



Floriane Bonjour-Theurillat¹,
Daniel Widmer¹, Brenda Spencer²,
Jean-Nicolas Despland³, Johanna Sommer⁴,
Danièle Lefebvre⁴, Madeleine Gurny⁴,
Lilli Herzig¹

1. Institut universitaire de médecine de famille (IUMF), Université de Lausanne, Suisse.

2. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne, Suisse.

3. Institut universitaire de psychothérapie, Lausanne, Suisse.

4. Association romande pour la formation en médecine psychosomatique et psychosociale, Genève, Suisse.

floriane.bonjour@bluewin.fr
exercer 2018;143:204-11.

Les annexes sont consultables en ligne à l'adresse : www.exercer.fr/numero/143/page/204/

INTRODUCTION

Dans la partie francophone de la Suisse, l'Association romande de formation en médecine psychosomatique et psychosociale (ARFMPP)* a créé une formation de médecine psychosomatique¹. Elle a pour but d'améliorer chez le médecin la compréhension du fonctionnement intrapsychique du patient et des déterminants contextuels, ainsi que ses compétences relationnelles, sous l'éclairage des différentes théories du changement (psychodynamique/psychanalytique, systémique, cognitivo-comportementale et biologique).

Notre étude est née de la constatation des formateurs (médecins généralistes et psychiatres) que les participants faisaient peu référence aux théories du

* L'Association romande de formation en médecine psychosomatique et psychosociale (ARFMPP) est la section suisse romande de l'Académie suisse de médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP). Elle a mis sur pied dès 1999 une formation qui ensuite a fait l'objet d'un CAS (Certificate of Advanced Studies) des Universités de Lausanne et Genève. La formation compte un total de 248 heures sur deux ans et demi. L'enseignement s'est basé sur les besoins des médecins généralistes défini par des focus groups généralistes-psychiatres¹. Il est intégralement financé par les participants. Le sponsoring industriel a été supprimé lors de la création du CAS.

Comment le médecin généraliste induit le processus du changement chez son patient : l'exemple de la douleur chronique

Étude qualitative préliminaire

How the general practitioner induces the process of change in his patient: the example of chronic pain. A preliminary qualitative study

changement dans leurs travaux de fin de cursus. Ils se sont demandé quelle était la place des théories du changement dans la réflexion et la pratique des médecins généralistes (MG) et s'ils s'y référaient comme le font les psychothérapeutes.

Une théorie du changement peut être définie comme un ensemble de connaissances, d'outils ou de règles permettant de changer ou de faciliter le changement. Le changement en médecine représente un tournant dans la prise en charge, se traduisant par l'amélioration de paramètres liés au patient (symptômes, comportement, perception de la pathologie), à la relation, au contexte (environnement de travail, famille) ou au médecin (perception du patient souffrant). Déjà Hippocrate laissait entendre que le changement était l'essence même de la médecine, et récemment Launer affirmait que le médecin est payé pour créer un changement^{2,3}. Au fil des siècles, diverses théories ont été élaborées pour faciliter un changement : la théorie cognitivo-comportementale selon laquelle le changement s'opère par restructuration cognitive lors de la prise de conscience des pensées automatiques et la création de pensées alternatives ; la théorie psychanalytique selon Freud qui définit le changement par la catharsis (libération de l'affect dévié et sa décharge par

des voies normales)⁴ ; enfin, la théorie systémique, où le changement s'opère par une redéfinition du contexte familial, social et professionnel. De nombreux travaux d'évaluation des psychothérapies découlant des théories citées ont mis en évidence une corrélation entre l'alliance thérapeutique et l'évolution symptomatique du patient, beaucoup plus importante qu'avec le type de psychothérapie utilisée⁵.

Selon Balint, le changement du médecin lui-même permet d'induire un tournant de la prise en charge⁶. Enfin, selon la « narrative based medicine » ou médecine fondée sur le récit de Launer, il y a un changement par la création d'un nouveau récit cocréé par le patient avec l'aide de son médecin³.

Nous avons choisi de prendre l'exemple de patients atteints de douleurs chroniques (rhumatismales, arthrosiques, néoplasiques ou encore somatoformes), car si la douleur aiguë répond la plupart du temps à un antalgique, ce n'est pas le cas de la douleur chronique qui résiste souvent aux approches conventionnelles, ce qui rend le processus du changement plus problématique. Celui-ci peut être influencé par le contexte psychosocial du patient, sa perception de la pathologie, la relation médecin-patient ou encore la perception du patient souffrant par le médecin⁷.

