vis-à-vis de la situation « *vous vous débrouillez très bien* » (11). Un autre élément apprécié est l'encouragement du patient à s'exprimer en posant des questions ouvertes. Cette méthode peut nous aider à approfondir le recueil des informations. Par exemple : « *Avez-vous des questions ? Y a-t-il des choses que vous souhaitez me dire ?* » (11).

Un autre comportement favorable pour les soins est de laisser la discussion être guidée par le point de vue du patient lors de la dernière partie de la consultation, lors des explications sur les choix thérapeutiques (10). La discussion autour du contexte psychosocial du patient sur les problèmes de sa vie quotidienne, ses relations sociales, ses ressentis, ses émotions influence de façon positive la communication. Il est important d'interroger le patient sur ces sujets, par exemple : « *Comment se passe vos activités quotidiennes ? Comment ça se passe avec vos proches ? Parlez-moi de vos relations avec votre entourage...* » (11).

Un autre facteur important lors de l'entretien est de consacrer du temps à l'éducation thérapeutique du patient, avoir une attitude amicale, polie, de discuter avec le patient sur les effets indésirables de leurs traitements, être réceptif aux questions et aux déclarations du patient (10). L'écoute active est une autre compétence pour la qualité de la communication médecin malade, indispensable dans le cadre d'une consultation de médecine générale où le temps est souvent limité (12).

Certains comportements, au contraire, peuvent être mal vécus par le patient. Ces comportements sont les suivants : accepter de façon passive les faits, avoir un comportement formel, rejeter et ne pas prendre en compte les désirs du patient, focaliser l'entretien sur des sujets strictement médicaux, avoir un comportement antagoniste ou directif, dénier les expériences du patient sur sa maladie, exprimer des avis pendant l'examen clinique, être angoissé ou nerveux pendant l'entretien (10). Il est également important de ne pas interrompre le patient et d'être capable de respecter des temps de silence (11).

2. La relation médecin-patient

La relation médecin-patient a évolué dans le temps (13). En effet, elle est en perpétuelle évolution en raison de l'évolution de la Médecine et de la société (14). A l'époque d'Hippocrate, le patient confiait sa vie à son médecin qui prenait seul les décisions dans l'intérêt du patient. Au milieu du XIXe - début XXe siècle, l'évolution de la technologie et la naissance du « médecin scientifique » a renforcé ce pouvoir. Depuis, ce modèle « paternaliste » a été critiqué et défié pour donner sa place à un nouveau modèle où le patient est plus actif, plus autonome. Il s'agit d'une approche centrée sur le patient. Le patient est devenu un partenaire actif dans la relation de soins et on parle désormais d'un contrat de soins. Ce modèle d' « autonomie » est celui qui domine la pratique clinique actuelle (15).

C'est une relation qui se forme dès la première rencontre entre le médecin et le patient. A ce moment-là, le patient crée déjà ses premières impressions en fonction des différentes interactions et en fonction de la qualité de la communications verbale et non verbale du médecin (16). Bien qu'essentielle, la communication n'est pas la seule à influencer cette relation. De nombreux facteurs non spécifiques et psychosociaux définissent les attentes qu'à un patient vis-à-vis de son médecin.

L'empathie est également cruciale dans l'instauration d'une relation thérapeutique (17). Pourtant, il n'existe pas de définition unique de ce terme. Dans les articles, nous rencontrons des définitions se rapportant à des éléments cognitifs, émotionnels, comportementaux ou des éléments étant associés à une façon de « penser », de « sentir » et d'« agir ». La façon de « penser » et les éléments relatifs à la « cognition » sont les composants les plus rencontrés dans la définition de l'empathie (18).

L'empathie, dans la relation thérapeutique, est surtout évaluée à travers les perspectives suivantes (19):

- 1) Comprendre la situation du patient, ses perspectives et ses sentiments.
- 2) Reformuler les propos du patient afin de s'assurer de les avoir compris.
- 3) Tenir compte des attentes du patient, dans l'intérêt de ce dernier, dans les décisions thérapeutiques.

Même s'il existe plusieurs définitions du terme « empathie », les études concluent à plusieurs effets positifs sur les patients (20). Tout d'abord, les patients expriment plus leurs symptômes et leurs inquiétudes. Leur participation est plus active et le diagnostic final est plus spécifique. Il y a une compliance, une satisfaction et une adhérence thérapeutique plus importantes. De plus, le comportement empathique est associé à une diminution de la prévalence de la dépression et à une amélioration de la qualité de vie des patients.

Il existe plusieurs défis dans la relation médecin-patient. Tout d'abord, le médecin doit respecter plusieurs principes : une exigence de neutralité affective, morale, politique, religieuse et d'altruisme et il doit s'adapter à son patient. Selon le modèle psychanalytique, il existe un contre-transfert du médecin vis-à-vis de son patient. Ce contre-transfert concerne les réactions affectives conscientes et inconscientes que le médecin éprouve vis-à-vis de son patient, il

dépend de la personnalité et de l'histoire du médecin et influence la qualité de la relation médecin-patient (14).

Ce contre transfert peut avoir plusieurs aspects (21). Il peut être positif, ce qui est optimal et favorise un comportement coopératif, empathique de la part du médecin. Par contre, nous pouvons rencontrer des aspects qui mettent à mal la relation médecin patient. L'un de ces contre-transferts est dit « *hyperprotecteur* » où le médecin a peur que le patient ne soit pas capable de faire ses propres choix. Il peut donc avoir tendance à limiter l'indépendance du patient quant à la prise de décisions. A l'inverse il existe un contre-transfert « *agressif* » : le médecin a tendance à minimiser les besoins du patient. Ce dernier risque alors d'accorder moins du temps et de devenir impoli. Il se déclenche quand l'attitude du patient provoque la colère du médecin. Par exemple : « *Il s'agit d'une personne qui ne fait aucun effort, ou une personne qui ne cherche qu'à profiter du système de soins...* ».

Il est possible que ce contre-transfert soit influencé par les craintes que le médecin peut subir vis à vis du patient. Par exemple : « *Il peut me faire du mal, se moquer de moi, me traiter d'incompétent* ». Le médecin risque de ne pas avoir un rôle actif dans l'entretien. Il a peur de s'exprimer, de dire ce qu'il en pense et par conséquent il ne discute pas d'alternatives thérapeutiques avec le patient. Il est même possible que ce soit le patient lui-même qui dirige l'entretien (21). Le médecin doit veiller à anticiper l'apparition de ces contre-transferts.

Concernant le patient, la relation peut être très variable selon ses traits de la personnalité, son degré d'autonomie, son environnement, son contexte socio-culturel ainsi que les caractéristiques de sa maladie (22). Pendant l'entretien, il y a aura donc également un transfert vers le médecin de réactions affectives conscientes et inconscientes. Un certain nombre de désirs insatisfaits risque d'être projetés sur le médecin. Le patient peut ainsi répéter des situations conflictuelles vécues dans le passé (14).

Le multiculturalisme représente également un défi (13). En effet, la culture et l'origine ethnique mettent souvent des barrières à l'établissement d'une relation médecin-patient efficace et satisfaisante. Il peut exister des différences culturelles vis-à-vis de la délivrance des informations, des différences de valeurs culturelles, des différences sur les préférences du types de relations médecin-patient, des barrières linguistiques (23). Les professionnels de santé doivent avoir un esprit ouvert et avoir conscience que ces différences culturelles peuvent influencer de façon significative la communication médicale. Il faut être très vigilant face à ces variables et tenter une approche sensible afin d'atténuer le degré de « communication problématique ».

Une autre difficulté dans la relation médecin-patient est l'utilisation par ces derniers de nouvelles sources d'information médicale retrouvées majoritairement sur internet. La plupart des patients y recherchent des informations de santé afin de devenir plus actifs dans leur prise en charge. Les sources internet sont souvent peu contrôlées et donc peu fiables. Néanmoins, il a été démontré que les patients restaient plus sensibles aux informations délivrées par leur médecin. Malgré tout, le médecin ne pouvant empêcher ses patients de consulter internet, il serait recommandé de les orienter vers des sites délivrant une information médicale de qualité et vérifiée (24).

B / Quel comportement adopter face à un comportement agressif en consultation?

1. Identifier et analyser un comportement agressif

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme étant « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » (25).