Une revue de la littérature destinée aux MG au sujet du changement dans la douleur chronique a montré qu'un grand nombre de travaux dans ce domaine proposaient fréquemment des outils et moins souvent des bases théoriques explicites. Différentes approches sont proposées, comme la réponse relationnelle⁷, l'accueil de la plainte⁷, la relaxation⁷, la pleine conscience⁸, l'hypnose^{7,9}, les antidépresseurs tricycliques^{7,10} et les psychothérapies (psychodynamique/psychanalytique, TCC, systémique)^{7,11-18}.

Ces approches se présentent plutôt sur un mode prescriptif : « *Il faudrait penser ou faire comme ceci ou comme cela* », alors même que la manière dont ces théories sont effectivement utilisées a très peu été étudiée. L'objectif de notre étude était d'explorer comment les MG pensaient induire le processus du changement chez leurs patients et s'ils se référaient à des théories connues. La finalité étant éventuellement d'adapter la formation en médecine psychosomatique proposée par l'ARFMPP.

MÉTHODE

De 2004 à 2013, 113 médecins ont participé à la formation de l'ARFMPP qu'ils ont évaluée par des commentaires manuscrits tout au long du cursus. Après accord des participants, l'analyse textuelle qualitative de ceux-ci, faite par deux chercheurs séparément, a permis la construction de cartes conceptuelles (*mind map*)¹⁹. Elles ont été ensuite comparées et discutées dans le groupe de recherche, composé de MG, de généralistes académiciens, d'un psychiatre, d'une psychologue et d'une chercheuse en sciences sociales spécialisée dans la recherche qualitative. Ce travail préliminaire ainsi qu'une revue de la littérature ont permis de préciser la question de recherche et d'élaborer deux vignettes cliniques inspirées par des situations réelles (**annexe 1**) portant sur des patients souffrant de douleurs chroniques. Une grille d'entretien semi-structurée (**annexe 2**) a également été construite pour animer

la discussion dans des *focus groups*. Les vignettes et la grille ont été testées par des jeux de rôle au sein du groupe de recherche. Sur cette base, un protocole de recherche a été élaboré et accepté par la commission d'éthique du canton de Vaud.

Deux *focus groups* de neuf MG chacun ont été créés (**tableau 1**)²⁰. Cette forme d'entretien a été choisie (*focus groups*) afin de favoriser la discussion entre les médecins interrogés, de faire émerger des représentations et ainsi d'enrichir le contenu, comme le propose Pope²¹. La composition des groupes s'est fondée sur un échantillonnage raisonné (*purposive sampling*), en veillant à la diversité maximale en termes d'âge, de sexe, de type de cabinet (individuel ou de groupe) et de lieu de pratique (ville ou campagne). Les deux groupes ont été volontairement constitués pour être différents non pas pour les comparer mais afin d'obtenir une diversité des réponses : l'un avec des médecins ayant participé à la formation de l'ARFMPP (groupe CAS), et l'autre avec des MG sans cette formation (groupe MG).

Les participants du groupe CAS (4 hommes et 5 femmes) ont été recrutés au sein des participants du cours se déroulant de 2012-2014 au terme de la formation. Les participants du groupe MG (8 hommes et 1 femme) ont été recrutés parmi les médecins qui collaborent avec l'Institut universitaire de médecine de famille, par téléphone, courrier électronique, et par le biais d'une annonce diffusée sur un site internet des médecins francophones de Suisse.

Dans chacun des *focus groups*, les deux vignettes cliniques ont été présentées successivement aux participants, et le débat a été guidé par un des chercheurs (FBT) à l'aide de la grille semi-structurée durant une heure et demie (durée fixée *a priori*). Les débats ont été enregistrés et retranscrits, puis codés par deux chercheurs (FBT et DW) à l'aide du logiciel Maxqda version 11.2.5²². Pour aboutir à un consensus, les codages ont été comparés par les deux codeurs (FBT et DW) et un superviseur académicien (LH). Un recodage a

été effectué (FBT et DW) aboutissant à des combinaisons catégorielles puis des cartes conceptuelles selon une méthodologie inspirée de la théorie ancrée. Les codages ont été faits en termes d'action, comme le préconise Charmaz, mieux à même de rendre compte des processus²⁰. Enfin, le codage a été analysé dans le groupe de recherche interdisciplinaire (FBT, DW, BS, JND, JS, DL, MG et LH).

Il s'agit d'une étude préliminaire qui ne peut prétendre à l'obtention d'une saturation des données au sens de l'absence de nouvelles catégories. Plus proches de la conception d'une saturation des catégories théoriques selon Charmaz, les auteurs pensent continuer l'étude pour chercher et récolter des données pertinentes afin d'élaborer ou affiner les catégories.