Les conséquences négatives sur le moral des professionnels de santé de l'agressivité des patients sont bien documentées. Parmi ces dernières, les plus fréquentes sont la colère, l'anxiété, la peur et la culpabilité. Il peut également s'agir de symptômes d'un stress post-traumatique même si l'agressivité verbale n'était pas accompagnée d'une violence physique (26).

Pour faire face à l'agression du patient il faut tout d'abord reconnaître les signes précoces d'une situation qui pourrait potentiellement dégénérer en agression (27).

Ces signes ne concernent pas seulement les indices perçus durant l'entretien. Il faut être vigilant par rapport à toutes les informations qui ont déjà été récupérées sur le mode de vie et sur l'environnement de la personne. Les indices sont les suivants (27) :

- 1) Changements des activités quotidiennes associés à une diminution globale de ces derniers.
- 2) Isolement social.
- 3) Altération de la capacité à gérer ses propres problèmes.
- 4) Changements physiques : plusieurs plaintes somatiques.
- 5) Modification de la consommation de substances : diminution de l'adhérence thérapeutique, majoration de l'abus de substances comme l'alcool et les drogues.
- 6) Modifications cognitives.
- 7) Tristesse et anxiété : majoration des inquiétudes, de la solitude, des sentiments de tristesse, de l'anxiété et diminution de l'estime de soi.
- 8) Agitation, colère, comportement « tendu » : patient peu ouvert aux propos de l'interlocuteur, majoration de la colère, de la frustration, des réponses agressives.
- 9) Comportement antisocial.
- 10) Comportement criminel.
- 11) idées irrationnelles (exemple : hallucinations).
- 12) modifications de comportements spécifiques comme par exemple des troubles du comportement alimentaire ou de la manière de s'exprimer.

La vigilance concernant le langage corporel est également essentielle : signes faciaux (visage crispé), signes corporels (agitation, avoir des poings serrés ou les bras croisés).

Ensuite, il faut trouver et comprendre les facteurs ayant déclenché ce comportement. L'instauration d'une relation de confiance sécurisante est l'attitude la plus adaptée face à un comportement d'agressivité et ce d'autant plus pour prévenir que pour réagir.

Un mode de communication inadapté ou non personnalisé ou toute expression d'un jugement négatif de la part du médecin peut engendrer de l'agressivité. D'autres facteurs peuvent déclencher un comportement d'agressivité ou de la violence comme la douleur physique, le sentiment d'insécurité, l'incompréhension, la peur, l'angoisse, la manque d'informations, le manque de respect de l'intimité, la fatigue, l'inconfort, l'attente, l'addiction (tabac, alcool, psychotrope, médicament), la perte d'autonomie, la dépendance affective ou physique, l'atteinte à l'identité de la personne, de sa culture ou de sa religion, la solitude, l'absence d'un entourage familial ou amical rassurant ainsi que la diminution de l'espace vital (salle petite, sans ouverture)(28).

D'autres facteurs favorisant les comportements agressifs concernent la personnalité du soignant. Les soignants ayant des personnalités autoritaires ainsi que ceux qui développent une attitude passive, inactive ou avec peu de confiance en soi ont plus de possibilités d'être victimes d'agressivité (29).

Un comportement agressif correspond, généralement, à la manifestation d'une colère qui peut elle-même probablement cacher d'autres émotions. Il faut savoir se remettre en question et comprendre que l'agressivité est souvent la manifestation d'une souffrance sous-jacente (28).

2. Stratégies pour faire face à un comportement agressif.

Dans un premier temps, il faut essayer de se concentrer sur le patient et faire attention aux besoins de l'individu lors de l'interaction. Cela peut aider le patient à se sentir plus en sécurité et moins en détresse (30). Il est très important de traiter le patient avec du respect quel que soit l'intensité de la tension lors de cette consultation.

a) Communiquer

Notre langage corporel

Il faut éviter par ce langage d'enflammer la situation tout en évitant un langage corporel qui peut provoquer une frustration comme : les jambes croisées, se rapprocher trop près du patient. Il faut également faire très attention aux gestes tactiles puisqu'ils peuvent être interprétés comme des gestes menaçants dans certaines conditions (30). De plus, on doit maintenir un regard direct mais non menaçant en utilisant des expressions faciales adaptées, en hochant la tête pour transmettre notre attention et notre compréhension au patient.

Notre attitude

Il faut faire un effort conscient afin de rester calme, de continuer l'entretien avec une attitude chaleureuse, amicale, ouverte vis-à-vis du patient (30). Il faut également éviter des activités distrayantes comme écrire ou être occupé à une autre tâche.

Il faut laisser le patient exprimer verbalement tous ses ressentis négatifs comme sa colère, son désaccord, sa déception ou ses peurs afin d'atténuer sa tension émotionnelle. Il est vrai que sous le coup de l'émotion, chaque effort pour raisonner un patient est inutile. Il est donc important d'attendre que l'intensité de l'émotion régresse avant d'essayer de répondre. Déterminer le bon moment pour parler est crucial et laisser des moments de silence est une bonne stratégie. Cependant nous sommes parfois contraints de poser des limites afin de canaliser l'émotion. Ainsi un recadrage en cas d'insulte est nécessaire pour l'équilibre du dialogue (31).

Notre langage verbal

Il faut parler de façon claire, chaleureuse et utiliser des phrases courtes afin de rassurer le patient. Notre langage doit être simple mais il faut faire attention à ne pas être trop « brut » ou « agressif ».

Il faut faire preuve de compassion, de compréhension et communiquer au patient notre désir de l'aider. La reformulation et la verbalisation des tensions émotionnelles permettent au patient de se sentir entendu et respecté et de ressentir que son malaise est perçu (28).

En posant des questions ouvertes comme « *qu'est-ce que je pourrais faire pour vous aider ?* », nous faisons ainsi preuve d'empathie, nous reconnaissons la frustration et l'importance du sujet pour la personne. Le patient doit sentir que nous comprenons son point de vue et que nous sommes disponibles pour l'aider.

Il est également conseillé que le médecin exprime ses propres émotions, tenté de les cacher et essayer de les étouffer limite l'écoute active (31).

Parfois, le médecin ne peut pas accéder aux demandes du patient. Ces moments peuvent être générateurs de discordances entre ce que le patient souhaite et ce que le médecin décide. Le but étant de trouver un compromis dans la mesure du possible (30).

b) Se déculpabiliser

Il est recommandé ne pas prendre l'agressivité pour soi. Celle-ci exprime une souffrance, dont le médecin n'est pas nécessairement la cause. Il est conseillé de travailler l'image de soi. Il faut accepter que l'agressivité au cours d'une consultation soit une responsabilité partagée (31).

c) Etre entouré

La majorité des médecins partagent leurs expériences des situations conflictuelles auprès de leurs collègues. Cela les aide à éclaircir leur point de vue, à apaiser leurs émotions, à confirmer la qualité de la prise en charge et avoir un avis professionnel objectif. Le recours à un tiers spécialisé est également considéré comme utile (31).

d) Rompre et se protéger

En cas d'inassouvissement et après échec de tout effort pour instaurer une relation fonctionnelle, il vaut mieux rompre. Il est déconseillé de prendre cette décision de manière impulsive. C'est une solution de derniers recours lorsque le patient profère des insultes, des menaces ou se met en danger par refus de traitement (31). Il est conseillé de demander au patient de choisir un autre médecin afin de ne pas rompre la continuité de la prise en charge et des soins. Un guide de préventions contre les agressions à l'égard des médecins est disponible sur le site de Conseil National de l'Ordre (32).

C / Face à un patient présentant une pathologie chronique une éducation thérapeutique est nécessaire. Comment mettre en pratique ces grandes notions acquises en théorie chez mon patient ? Comment cheminer ensemble vers les mêmes objectifs avec les mêmes priorités ?

1. Education thérapeutique d'un patient diabétique

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), les maladies chroniques non transmissibles sont toujours la cause principale des décès et responsables de 38 millions parmi les 56 millions des décès à l'échelle mondiale (33). En 2014, le rapport de l'OMS sur la situation globale (*WHO Global Status Report*), publié en 2015, décrit neuf objectifs dans le contexte de la prise en charge des maladies chroniques et suggère que « leur atteinte est une responsabilité partagée ». Parmi ces objectifs se trouve la diminution du tabac, de la consommation nocive d'alcool, de l'inactivité physique, de la consommation de sel, de l'hypertension artérielle, de l'obésité et de la prévalence du diabète. Dans le rapport de l'OMS, il est souligné que (1)

1) Les maladies chroniques sont la barrière à la diminution de la pauvreté et du développement durable.