RÉSULTATS

L'analyse des transcriptions des *focus groups* a fait ressortir cinq thèmes principaux autour de l'induction du changement chez le patient (**figure**) dont trois sont en lien direct avec la question de recherche : se référer à des expériences ou à des connaissances utiles au changement, mobiliser des outils du changement et avoir une théorie du changement. Deux thèmes supplémentaires qui complètent les réflexions ont été également retenus : durer dans la relation malgré les difficultés et être conscient de son propre changement. Dans chacun des cinq thèmes, différentes catégories ont été mises en évidence et sont exposées ci-dessous.

Se référer à des expériences ou à des connaissances utiles au changement

Les participants interrogés au sujet de leur manière d'induire un changement faisaient tout d'abord référence à leur propre expérience. Il s'agissait de celle acquise par des cas analogues, « *Moi j'ai une situation qui est très semblable [...]* », ou d'autres patients, « *[...] c'est certains patients qui amènent [une solution], [...]* ». Ils faisaient aussi appel à

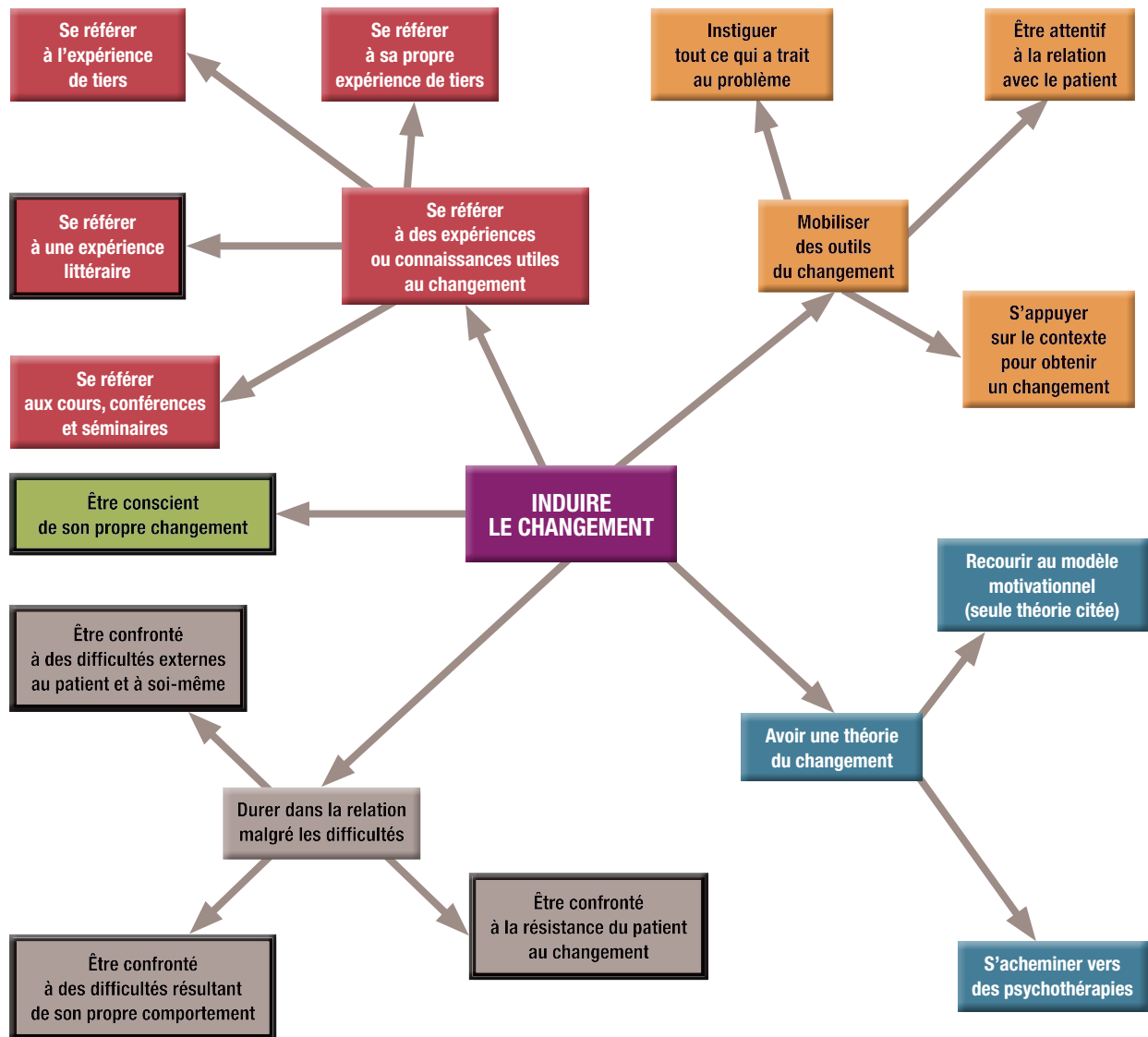


Figure - Les manières d'induire le changement
Les cinq couleurs illustrent les thèmes issus des résultats. : attitude réflexive du médecin.