2) Malgré le progrès de certains pays, la majorité d'entre eux doivent atteindre les objectifs mentionnés dessus.

3) Tous les pays doivent se fixer des objectifs et être responsables de leur accomplissement.

L'éducation thérapeutique concernant le diabète de type II a été progressivement introduite dans les programmes de santé afin de fournir aux patients, à leurs familles ainsi qu'aux soignants les compétences nécessaires pour l'autogestion de cette maladie chronique (34). Pourtant, il faut noter que l'autonomie au niveau de la prise en charge thérapeutique du diabète a déjà été importante depuis la découverte de l'insuline en 1921 (35).

Selon la définition de l'éducation à l'autogestion du diabète aux Etats Unis, cette dernière est une procédure qui a pour but de faciliter les connaissances, les compétences et les capacités nécessaires pour le développement d'une autonomie en soins. Il s'agit d'une procédure individualisée basée sur les preuves scientifiques et planifiée sur les besoins, les objectifs et les expériences de vie de patients. Elle a comme objectifs de soutenir le patient à la prise de décisions éclairées, à l'autogestion de la santé, à l'auto surveillance, à la solution des divers problèmes quotidiens ainsi qu'à la collaboration active avec le groupe des professionnels de santé. Son but ultérieur est l'amélioration des résultats des stratégies thérapeutiques, de l'état de santé et la qualité de vie du patient (36).

En France, selon l' Haute Autorité de la Santé, l'éducation thérapeutique dans un contexte d'une maladie chronique vise à l'acquisition de deux compétences essentielles :

- L'acquisition et le maintien de compétences d'autosoins.
- L'acquisition de compétences d'adaptation de ces dernières.

Les compétences d'autosoins comportent les acquisitions suivantes (37):

- Soulager les symptômes.
- Prendre en compte les résultats d'une auto surveillance, d'une auto mesure.
- Adapter des doses de médicaments.
- Initier un auto traitement.
- Réaliser des gestes techniques et des soins.
- Mettre en œuvre des modifications de son mode de vie.
- Prévenir les complications évitables et faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Concernant les compétences d'adaptation, L'HAS propose les qualités suivantes (37) :

- Se connaître soi-même.
- Avoir confiance en soi.
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- Prendre les décisions et résoudre un problème, se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.

Les modèles d'éducation actuels se focalisent sur une « approche centrée sur le patient » (35). Dans cette approche, la collaboration et la communication efficace sont considérées comme les clés pour l'engagement du patient. C'est une approche basée sur une écoute active et attentive afin de susciter des émotions, des perceptions et des connaissances du patient, tout en posant des questions ouvertes, en explorant le désir du patient d'apprendre ou de réaliser des modifications de son mode de vie et en soutenant la formation en auto efficacité. Ainsi le patient peut mieux explorer ses choix, choisir ses propres plans d'actions et se sentir responsable et autonome pour prendre des décisions éclairées.

Quelques exemples dans le contexte de cette approche pouvant guider l'éducation thérapeutique: « *comment le diabète influence-t-il votre vie quotidien, et celui de votre famille ?* » « *Est ce qu'il y a des questions que vous aimeriez bien nous poser ?* » « *Quel est le point le plus difficile à gérer en ce moment vis-à-vis de votre diabète ?* » « *Comment pourrais-je vous aider ?* ».

L'éducation thérapeutique doit être basée sur l'engagement du patient, le partage des informations, le soutien psychosocial et comportemental, être associée à d'autres thérapies ainsi que d'autres soins coordonnés (36).

L'engagement du patient demande d'assurer une éducation thérapeutique individualisée, adaptée à la vie, aux préférences, aux priorités, à la culture, aux expériences et aux capacités de la personne. Le partage des informations détermine les connaissances nécessaires pour que le patient soit autonome aux soins quotidiens. Ensuite, le soutien psychosocial et comportemental doit être adapté aux répercussions émotionnelles, psychosociales et comportementales du diabète.

Dans le contexte de l'éducation thérapeutique l'intégration d'autres stratégies thérapeutiques, comme par exemple la prise en charge nutritionnelle, ne doit pas être négligée. Les services et les ressources de chaque communauté pour la planification de ces dernières doivent être recherchées et proposées aux patients par les professionnels de santé. Enfin, la collaboration entre les professionnels de santé est indispensable pour faciliter l'accès aux soins, ainsi que pour fixer et évaluer des objectifs thérapeutiques (36)

Des comorbidités, des troubles psychiques (stress, anxiété, dépression) ainsi que des addictions peuvent nécessiter une prise en charge spécifique.

Au total, la planification d'une éducation thérapeutique se résume aux six étapes selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)(38) :

- 1) Constituer une équipe transversale pluridisciplinaire autour d'une démarche d'éducation thérapeutique (ETP) : organiser la concertation et la formation des acteurs intervenants.
- 2) Analyser le contexte et concevoir une démarche d'ETP : collecter et analyser des données dans la littérature et auprès des patients, formaliser la démarche d'ETP.
- 3) Organiser et conduire une démarche d'ETP : organiser la répartition des tâches planifiées et la démarche d'ETP, mettre en place les outils de coordination et de communication entre les acteurs, assurer la gestion administrative de la démarche.

4) Animer et coordonner les acteurs de l'ETP, suivre le déroulement de la démarche d'ETP : coordonner les activités ; adapter, améliorer et concevoir des méthodes et des outils pédagogiques ; animer des retours d'expérience et des échanges de pratiques entre les acteurs de l'ETP ; apporter une aide méthodologique et un soutien logistique aux acteurs.

5) Evaluer les compétences acquises, faire évoluer la démarche et les pratiques d'ETP : concevoir avec l'ensemble de acteurs concernés un dispositif d'évaluation de la démarche d'ETP coordonner le recueil des données nécessaires à l'évaluation, analyser les difficultés avec l'équipe pour proposer des ajustements.

6) Communiquer sur l'expérience de l'équipe d'ETP, par oral et par écrit.

La mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique est associée à un faible niveau des complications chroniques des patients diabétiques et à une majoration modeste du coût des soins (39). Il s'agit d'outils très importants dans le système des soins, indispensables pour faire face à l'augmentation de la prévalence du diabète et de sa morbi-mortalité associée (40).

2. Hiérarchisation des priorités lors d'une consultation

La prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus est un phénomène quotidien en médecine générale. En effet les médecins généralistes doivent souvent faire face à plusieurs motifs lors de la même consultation (41).

En France, le nombre moyen de problèmes pris en charge dans une consultation est de 2,1 et il augmente avec l'âge. Pour les pathologies chroniques, celui-ci peut atteindre quatre problèmes en moyenne lors de la consultation, alors que les problèmes aigus restent stables quel que soit l'âge du patient (42). En Angleterre une étude récente retrouve un nombre moyen de motifs par consultation à 2,5 (43). En 2007, une autre étude qui avait comparé les consultations en médecine générale en Australie, en Nouvelle Zélande et aux États-Unis conclue à un nombre moyen de 1.4 problèmes médicaux par consultation (44). Enfin, en Norvège, le nombre moyen de motifs est de 2,6 par consultation. Lorsque les rendez-vous sont pris en urgence ce nombre monte à 3,3 (45).

Le nombre de demandes est lié au sexe, à l'âge (45) ainsi qu'à la multimorbidité (qui augmente avec l'âge). D'ailleurs, cette multimorbidité nécessite souvent plusieurs soins. Les patients peuvent par conséquent être dépassés par la complexité de ces soins, ce qui favorise une augmentation de leurs demandes lors de la prochaine consultation (46). Pourtant, une thèse récente sur le déroulement d'une consultation de médecine générale a montré que le nombre de motifs exprimés est fortement influencé par le médecin. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer le médecin fait plus varier le nombre de motifs de consultation que les caractéristiques du patient. En effet, c'est son attitude qui favorise ou non l'expression du patient (47). La hiérarchisation des soins est essentielle concernant des demandes multiples et complexes (48). Son savoir-faire reflète l'efficacité globale d'un système de santé (49).

Une des difficultés dans cette épreuve est que souvent le motif annoncé par le patient au début de la consultation n'est pas le vrai sujet de préoccupation ni le vrai problème à résoudre du patient. C'est ce que l'on appelle en médecine « la demande écran » (50). Le motif de consultation est ce qui ouvre et va orienter toute la consultation. Il apparaît donc nécessaire que le médecin puisse recevoir le vrai problème du patient afin de ne pas finir la consultation en étant passé à côté, et également afin d'éviter que le vrai motif soit délivré au mauvais moment. Un bon interrogatoire est primordial dès le début de la consultation. Par exemple, un jeune homme se présente en consultation pour faire un check-up complet. En prenant les antécédents familiaux du patient, nous découvrons que son père est décédé d'un cancer de prostate, il y a deux mois. Dans cet exemple il est possible que la perte d'un être aimé soit à l'origine de la consultation et que nous devrions orienter la consultation vers le travail de son deuil (50).

Il faut également identifier toutes les demandes du patient, afin d'arriver à hiérarchiser les priorités et définir le motif principal qui sera abordé. Il apparaît que la demande exprimée d'emblée par le patient n'est ni la seule, ni souvent sa principale préoccupation. C'est ce que certains auteurs appellent « l'agenda caché » du patient (51). Les motifs de « non-dit » au début de la consultation peuvent être nombreux. Pour faire face à cela des techniques existent. D'abord, il faut laisser au patient un peu de temps au début de la consultation pour exprimer toutes ses plaintes. En effet, cette méthode n'allonge que très légèrement le temps initial de la consultation et réduit le nombre de demandes non exprimées ou de « pas-de-porte » à la fin de la consultation(51). Il faut favoriser l'expression du patient en utilisant des questions ouvertes tout en évitant les interruptions prématurées. Une autre possibilité est de demander au patient avant la fin prévue de l'entretien s'il a d'autres questions. Selon le contexte, nous pourrions lui répondre immédiatement ou prévoir un nouveau-rendez-vous (51). Enfin, nous pouvons proposer aux patients de faire une liste avec leurs demandes à domicile en essayant de hiérarchiser leurs priorités (48).

Un autre défi lors de la hiérarchisation des soins, concerne la différence de points de vue des deux acteurs (médecin –malade), vis-à-vis de la sévérité d'une situation médicale (49). Il est vrai que les priorités du patient et du médecin quant à l'évaluation d'un problème médical ne sont pas toujours les mêmes. Le médecin juge dans un premier temps de la sévérité d'une situation en tenant compte des aspects médicaux de la maladie. Pour le patient, cette évaluation est principalement influencée par les répercussions de son problème dans sa vie quotidienne et sociale (48).

Pour faire face à ce défi, il est nécessaire que le médecin ainsi que le patient puissent communiquer et comprendre leur perspectives et leur motifs individuels, afin qu'ils atteignent les mêmes priorités en soins. L'approche « centrée sur le patient » est celle qui est majoritairement recommandée dans la bibliographie (46). Elle doit en comprendre tous les aspects de la consultation y compris l'examen clinique et les décisions thérapeutiques. Elle permet, avec une écoute active et empathique, d'explorer « avec le patient » la maladie et son expérience, tout en prenant en compte l'ensemble de ses préoccupations, de ses aspects somatiques, psychologiques et environnementaux (51). Dans ce contexte, le médecin et le patient peuvent partager des objectifs communs via une relation de qualité solide.

Une situation médicale aigüe accompagnée de symptômes présents lors de la consultation a souvent la priorité par rapport à une situation chronique même si cette dernière engendre un risque de complications à long terme (49). En Suède, une étude sur la

hiérarchisation des soins par des médecins généralistes lors d'une consultation a montré que ces derniers privilégiaient des prises en charges de situations aiguës qui soulagent immédiatement le patient plutôt que d'autres qui concernent la prévention des risques à long termes des situations chroniques. Pourtant, l'importance de ces dernières ne doit pas être négligée. Le cas échéant, la sous-estimation de sa sévérité risque de retarder une prise en charge précoce et la prévention de complications potentiellement sévères (49).

Une solution à cette problématique est de proposer au patient de revenir ultérieurement en consultation (48). Cela nécessite une négociation avec des techniques de communication efficaces afin de ne pas être perçu comme un refus des soins de la part du patient. De plus, les professionnels de santé peuvent rencontrer une résistance de la part du patient à la planification de cette consultation de suivi. Le patient reste en effet focalisé sur sa problématique aiguë qui semble résolue à l'issue de la consultation, sans faire le lien avec l'intérêt de prendre également en charge sa problématique chronique de fond (plus chronophage en terme de suivi), comme les recommandations le préconisent (49).

Un autre défi important des consultations à plusieurs motifs est la gestion du temps. En France, selon l'enquête de la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux, le temps moyen des consultations est de seize minutes. Les variations de cette durée des séances sont attribuables pour les deux tiers aux disparités au sein de la patientèle d'un même médecin et pour un tiers aux différentes pratiques d'un généraliste à l'autre. La consultation apparaît d'ailleurs plus longue lorsqu'il s'agit des pathologies psychologiques ou psychiatriques, des affections de longue durée, des personnes âgées ou des nouveaux patients. Pourtant la durée totale moyenne des consultations est peu influencée par le nombre de motifs de cette dernière. Ce sont les acteurs qui définissent la structure et la longueur de la consultation plus que son contenu (52).

Selon l'étude ESPRIT (première étude épidémiologique nationale sur les événements indésirables en médecine générale), en moyenne, une erreur tous les deux jours est relevée au cabinet d'un médecin généraliste, dont 42% du fait de l'organisation du cabinet et de l'agenda (53). De même, si une consultation prend plus de temps que prévu par rapport à l'agenda, moins il est possible de prévoir de « créneaux » libres afin de gérer les situations « imprévisibles » (urgences médicales). Pour cela, il est recommandé d'essayer de traiter une seule demande par consultation, sauf exception (53).

Cependant des consultations plus longues permettent une meilleure approche des troubles psychosociaux, des conseils pour le style de vie, de l'éducation thérapeutique des maladies chroniques. Elles favorisent l'observance et elles améliorent le suivi des personnes âgées (51).

Le temps d'une consultation en médecine générale en France est la plus longue en Europe (53). Des études supplémentaires et des recommandations sont nécessaires afin que le médecin puisse hiérarchiser au mieux les priorités et les soins des patients. Il est important d'arriver à optimiser la qualité des soins, tout en évitant que le médecin généraliste soit submergé par plusieurs priorités en une seule consultation.

D / Quel accompagnement face à un patient en souffrance au travail ?
Quelles sont mes limites en tant que médecin généraliste ? Quels
partenaires pour ne pas rester seul face à cette prise en charge ?

1. Quel accompagnement face à un patient en souffrance au travail ?

a) La souffrance au travail

Dans notre société, l'évolution des conditions et de l'organisation du travail ainsi que le besoin d'intensification de la productivité (54), génèrent de plus en plus des facteurs de risques psycho sociaux susceptibles d'atteindre à la fois la santé physique et mentale de l'employé (55).

En France, après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le deuxième groupe pathologique le plus signalée dans la population salariée active (56).

b) Le syndrome d'épuisement professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel, décrit par le modèle MBI (*Maslach Burnout Inventory*) au début des années 1970 par Christina Maslach(57), est l'équivalent en français du terme anglais « burnout ». Il s'agit d'un syndrome dont la prévalence est de plus en plus importante dans les sociétés modernes. Il n'est pourtant pas considéré comme une maladie dans les classifications de référence (CIM-10 et DSM -5)(58). Néanmoins, il est considéré comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail qui se manifeste à travers trois dimensions : l'épuisement , la dépersonnalisation et la diminution de l'efficacité personnelle (59).

Dans la première dimension, l'individu se sent physiquement et psychologiquement « dépassé ». Un manque d'énergie avec une fatigue extrême est observé ainsi qu'un trouble de l'humeur (60). Si le temps de repos habituel ne suffit plus à soulager cette fatigue, elle devient alors chronique.

La seconde dimension du burnout est la dépersonnalisation ou le cynisme. L'attitude de l'individu devient négative, dure voire détachée vis-à-vis de son travail et des personnes (collègues, encadrement, clients, patients, etc.). Il « déshumanise » inconsciemment les autres en mettant son entourage à distance. Cela peut conduire à une démotivation et à une réduction de l'investissement au travail.

La troisième dimension se caractérise par une perte de l'accomplissement personnel et par une dévalorisation de soi. L'individu a le sentiment d'être inefficace et incompetent dans son travail (60).

Finalement, le syndrome d'épuisement professionnel est un ensemble syndromique qui nécessite une prise en charge diagnostic précoce afin d'identifier la sévérité et ses liens avec les conditions de travail.