leur ressenti, « [...] c'est le feeling qu'on a. [...] cette patiente j'ai envie de faire ça, puis une autre j'ai pas de tableau de bord [...] » et à leur expérience en tant que patient, « [...] puis aussi ma propre expérience de patiente ».

Ils recouraient à l'expérience de tiers qui enrichit leurs propres connaissances et leur savoir-faire. Celle-ci pouvait prendre la forme d'un travail en équipe multidisciplinaire, « [...] on la suit conjointement avec un antalgiste [...], une psychiatre et moi », d'un travail en réseau,

« Moi je serais assez pour organiser un réseau, justement avec la femme, [...] un traducteur [...] et pourquoi pas aussi avec le pédiatre [...] », d'une supervision, « [...] j'arrive plus à avoir du recul ou de l'énergie [...] et ça veut dire que, moi, je dois dans ces cas-là me faire superviser [...] », et de la participation à un groupe Balint, « [...] les Balint qu'on a de temps en temps avec les propositions de collègues [...] ».

Quelques participants mentionnaient tirer des enseignements de leurs différentes expériences littéraires et s'y

référaient. Il ne s'agissait pas de lectures spécialisées sur le sujet du changement, « Max Frisch qui avait dit : "on a fait venir des ouvriers, hélas on a eu affaire à des hommes..." ».

Les connaissances acquises lors des cours, des conférences ou des séminaires tenaient une part importante dans la carrière d'un MG et servaient d'appui pour la prise en charge, « Il y a eu le cours ces deux dernières années [formation psychosomatique ARFMPP] qui était intéressant [...] ».

Médecins	Groupe	Sexe	Année fin d'études	Type de pratique	Lieu de pratique	Spécificité
C1	CAS	F	2005	Hôpital	Ville	–
C2	CAS	F	1999	Cabinet de groupe	Ville	–
C3	CAS	H	1980	Cabinet	Campagne	–
C4	CAS	F	2005	Hôpital	Ville	–
C5	CAS	F	1994	Cabinet	Ville	–
C6	CAS	F	1996	Cabinet de groupe	Ville	–
C7	CAS	H	1993	Cabinet de groupe	Ville	–
C8	CAS	H	2003	Cabinet de groupe	Ville	–
C9	CAS	H	1974	Cabinet de groupe	Campagne	–
M1	MG	F	2010	Cabinet seul	Ville	En formation
M2	MG	H	2008	Cabinet	Campagne	En formation
M3	MG	H	1993	Cabinet	Ville	–
M4	MG	H	1979	Cabinet	Campagne	Médecine manuelle
M5	MG	H	2007	Hôpital	Ville	Médecine manuelle
M6	MG	H	1970	Cabinet	Ville	Retraite
M7	MG	H	1985	Cabinet	Campagne	Médecine manuelle
M8	MG	H	1987	Cabinet de groupe	Campagne	–
M9	MG	H	1973	Cabinet de groupe	Ville	–

Tableau 1 - Caractéristiques des participants

CAS : Certificate of Advanced Studies ; MG : médecin généraliste.

Mobiliser des outils du changement

Ce thème étant extrêmement riche, les citations ont été réunies dans le tableau 2.

Différents outils ont été relevés, à savoir investiguer tout ce qui a trait au problème pour induire un changement, être attentif à la relation avec le patient et s'appuyer sur le contexte pour obtenir un changement. Les participants considéraient ces outils comme des fragments tirés des enseignements ou de leur propre vécu au long de leur carrière, qu'ils récupéraient pour se les approprier et en tirer le meilleur, « *C'est un ensemble de choses qu'on a glanées, de droite et de gauche, et on construit finalement sa propre recette de cuisine...* ».

L'investigation de ce qui avait trait au problème pouvait être globale en faisant l'historique de la maladie, ou être focalisée sur le plan somatique, sur les

éléments psychosomatiques et sur les représentations du patient en l'interrogeant activement. Enfin, l'accent était mis également sur l'utilité d'investiguer un moment précis où la douleur était particulièrement intense et de s'interroger sur la fonction du symptôme.