Cette première démarche peut être réalisée par le médecin traitant ou le médecin du travail et l'équipe de santé au travail. Dans l'intérêt du patient et avec son accord, il est indispensable que, lors de cette démarche diagnostique, un échange ait lieu entre le médecin du travail et le médecin traitant.

Le repérage du burnout peut être collectif ou individuel. Dans le premier cas, l'équipe de santé au travail coordonnée par le médecin du travail évalue l'ensemble des signaux liés au fonctionnement de la structure de travail ou à la santé et la sécurité des employés. Le repérage individuel concerne l'évaluation des manifestations cliniques, des éventuels facteurs de susceptibilité individuelle ainsi que des conditions de travail.

Les manifestations cliniques peuvent être (55) :

- 1) Emotionnelles : anxiété, sentiment de perte de contrôle, tristesse, irritabilité, tension, hypersensibilité ou absence d'émotion.
- 2) Physiques non spécifiques: asthénie, troubles du sommeil, fatigue chronique, trouble musculo-squelettiques, troubles gastro-intestinaux, nausées, vertiges.
- 3) Cognitives : retentissement intellectuel, diminution de la concentration, de l'attention, difficultés à prendre des décisions, des erreurs mineures ou des oublis.
- 4) Comportementales ou interpersonnelles : isolement social, comportement agressif, repli sur soi, diminution de l'empathie, comportements addictifs, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs.
- 5) Motivationnelles ou liées à l'attitude : désengagement progressif, baisse de la motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail, doute sur ses propres compétences.

Les facteurs de risques de survenue de burnout sont les pathologies associées telles que les troubles de l'adaptation, les troubles anxio-dépressifs ainsi que les états post-traumatiques.

Les principaux questionnaires d'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel que sont le *Maslach Burnout Inventory* (MBI)(61) et le *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI)(62) sont utiles pour guider l'entretien avec le patient.

Un examen clinique complet devrait toujours accompagner les évaluations précédentes afin d'éliminer une pathologie organique qui aurait pu se manifester par les signes cliniques précédemment cités.

A partir du moment où le syndrome d'épuisement professionnel est identifié, la prise en charge ne concerne pas uniquement le traitement du trouble lui-même, mais également le contexte socioprofessionnel l'ayant généré.

2. Quels partenaires pour ne pas rester seul face à cette prise en charge ?

Selon l'avis de la Haute Autorité de la Santé (55), le médecin traitant doit coordonner cette prise en charge. Ainsi :

- 1) Il peut prescrire un arrêt de travail si besoin, dont la durée dépendra de l'évolution du trouble et du contexte socioprofessionnel.
- 2) Il peut mettre en place un traitement adapté au trouble sous-jacent. Le traitement du trouble peut nécessiter une prise en charge non médicamenteuse fondée sur des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles, effectuées par le médecin traitant, un autre professionnel de santé ou un psychologue formé sur le lieu de travail.
- 3) Il peut organiser une consultation spécialisée chez un psychiatre. Ce dernier peut réaliser un diagnostic psychopathologique ou une adaptation thérapeutique, prendre en charge un trouble sévère éventuel et poursuivre l'arrêt de travail.
- 4) Il est recommandé que le médecin traitant se mette, avec l'accord du patient, en contact avec son médecin du travail ou le médecin d'une consultation de pathologie professionnelle. Il peut conseiller au patient de prendre un rendez-vous auprès des professionnels cités ci-dessus.
Il est indispensable que le poste de travail de l'individu ainsi que ses conditions de travail soient analysés afin que des actions de prévention (individuelle et/ ou collective) soient préconisées en fonction des besoins. Cette analyse est effectuée par une équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin du travail.
- 5) Le médecin traitant doit également assurer le suivi du patient et coordonner l'ensemble des interventions médicales nécessaires.
- 6) Il peut aussi accompagner et orienter son patient dans la prise en charge médico-socioprofessionnelle et psychologique qui est également indispensable, notamment afin d'aider le patient dans les démarches médico-administratives. Il peut donc orienter le patient vers une consultation de pathologie professionnelle au centre agréé de son département. Par exemple en Lorraine, ces consultations sont effectuées par le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy. De plus, il peut également bénéficier d'un certificat médical initial en vue d'une éventuelle déclaration en maladie professionnelle s'il rentre dans le cadre des pathologies reconnues (concept développé dans un prochain paragraphe).
- 7) Le médecin traitant peut orienter le patient vers le psychologue du travail ainsi que vers l'assistant social du travail qui va aider à entreprendre les éventuelles démarches.

L'accompagnement doit être poursuivi tout au long de l'arrêt de travail et jusqu'à la reprise du travail. Le retour au travail doit également être préparé. Pour cela, il est recommandé d'organiser une visite de pré-reprise avec le médecin de travail. Cette visite peut être organisée par le médecin traitant dans le cas où elle n'est pas organisée à l'initiative du patient, du médecin de travail ou du médecin-conseil des organismes de sécurité sociale. Elle est essentielle afin d'accompagner la réinsertion socioprofessionnelle et elle est obligatoire pour les salariés en arrêt de travail depuis plus de trois mois. Ainsi, le médecin du travail peut recommander des

aménagements ou une adaptation du poste de travail ainsi que des pistes de reclassement ou de formations professionnelles afin de faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle.

3. Quelles sont mes limites en tant que médecin généraliste

a) Limites par rapport à la durée de l'arrêt de travail

La durée de l'arrêt de travail est à adapter en fonction de la situation du patient. Pour des troubles anxio-dépressifs mineurs accompagné de troubles somatiformes ou des plaintes anxio-dépressives qui ne répondent pas aux critères de gravité du DSM IV et de la CIM 10, la durée de référence selon la Sécurité Sociale est de quatorze jours et doit être évaluée pour éviter le passage à la chronicité. S'ils existent des difficultés à la reprise du travail, un temps partiel thérapeutique ou une adaptation du poste peut être envisagée ainsi qu'une consultation auprès du médecin du travail afin de faciliter la reprise de l'activité professionnelle.

Au cours de tout arrêt de travail dépassant trois mois, le médecin conseil de l'Assurance Maladie, en liaison avec le médecin traitant et le médecin de travail, doit évaluer les conditions d'une reprise du travail ou envisager des démarches de formation (63).

Le médecin généraliste peut prescrire un arrêt de travail pour une durée totale de six mois. Au-delà, pour que le patient puisse continuer à bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance Maladie, l'accord du médecin conseil est nécessaire.

b) Limites par rapport à la prescription d'un temps partiel thérapeutique

Le médecin généraliste peut prescrire une reprise progressive du travail ou un temps partiel thérapeutique lorsqu'il estime que le patient doit faire l'objet d'une réévaluation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé. Dans ce cas, l'accord du médecin conseil ainsi que celui de l'employeur est nécessaire. Le cas échéant, cette reprise est à discuter entre le patient, le médecin du travail et l'employeur (63).

c) Limites par rapport à la reconnaissance d'une maladie professionnelle

En dehors des troubles musculo-squelettiques, il n'y a que trois maladies dont le rôle étiologique de facteurs professionnels est reconnu. Ces maladies sont : l'état de stress post-traumatique qui est actuellement reconnu comme accident de travail, le syndrome dépressif entraînant au moins 25% d'Incapacité Partielle Permanente et le syndrome d'anxiété généralisée. Le professionnel agréé pour cette démarche est le médecin conseil (64). Le médecin traitant ne doit donc pas se substituer à ce professionnel notamment lors de la rédaction du certificat médical. Ce dernier n'est pas habilité à faire le lien entre la pathologie et le fait

qu'elle soit directement liée au travail, il risque de se voir inquiété par le Conseil de l'Ordre des Médecins si un avocat de la défense de l'employeur porte plainte.

Discussion

Une des spécificités des consultations que j'ai réalisées lors de mon stage auprès du praticien réside dans le fait que, les patients et moi-même, nous nous rencontrions pour la première fois. Un défi important lors de ces entretiens était donc l'instauration d'une relation médecin-patient. Les patients devaient ainsi faire confiance, rapidement, à un nouveau praticien qu'ils rencontraient pour la première fois. De plus les patients n'étaient pas toujours prévenus de ma présence ni de mon rôle pendant la consultation. J'ai compris, au fur et à mesure que je progressais dans mon stage, qu'il était fondamental que je m'investisse personnellement dans cette nouvelle relation sans la considérer d'emblée comme acquise du fait de la présence de mon maître de stage à mes côtés.

Dans notre cas par exemple, il s'agissait d'un patient que je rencontrais pour la première fois. Je me suis simplement présentée en disant mon nom et mon prénom. En effet, il est possible que le patient ait été perturbé par ma présence. Moi-même, je ne lui ai peut-être pas donné assez de temps afin qu'il puisse s'adapter à la situation. J'aurais pu par exemple créer cette opportunité et en profiter en même temps pour lui donner plus d'informations sur mon rôle exact. Par exemple :

« Bonjour Mr D. C'est la première fois que l'on se voit. Je me présente, je suis étudiante en 2^{ème} année d'internat de médecine générale. Je suis là pendant six mois dans le cadre de mon d'un stage. Aujourd'hui je vais réaliser la consultation avec l'assistance de Dr B. si vous êtes d'accord. » Même si le patient était au courant de la situation, le fait de lui demander son accord pour réaliser la consultation lui permettait de faire ses choix et de participer de façon active à la consultation. Cela était important pour créer une relation de confiance.

De même, il semble que plusieurs aspects des étapes suivantes de mon approche étaient également problématiques. Dès le début, j'aurais pu relever certains indices évocateurs d'un mal-être chez le patient. En effet, ce dernier a eu besoin de la présence de sa compagne lors de l'entretien. Il a d'ailleurs choisi de se mettre en retrait, laissant sa compagne s'installer face à moi et choisissant, pour sa part, la place la plus excentrée. Plusieurs signes dans sa gestuelle et dans son attitude indiquaient qu'il était mal à l'aise comme l'absence de contact visuel direct et la présence de mouvements permanents, accentués lors de la prise de parole. Ainsi, ces signes étaient des indices précoces en faveur d'un comportement agressif.

Débutant mon stage et étant peu habituée à l'exercice libéral, j'ai manqué de moyens efficaces pour faire face à cette situation. Je me rends compte avec le recul que je n'ai pas été alertée par ces signes alors qu'ils auraient dû me pousser à avoir une écoute plus active. J'aurais pu verbaliser le malaise du patient, lui faire comprendre qu'il était entendu, compris et lui rappeler qu'il était toujours mon partenaire dans cet entretien. Si la façon dont se déroulait ce dernier ne lui plaisait pas ou s'il avait besoin que nous discussions d'autre chose, il aurait pu partager ses priorités avec moi. Par exemple :

« J'ai l'impression que je vous mets mal- à l'aise.

Est-ce qu'il y a d'autre choses, qui vous préoccupent en ce moment ?».

Au lieu de cela, ne sachant pas comment réagir, je me suis sentie mal-à-l'aise, j'ai manqué d'empathie et j'ai continué l'entretien sans m'adapter à la situation. Il est bien possible que cette attitude ait aggravé l'inconfort du patient. Avec le temps et les connaissances supplémentaires acquises par la recherche bibliographique, j'ai compris les éléments qui ont favorisé ces troubles de communication. Pourtant, qu'est-ce qui a pu déclencher son agressivité ?

En tant qu'étudiante, chez mon maître de stage et contrairement à lui, je manquais d'informations sur le patient. De plus, lors de cette consultation, je me suis focalisée sur les antécédents médicaux du patient et par conséquent, je n'ai pas eu une approche holistique (informations sur l'histoire, la personnalité et l'environnement socioprofessionnel du patient). Dans le dossier médical, il était mentionné une consultation réalisée l'année précédente pour un état anxiodépressif, dans un contexte de souffrance au travail, que je n'avais pas vue. Le patient présentait à priori des problèmes relationnels au travail avec son supérieur hiérarchique. En réfléchissant au déroulement de l'entretien, il est vrai que le patient a présenté un comportement agressif à partir du moment où je lui ai posé des questions relatives au déséquilibre de son diabète. Cette agressivité peut être expliquée par le fait que le patient ait pu considérer ce questionnement comme étant un jugement. Comme je l'ai appris par la suite, le patient rapportait l'origine de cette mauvaise relation aux jugements de son supérieur qu'il ne tolérait pas. Il est donc possible que dans notre relation le patient y ait vu une projection de sa relation conflictuelle avec son supérieur, à savoir un jugement sur ses actes et sur sa vie.

L'intervention de mon maître de stage a été nécessaire afin de rétablir une communication efficace. De mon point de vue, la prise en charge de menaces à l'encontre de son supérieur imposait la réinstauration d'une relation médecin-patient de confiance pour ne pas perdre totalement le contrôle de la situation. Avec le recul et en progressant dans mon stage, j'ai réalisé que les comportements agressifs ne sont pas des événements rares dans la pratique quotidienne en médecine générale. Ainsi, j'ai appris qu'il existe des méthodes pour faire face à ce type de comportements. Ces méthodes sont basées sur les principes d'une communication efficace, comme analysés précédemment avec une écoute active et empathique. Dans notre cas, le patient cachait bien une souffrance derrière son comportement agressif. De plus, l'origine de cette dernière a été verbalisée vers la fin de la consultation. Nous avons été mis au courant qu'il avait des problèmes au travail. Cela a été un avantage pour nous. Si nous avions eu l'information plus tôt nous aurions eu une vue plus globale de la situation et donc nous aurions eu dès le départ une communication plus efficace.

Au lieu de me « renfermer » sur moi-même, je devais d'abord mettre toute de suite de côté son suivi du diabète et donner le temps-au patient de s'exprimer. Ainsi, j'aurais pu faire comprendre au patient que j'avais bien réalisé qu'à ce moment-là son diabète n'était pas sa priorité. J'aurais dû par exemple, arrêter de regarder l'écran de l'ordinateur et d'écrire, j'aurais dû ensuite-me redresser sur ma chaise, me tourner vers le patient et le regarder directement dans les yeux en lui montrant que j'avais compris qu'il avait des choses à me dire et que j'étais prête à l'écouter. De même, en verbalisant ses sentiments avec-empathie, j'aurais pu faciliter encore plus l'expression du patient. Par exemple : *« je comprends votre situation actuelle. Je vois que vous êtes énervé. Je comprends à quel point il est difficile pour vous d'aller au travail en ce*

moment. ». Le patient aurait ainsi pu se sentir « entendu » car enfin nous allions commencer à s'intéresser à ses priorités. Dans ce contexte, nous aurions réinstauré les bases d'une confiance réciproque et nous aurions avancé de façon efficace dans la consultation.

Lors de la dernière consultation du patient dans son contexte de souffrance au travail, un traitement antidépresseur avait été instauré mais aucune démarche socio-professionnelle n'avait été engagée. Un an après, le patient se présentait de nouveau en consultation, évoquant des troubles au travail avec des répercussions psychiques ainsi que comportementales. Mr D. présentait des facteurs de risque comme un syndrome anxiodépressif et un comportement addictif vis-à-vis de l'alcool. Il a donc été nécessaire d'initier une démarche diagnostique afin d'explorer la sévérité des troubles ainsi que leurs liens avec les conditions de travail du patient.

Malheureusement, même si la prise en charge de l'agressivité du patient a été efficace, le patient semblait être toujours submergé par ses émotions. Dans ce contexte, il n'était pas en mesure de relativiser la situation dans laquelle il se trouvait. Il risquait par conséquent de ne pas exprimer toutes les informations nécessaires pour nous permettre d'avoir une vision claire de ses problèmes au travail. Prendre du recul par rapport à la situation était alors nécessaire. La prescription d'un arrêt de travail a donc été inévitable. Cet arrêt de travail nous permettait également de protéger le patient et son entourage. Il est vrai que toutes les situations à risque, sur le lieu de travail, qui auraient pu déclencher des comportements agressifs devaient être évitées. Cette « rupture » avec le monde professionnel était aussi nécessaire pour mieux analyser les problématiques et ainsi, planifier de façon plus efficace les démarches à envisager lors des prochaines consultations.