La relation entre le médecin et le patient était le sujet qui avait suscité le plus de réflexions. Les participants utilisaient des outils relationnels pour faire changer le patient. Ils construisaient la relation en élargissant la discussion, en accompagnant le patient, en utilisant l'empathie ou encore en accueillant, écoutant ou validant la plainte du patient. D'autres manières d'induire le changement étaient de fixer des objectifs atteignables avec le patient ou de garder un seuil bas d'intervention, c'est-à-dire s'adapter au rythme du patient, ainsi que d'aider le patient à faire apparaître ses ressources. Considérer le patient

comme un partenaire ou un acteur de son changement était une idée qui s'imposait ces dernières années, surtout avec l'introduction de l'entretien motivationnel, mais n'était pas partagée par tous les participants, « [...] *j'ai beaucoup de réticence à cette notion de patient partenaire, parce que c'est d'emblée les mettre sur une fausse égalité* ». Enfin, dans une relation thérapeutique, les attentes du patient étaient importantes aux yeux des participants. Comprendre les attentes de la famille et l'informer était aussi crucial. Dans ce cas, une bonne communication était primordiale et, afin de l'améliorer, des participants ont proposé de se faire aider d'un traducteur ou médiateur culturel au besoin.

Le contexte propice au changement était exploré comme la reprise du travail. Une période de crise pouvait aussi être un bon moment pour faire évoluer favorablement la situation.



Mobiliser des outils du changement		
Catégorie	Sous-catégorie	Citation
Investiguer ce qui a trait au problème pour induire un changement	Faire l'historique de la maladie	« [...] se reposer la question en fait de l'histoire de la douleur, quand elle est apparue, qu'est-ce qu'elle met en lien avec cette douleur [...] »
	Investiguer le plan somatique	« [...] quand même bien creuser l'aspect somatique physique et aussi l'examiner... »
	Investiguer les éléments psychosomatiques	« [...] expliciter d'une manière ou d'une autre le lien entre ce qu'on vit émotionnellement, le stress, la fatigue, la surcharge et le fait que ça aggrave les problèmes de dos »
	Rechercher activement les représentations du patient	« [...] qu'est-ce que ça a représenté de tomber de deux mètres, est-ce qu'il y a eu une cassure psychologique, est-ce qu'il a cru mourir [...] »
	Investiguer un moment précis	« Moi je creuserais sur ce qu'elle nous dit : " y a certains jours j'ai tellement mal que j'ai les larmes aux yeux ", j'aimerais lui poser la question de ce qui se passe à ce moment-là, est-ce qu'il y a eu un événement particulier... »
	Rechercher la fonction du symptôme	« Ce symptôme quel rôle il joue dans cette consultation [...] »
Être attentif à la relation avec le patient	Élargir la discussion	« On peut dire que si effectivement il a mal au dos, pour moi il ne se résume pas à son dos »
	Accompagner le patient	« [...] lui montrer qu'on va l'accompagner même si on peut pas soulager ses douleurs [...] »
	Utiliser l'empathie pour induire un changement	« [...] dire : "Ça doit être horriblement paralysant d'être dans votre situation, qu'est-ce que ça vous fait?" [...] »
	Accueillir, écouter ou valider la plainte du patient	« [...] on l'écoute, parce que je pense qu'il y a certaines personnes qui ont besoin [...], ils vivent bien s'ils réussissent tous les trois mois à pouvoir venir et puis poser ce truc qui est dur à vivre »
	Fixer des objectifs atteignables avec le patient ou garder un seuil bas	« [...] fixer [...] un objectif atteignable principal sur lequel on puisse se focaliser »
« Peut-être qu'il faut respecter son rythme pendant un temps, faut se mettre à son échelle de temps [...] »	Aider le patient à faire apparaître ses ressources	« ... on pourrait aussi essayer de valoriser tout ce qu'il est capable de faire »
	Considérer le patient comme un partenaire ou un acteur de son changement	« [...] je pense que la plupart des patients surtout douloureux chroniques si on en fait pas [des partenaires] ... [...], s'ils s'impliquent pas dans leur prise en charge, je pense que c'est l'échec assuré [...] »
	Recueillir les attentes du patient	« [...] une autre question que j'aime bien c'est : "Si vous aviez une baguette magique, qu'est-ce que vous demanderiez comme petit miracle? ". »
	Comprendre les attentes de la famille et l'informer	« [...] rencontrer la famille, les proches puis expliquer où elle [la patiente] en est [...] »
	Se faire aider d'un traducteur ou médiateur culturel	« [...] faire appel à un médiateur culturel [...] c'est-à-dire essayer de comprendre ou d'aider à disséquer ce qui se passe derrière ce mal de dos... »
S'appuyer sur le contexte pour obtenir un changement	Encourager la reprise du travail	« [...] on aimerait peut-être quand même qu'il retravaille parce qu'il est peut-être capable quand même de travailler malgré ses problèmes psychiques surajoutés, ses traumatismes, ce qu'on aimerait surtout c'est qu'il puisse reprendre le travail le plus vite possible [...] »
	Utiliser la crise	« [...] il faut peut-être profiter de cette crise-là pour faire bouger le système, [...] pour pas qu'on chronifie l'histoire »

Tableau 2 - Citations du thème « Mobiliser des outils du changement »

Avoir une théorie du changement

Les participants considéraient la théorie comme une aide à la compréhension, « *Il y a des théoriciens qui nous ont aidé à comprendre ces mécanismes [...]* ». Lorsque la question « *sur quoi vous basez-vous pour ce changement ?* » a été posée, ils ont semblé d'abord hésitants et n'ont pas cité de théorie, mais ont préféré parler des expériences et des outils cités plus haut. Tout au plus ont-ils évoqué quelques notions théoriques comme le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente et les psychothérapies. Une certaine résistance à l'utilisation de théories était même perçue car l'un des participants disait : « *C'est exprès que je ne les citerai pas* » et expliquait ne pas vouloir se limiter à une seule approche mais viser une diversification de la prise en charge.

Un participant a fait référence au modèle motivationnel proposé par Prochaska et Di Clemente, dans la situation particulière des dépendances, « *Moi j'ai le modèle en tête du changement de Prochaska et Di Clemente qu'on a en addictologie [...] essayer de les accompagner, de les faire progresser dans ces stades du changement par une approche plutôt motivationnelle [...]* ».

La notion de psychothérapies était un terme générique se référant à différentes théories. Elle a été abordée mais n'a pas été développée, « *[...] on peut aider le patient à en prendre conscience et puis par les diverses psychothérapies [...]* ».

Durer dans la relation malgré les difficultés

Les participants disaient être confrontés à différentes difficultés lorsqu'il s'agissait de faire changer un patient douloureux chronique. À ce titre, un seul participant expliquait que, pour supporter ces difficultés, il fallait apprendre à durer dans la relation, « *[...] c'est notre endurance et notre affection et notre compassion, par rapport aux gens, qui nous font durer [...]* ».

Ils disaient être confrontés à des difficultés externes au patient et à eux-mêmes, par exemple le manque de diagnostic, « *[...] moi je peux pas travailler sur*

cette base-là, disons, parce qu'il y a un doute diagnostique [...] », la complexité de la situation, « *C'est une situation qui est d'emblée extrêmement compliquée, et puis l'issue heureuse n'est pas très... pas très probable, je dirais...* », et la prolongation de l'arrêt de travail, « *Une année d'arrêt de travail pour un syndrome douloureux chronique... moi quand je le vois, je dis c'est mal barré* ». D'autres facteurs cités étaient l'absence de modèle ou de théorie, « *[...] difficile parce qu'il y a une complexité d'avoir un modèle qui nous permet de réfléchir et d'agir [...], une bactérie, on donne un antibiotique...* ».

Les participants se sont penchés sur les difficultés à induire le changement chez leur patient, résultant de leur propre comportement. Ils ont relevé leurs idées reçues, « *[...] comment est-ce que vous voulez permettre à quelqu'un de changer si vous partez vous-même de la vision "c'est mal barré" ? [...]* », leur passivité, « *[...] si nous on [ne] fait pas quelque chose [...] si on est les deux passifs... ben y va rien se passer* », leur paternalisme, « *Peut-être sortir du paternalisme [...]* », et leur agacement, « *Moi je dirais aussi [...] que d'habitude devant les douloureux chroniques on est souvent agacé...* ».

Les participants ont relevé combien il était difficile de faire changer un patient qui opposait une résistance au changement lorsqu'il avait le sentiment que l'on ne reconnaissait pas sa souffrance, « *[...] y a un sentiment de non-reconnaissance de leur souffrance et puis c'est hyper-violent...* » ou qu'on le poussait à changer, « *Des fois, quand on pousse au changement... on a une résistance au changement [...]* ».