Le patient étant salarié dans une entreprise privée, nous aurions pu lui parler de la possibilité de contacter le médecin du travail afin que ce dernier puisse analyser la situation. Par exemple : *« Je vois à quel point la situation est difficile pour vous. Est-ce que vous avez pensé en parler avec votre médecin du travail ? Si vous n'avez pas eu encore le temps de le contacter, vous pouvez profiter, maintenant que vous êtes en arrêt de travail, pour prévoir un rendez-vous avec lui. Qu'en pensez-vous ? ».*

A la fin de la consultation, j'ai réalisé qu'en hiérarchisant les priorités du patient, nous avions de nouveau décalé le suivi de son diabète. Nous avons choisi de privilégier la prise en charge de la souffrance au travail, qui était en effet une véritable urgence à gérer. Il s'agissait d'une consultation à motifs multiples. Pourtant, je me suis demandé si les motifs étaient réellement aussi nombreux. En effet, nous ne pouvions pas savoir si le suivi du diabète était le véritable motif initial de consultation ou si ce dernier avait simplement été un prétexte pour que le patient vienne en consultation. En tout cas, quelle que soit la vérité, nous avons réalisé que le suivi de ce patient était complexe. Il était évident que la prise en charge de son diabète et de ses comorbidités associées ne faisait pas partie de ses priorités. Dans ce contexte, la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique semblait être un véritable défi qui n'était toutefois pas insurmontable.

Tout d'abord, je ne savais pas si une éducation thérapeutique lui avait été déjà proposée auparavant. Je savais que le patient évitait son suivi mais je ne connaissais pas la raison. Négligeait-il son suivi ou évitait-il plutôt le contact avec les médecins ? Ignorait-il que sa pathologie était une pathologie dangereuse à long terme compte tenu de l'absence de signes

physiques patents ? Il est à noter que lors de la consultation, le patient nous avait présenté une prise de sang complète et qui, au final, faisait partie de son suivi. Un entretien devrait être organisé afin d'explorer le ressenti du patient vis-à-vis de son diabète, ses connaissances sur cette pathologie, lui expliquer l'intérêt d'être suivi ainsi que les moyens disponibles pour ce suivi.

J'aurais pu également pu interroger sa compagne sur l'observance au traitement, peut-être nous aurait-elle amené des informations pertinentes au suivi de ce patient ?

Il est évident qu'il était impossible de gérer ces différentes problématiques en une seule consultation. Pourtant, laisser au patient l'initiative de prévoir une consultation de suivi était une méthode sans efficacité jusque-là. A la fin de la consultation, nous aurions pu aborder de nouveau le sujet de son suivi et essayer de prévoir un rendez-vous. Par exemple :

« Par contre, je suis embêtée, je réalise que nous n'avons pas eu la possibilité aujourd'hui de discuter de votre diabète. J'aimerais que nous revoyions de nouveau ce sujet ensemble. Est-ce que vous êtes d'accord pour que l'on fixe un prochain rendez-vous »

« Vous êtes en arrêt de travail en ce moment, est-ce que vous pensez que vous auriez plus du temps pour revenir en consultation cette semaine pour reparler de votre diabète ? »

De plus le patient semblait avoir une relation de confiance avec sa compagne qui d'ailleurs motivait le patient à prendre soin de lui-même. Une autre solution aurait été de proposer au patient de revenir à un prochain rendez-vous avec sa compagne.

Si le rendez-vous était fixé, une des priorités à ce moment-là aurait été d'aborder le sujet de l'éducation thérapeutique. Comme le patient présentait un comportement addictif vis-à-vis de l'alcool, un suivi pluridisciplinaire paraissait plus adapté. Par contre, il est en même temps difficile de négocier une telle approche quand il n'y a pas de suivi régulier à la base. Mr D. m'a donné l'impression qu'il ne souhaitait ne pas se sentir « dépendant » des autres, y compris des professionnels de santé. Il aurait donc fallu trouver une bonne approche, centrée sur le patient. Par exemple :

« Comment le diabète influence votre vie en ce moment ?

Est-ce que votre diabète vous crée des difficultés à la réalisation de vos projets ?

Quels sont les problèmes qu'il vous pose, lesquels sont les plus difficiles à gérer ?

Est-ce que vous seriez intéressés que l'on vous accompagne dans cette prise en charge afin de vous rendre plus autonome dans la gestion de votre diabète ? ».

Ensuite après l'avoir informé de façon claire sur les principes de l'éducation thérapeutique, un projet thérapeutique adapté à ses besoins aurait pu être négocié. Par exemple :

« Est-ce que vous êtes d'accord avec l'objectif que je vous fixe ?

Est-ce que vous pensez qu'on pourrait vous aider ? Si oui, qu'est-ce que vous attendez de nous ? ».

Si la compagne du patient avait été présente, nous aurions pu la faire participer avec l'accord du patient. Par exemple :

« Selon vous, comment pourrait-on aider Mr D. ? »

Il est important que le patient comprenne que le suivi de son diabète ne limite pas sa liberté et ne le rend pas dépendant. Au contraire, il lui offre des moyens pour gagner en indépendance vis-à-vis de sa maladie.

Par contre dans le cas où le patient refuserait nos propositions pour un programme d'éducation thérapeutique, il faudrait respecter ses choix, prendre en charge ses diverses comorbidités et essayer d'aborder le sujet à chaque nouvelle occasion.

Conclusion

Lors d'une consultation médicale, le médecin peut être confronté à plusieurs défis et situations inattendues. En effet, une simple consultation de suivi peut révéler plusieurs problématiques ou plusieurs motifs dont la hiérarchisation n'est pas toujours évidente. Face au manque de confrontation à des expériences identiques antérieures, la prise en charge des telles situations complexes peut paraître difficile pour un jeune médecin et encore plus pour un étudiant en médecine.

Le déroulement de cette consultation m'a posé plusieurs difficultés. J'ai considéré l'entretien comme un échec personnel mais surtout j'ai réalisé que si mon maître de stage n'avait pas été présent pour reprendre l'entretien, je n'aurais pas réussi à terminer sereinement cette consultation. Avec le recul et grâce à ma recherche bibliographique, je réalise que le manque de compétences en communication était la principale raison pour laquelle j'ai perdu mes moyens et mes réflexes professionnels. Je n'ai pas réussi à interpréter les divers indices de communication non verbaux qui m'indiquaient un problème sous-jacent et un risque de comportement agressif.

La recherche bibliographique m'a également beaucoup aidée pour trouver des techniques de communication efficaces à mettre en place, surtout lors d'une première rencontre avec le patient, permettant ainsi de créer les bases d'une relation médecin-patient de qualité. J'ai aussi appris à interpréter et à être vigilante aux signes de communication non verbaux puisqu'ils peuvent être une source d'informations très riche. Lors de l'entretien, le comportement du patient m'a également mise mal à l'aise ce qui n'a pas aidé à la mise en place d'une relation médecin-patient de qualité. Après avoir étudié plusieurs articles sur la relation médecin-patient, j'ai enfin compris qu'une problématique très importante, lors de la consultation, était mon manque d'empathie vis-à-vis du patient. J'ai pris à titre personnel les réactions du patient en pensant que c'était ma façon de réaliser l'entretien qui lui déplaisait. Ma réaction a été de me « renfermer » sur moi-même en restant concentrée sur mes objectifs. Au lieu de cela, j'aurais dû focaliser mon attention sur le patient et essayer de l'encourager à s'exprimer afin faciliter le dialogue.

J'ai également réalisé qu'au cours de la consultation, une autre difficulté rencontrée était la hiérarchisation des différents motifs de consultation. Ainsi, ma priorité a été le suivi de son diabète qui avait été annoncé comme motif initial de consultation alors qu'à travers le mal-être du patient une autre problématique apparaissait comme plus urgente à prendre en charge. Sa souffrance au travail était un motif caché au début de l'entretien. Il nécessitait finalement une prise en charge urgente au vu des manifestations psychiques et comportementales du patient, allant jusqu'à la verbalisation de menaces contre son supérieur. Une hiérarchisation des différentes problématiques était indispensable. Ainsi, nous n'avons finalement pas abordé la problématique de la prise en charge de son diabète et des autres comorbidités lors de cette consultation, il ne faudra cependant pas négliger d'en reparler rapidement lors d'une consultation dédiée.

La mise en œuvre d'une approche centrée sur le patient, utilisant l'empathie et une écoute active, a permis de réinstaurer une relation de confiance médecin-patient, permettant ainsi de cheminer vers les mêmes priorités et les mêmes objectifs. Pour ma part, ceci m'a permis de progresser et d'être depuis ce travail beaucoup plus à l'écoute de mes patients.