Être conscient de son propre changement

Le changement du médecin lui-même a paru important, voire inéluctable, aux participants. Ce thème faisait état de ce qui constitue le changement et non pas de ce qui l'induit. Ainsi il n'était pas directement lié avec la question de recherche du départ, « *Je pense qu'on change, nos pratiques professionnelles, elles changent au fil des années [...]* », « *[...] je tombe sur mes consultations d'il y a trente ans en arrière, et je commence à*

douter que c'est moi qui ai écrit ça et qui travaillais de cette manière [...], le changement se fait de toute façon, y a pas besoin de devoir changer », « *Y a peut-être des fois une difficulté entre le changement qui se fait implicitement par l'expérience et puis le changement qu'on pourrait faire parce qu'on a un regard sur soi [...]* ». Ils ont aussi fait preuve de réflexivité (autocritique), « *Pour moi, il faut se remettre en question* ».

DISCUSSION

Notre étude qualitative par *focus groups* s'est intéressée aux théories du changement des médecins généralistes dans le suivi de leurs patients, en prenant l'exemple du patient douloureux chronique. Pour les participants, le changement apparaissait incontournable, sinon ils se sentaient inutiles, « *Il faut qu'il y ait un changement, sinon je ne sers à rien !* ».

Elle a montré que les MG utilisaient des outils plutôt que des théories apprises durant leurs études et leur formation post-graduée. Ensuite, ils ont acquis de l'expérience et des connaissances pratiques au cours de leur carrière. Il semble qu'ils intégraient dans leur pratique les théories rencontrées, dont une partie importante était implicite et utilisée sous la forme d'outils. En effet, la seule notion théorique explicite abordée était le modèle motivationnel de Prochaska et Di Clemente, qui décrit six stades du changement, à savoir la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la rechute²³. Dans un autre domaine, celui de la dépression, ce résultat (utilisation d'outils) a déjà été constaté par Warwick²⁴ et exposé par Ouazana et Druais²⁵. L'hypothèse qui a émergé de ces résultats est que la proposition d'un éventail plus important d'outils lors de la formation de l'ARFMPP pourrait être plus efficace pour la pratique des MG. De plus, nous avons supposé que l'approche théorique, même si elle n'était pas retenue par les participants, permettrait d'intégrer des outils dans la pratique.



Les nombreux outils évoqués permettaient de mettre en lumière les différentes théories concernées. Par exemple, l'idée de fixer des objectifs ou de garder un seuil bas peut être reliée aux théories cognitivo-comportementales qui proposent de réfléchir avec le patient aux objectifs atteignables. La prise en compte de la famille dans la compréhension des attentes de chacun s'inscrivait dans une approche de théorie systémique telle qu'elle est définie par Watzlawick²⁶.

Les participants exploraient la dimension psychosomatique et psychosociale décrite par Engel lorsqu'ils cherchaient à élargir la discussion au-delà du symptôme²⁷.

Tous les participants cherchaient à accompagner le patient et à le considérer comme un acteur du changement ou un partenaire. Ces thèmes sont retrouvés chez différents auteurs²⁸⁻³¹, comme Berquin, qui propose d'accueillir, d'écouter et de valider la plainte des patients considérés difficiles³². Ou comme Balint qui défendait une médecine centrée sur le patient, en proposant au médecin de modérer sa fonction apostolique, en respectant le rythme inhérent à chaque patient⁶. Les participants proposaient l'empathie pour induire un changement, en se référant de manière implicite à la psychologie humaniste de Rogers *et al.*³³.

Un autre outil évoqué pour induire un changement était la prise en compte du contexte du patient. Une situation de crise pouvait être un levier pour induire un changement. Ce concept est ancien et on peut le faire remonter à Hippocrate !²

Les participants, en s'intéressant à l'histoire et aux représentations de la maladie, semblaient aussi parler implicitement de la médecine narrative développée par Launer dans les soins de premier recours³.

À côté de l'expérience pratique du MG, certains participants parlaient de leur propre expérience en tant que patient qui favoriserait leur empathie dans des situations analogues, et les aiderait à induire un changement en comprenant mieux leur patient. L'ex-

périence de tiers tenait une place importante, avec les équipes multidisciplinaires, le travail en réseau et les supervisions lorsqu'une situation devenait compliquée. L'expérience intégrée de différentes manières contribuait à la constitution d'outils que les médecins utilisaient en pratique. Gognalon et Lefebvre ont également constaté, lors d'une évaluation des compétences acquises par les médecins après la formation en médecine psychosomatique de l'ARFMPP³⁴, que la majorité des connaissances valorisées par les MG étaient en lien avec l'expérience acquise mais aussi avec la formation reçue tout au long de leur carrière.