Bibliographie

1. Cömert M, Zill JM, Christalle E, Dirmaier J, Härter M, Scholl I. Assessing Communication Skills of Medical Students in Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) - A Systematic Review of Rating Scales. 2016;1–15.
2. Baig LA, Violato C, Crutcher RA. Assessing clinical communication skills in physicians : are the skills context specific or generalizable. 2009;7:1–7.
3. Hausberg MC, Hergert A, Kröger C, Bullinger M, Rose M, Andreas S. Enhancing medical students ' communication skills: development and evaluation of an undergraduate training program. BMC Med Educ [Internet]. 2012;12(1):16. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/16>
4. Warnecke E. The art of communication. 2014;43(3):156–8.
5. Bertakis KD, Azari R, Charges K, Care P. Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. 2011;229–39.
6. Lundeby T, Børsting H, Andreas P, Håvard J. Patient Education and Counseling Emotions in communication skills training À experiences from general practice to Porsche maintenance. Patient Educ Couns [Internet]. 2017;4–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.006>
7. Use of the Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (Adapted) in an Institutional Interpersonal and Communication Skills Curriculum. 2010;(June):165–9.
8. Papers O. Patients ' perceptions of GP non-verbal communication : a qualitative study. 2010;(July 2009):83–7.
9. BOUSQUET M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline Fiche n ° 18 ELEMENTS DE COMMUNICATION. université Pierre et Marie Curie (Paris 6); 2013.
10. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-Patient Communication in the Primary Care Office : A Systematic Review. 2000;25–38.
11. INPES. Maladies d'Alzheimer - guide d'utilisation destiné au médecin. 2001.
12. Amalberti R. Donnez-vous le temps à vos patients d'exprimer leurs motifs de consultation ? 2012;(3):564–5.
13. Kalliainen LK, Lichtman DM. Current Issues in the Physician – Patient Relationship. YJHSU [Internet]. 2010;35(12):2126–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.06.012>
14. Fran P. La relation médecin-malade. 2011;61:1–8.
15. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. 2007;
16. Lee S, Chang D, Kang O, Kim H, Kim H, Lee H, et al. Do not judge according to appearance : patients ' preference of a doctor ' s face does not influence their assessment of the patient – doctor relationship. :261–6.

17. Chung H, Lee H, Chang D, Kim H, Lee H, Park H, et al. Patient Education and Counseling Doctor ' s attire influences perceived empathy in the patient – doctor relationship. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2012;89(3):387–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.02.017>
18. Review S. *Systematic Review*. 2017;50(3):300–10.
19. Bikker AP, Fitzpatrick B, Murphy D, Mercer SW. Measuring empathic , person-centred communication in primary care nurses : validity and reliability of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure. 2015;1–9.
20. Access O. Physician empathy : Definition , outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education skill for a physician ? *The*. 2012;29(1):1–21.
21. Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Mozny P, Sigmundova Z, Slepecky M, et al. TRANSFERENCE AND COUNTERTRANSFERENCE IN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY. 2010;154(3):189–98.
22. Grimaldi A. Relation médecin – malade au cours de la maladie chronique. *Colloids Surfaces A Physicochem Eng Asp* [Internet]. 2017;9(14):1–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1634-6939\(14\)49705-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1634-6939(14)49705-9)
23. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication : A review of the literature. 2006;64:21–34.
24. Laugesen J, Hassanein K, Yuan Y. The Impact of Internet Health Information on Patient Compliance: A Research Model and an Empirical Study. *J Med Internet Res*. 2015 Jun;17(6):e143.
25. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introdf.pdf
26. Stewart D, Park DC. Inpatient verbal aggression : content , targets and. 2013;236–43.
27. Fluttert FAJ, Meijel B Van, Leeuwen M Van, Bjørkly S, Nijman H, Grypdonck M. The Development of the Forensic Early Warning Signs of Aggression Inventory : Preliminary findings : Toward a Better Management of Inpatient Aggression. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2011;25(2):129–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2010.07.001>
28. Contexte ET, Eg K, Li D. en fiches la gestion du stress au travail 8 / 10 Agressivité , violence et stress. 2017;(17432):57–8.
29. Hospital FM, Wellman N, Hospital FM. HOVIS – The Hertfordshire / Oxfordshire Violent Incident Study. 2002;(Collins 1994):199–209.
30. Sim MG, Wain T, Khong E. Aggressive behaviour Prevention and management in the general practice environment. 2011;40(11).
31. SARRAZIN C. Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale. Université de Poitiers; 2012.
32. Le guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé G uide pratique. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>

33. Update O. Organizational Updates. 2015;(7):2014–6.
34. Galindo Rubio M, Jansa Morato M, Menendez Torre E. Therapeutic education and self-care: Results from the cross-sectional study Diabetes, Attitudes, Wishes and Needs 2 (DAWN2) in Spain. *Endocrinol Nutr.* 2015 Oct;62(8):391–9.
35. Diabetes U De, Report GS. Therapeutic education in chronic patients : The diabetes model &. 2015;62(2):2015–7.
36. Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. 2014;37(July 2012):1630–7.
37. HAS-INPES. Structuration d ' un programme d ' éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2007;
38. INPES. Référentiel de compétences pour coordonner un programme d ' ETP. 2013.
39. Gagliardino JJ, Aschner P, Baik SH, Chan J, Chantelot JM, Ilkova H, et al. Patients ' education , and its impact on care outcomes , resource consumption and working conditions : Data from the International Diabetes Management Practices Study (IDMPS). *Diabetes Metab* [Internet]. 2012;38(2):128–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabet.2011.09.002>
40. Approach P. Management of Hyperglycemia in Type 2. 2012;35.
41. Academy E, Practice G, Europe W. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE. 2005;
42. BOUSQUET M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline, Fiche n ° 11 Gestion simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques. Université Pierre et Marie Curie; 2013.
43. Salisbury C, Procter S, Stewart K, Bowen L, Purdy S, Ridd M. The content of general practice consultations : 2013;(May):751–9.
44. Bindman AB, Forrest CB, Britt H, Crampton P, Majeed A. Diagnostic scope of and exposure to primary care physicians sectional analysis of results from three national surveys. 2007;55(May).
45. Bjørland E, Brekke M. What do patients bring up in consultations ? An observational study in general practice. 2017;3432(September). Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2015.1067518>
46. Mangin D, Stephen G, Bismah V, Risdon C. Making patient values visible in healthcare : a systematic review of tools to assess patient treatment priorities and preferences in the context of multimorbidity. 2016;
47. Generale SM. ANALYSE DU DEROULEMENT D ' UNE CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE . 2012;
48. Junius-walker U, Voigt I, Wrede J, Hummers-pradier E, Lazic D, Dierks M. Health and treatment priorities in patients with multimorbidity : Report on a workshop from the European General Practice Network meeting “ Research on multimorbidity in general practice .” 2010;4788(August 2017).
49. Arvidsson E, André M, Borgquist L, Carlsson P. Priority setting in primary health care - dilemmas and opportunities : a focus group study. 2010;1–9.

50. BOUSQUET M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline, Fiche n ° 21 L 'offre du malade. Université Pierre et Marie Curie; 2013.
51. Gallois P, Noc Y Le, Documentation D. La consultation du généraliste en 2010 Pour une médecine centrée sur le patient. 2010;221–7.
52. Barnay T, Jeger F. Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ? . Etudes et Résultats, DREES. 2006;
53. Amalberti R. Mieux gérer son agenda pour une meilleure sécurité des patients. Le concours Médical. 2014;235–7.
54. Cláudia A, Prosdócimo G, Lucina LB, Olandoski M, Megda P, Jobs J, et al. Original Article Prevalence of Burnout Syndrome in Patients Admitted with Acute Coronary Syndrome. :218–25.
55. Epid B. Fiche mémo Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d ' épuisement professionnel. 2017;(23):1–5.
56. France EN, Et E, Du ÀP, Mcp P. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. 2015;(figure 1):431–8.
57. Épuisement professionnel. 1998;119–28.
58. Bianchi R. Is it time to consider the “ burnout syndrome ” a distinct illness ? 2015;3(June):1–3.
59. Ist A, Sanit S. Job stress models for predicting burnout syndrome : a review. 2016;52(3):443–56.
60. Bianchi R, Sam I, Laurent E. Clinical Psychology Review Burnout – depression overlap : A review. Clin Psychol Rev [Internet]. 2015;36:28–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
61. Chaque J. Test d ' Inventaire de Burnout de Maslach - MBI.
62. Copenhagen Burnout Inventory (English version) used in the PUMA study. :3–4.
63. HAS. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? 2014;
64. Libre T. La souffrance au travail : une maladie professionnelle ? 2013;412–4.