Les participants disaient devoir durer dans la relation avec le patient, malgré différentes difficultés liées, selon eux, aussi bien à des causes qui dépendent d'eux, médecins, et de leur patient, qu'à des causes externes (le manque de diagnostic ou l'absence de modèle ou de théorie). Par exemple, le fait que le médecin puisse être agacé par un patient difficile est une idée également développée par De Ruddere *et al.*, qui expliquent que la douleur est sous-estimée chez les patients difficiles par rapport aux patients agréables³⁵.

Finalement, pour certains participants, le changement était inéluctable, surtout en ce qui les concernait eux et leur environnement, comme le concevait déjà Héraclite au V^e siècle avant J.-C.³⁶. Ils n'hésitaient pas non plus à se remettre en question en s'auto-analysant, ce qui était une forme de réflexivité, concept développé par Schön³⁷.

Comme nous l'avons souligné dans l'introduction, le changement peut se situer à différents niveaux (patient, relation, contexte ou médecin), et être de différents types (diminution de la douleur, amélioration de la relation, modification de la perception de la maladie par le patient, ses proches ou le médecin) ; néanmoins, notre étude ne permet pas de répondre à la question du type de changement attendu, car elle était orientée sur la manière d'induire le changement chez un patient. En plus de l'analyse contextuelle faite en préliminaire de notre étude et du travail

réflexif pluridisciplinaire tout au long de celle-ci, nous avons mené deux *focus groups*, ce qui néanmoins n'a pas été suffisant pour obtenir une saturation des données comme il serait souhaité. De plus, tout en nous étant inspirés de la *grounded theory* pour le mode de codage, l'analyse des résultats ne nous a pas permis de faire émerger une nouvelle théorie, tout au plus avons-nous pu dégager cinq thèmes et les mettre en lien, ce qui va dans le sens d'une théorie pragmatique selon Charmaz²⁰.

Cependant, nous pensons apporter une réflexion importante, et jusqu'à présent peu mise en évidence, sur la manière de fonctionner des MG, en mettant en lumière les méthodes utilisées quotidiennement par ceux-ci pour induire des processus de changement.

CONCLUSION

Notre étude montre que, pour induire un changement, les MG utilisent d'abord des outils qu'ils ont acquis au cours de leur formation et tout au long de leur pratique, plutôt que des théories formelles. De nombreuses théories au cours de leurs cursus semblent avoir été intégrées et ils s'y réfèrent de façon implicite, sans les identifier formellement. Les résultats de notre étude suggèrent de proposer un éventail plus important d'outils lors de la formation de l'ARFMPP. Nous pensons que l'approche théorique, même si elle n'est pas retenue par les participants, permet d'intégrer plus facilement des outils dans la pratique. Nous suggérons dès lors de modifier la façon dont sont enseignées les théories, par une approche plus inductive, c'est-à-dire partir des outils et clarifier les théories qui les soutiennent. Ces hypothèses seront à vérifier par des études ultérieures. ♦

Liens d'intérêts :

les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant le contenu de cet article. La formation continue dont cet article fait état respecte les règles de la FMH, disponibles sur : https://www.fmh.ch/files/doc2/samw_checkliste_f.doc

Résumé

Introduction. Dans la partie francophone de la Suisse, il existe une formation de médecine psychosomatique, durant laquelle sont enseignées différentes théories du changement. Constatant que les participants à cette formation y font peu référence, des médecins formateurs se sont ainsi questionnés au sujet de la place des théories du changement dans la réflexion et la pratique des médecins généralistes. Ainsi, l'objectif de notre étude était d'explorer comment les médecins généralistes pensent induire le processus du changement et s'ils se réfèrent à des théories connues en prenant l'exemple des patients atteints de douleurs chroniques. La finalité étant éventuellement d'adapter cette formation.

Méthode. Une pré-étude a été réalisée, par l'analyse textuelle qualitative des commentaires des médecins participants à la formation précitée, entre 2004 et 2013. Pour l'étude, deux *focus groups* ont été animés à l'aide de deux vignettes cliniques portant sur des patients douloureux chroniques et une grille d'entretien semi-structurée. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et codés, puis analysés à l'aide du logiciel Maxqda 11.2.5®.

Résultats. Les médecins généralistes interrogés se réfèrent à leurs expériences, à leurs connaissances, à des outils (investiguer tout ce qui a trait au problème, être attentif à la relation avec le patient et s'appuyer sur le contexte) et à quelques notions théoriques (l'entretien motivationnel et les psychothérapies). Ils font état de leur propre changement et du besoin de durer dans la relation malgré les difficultés.

Conclusion. Notre étude montre que les médecins généralistes constituent leur bagage théorique à travers l'acquisition d'expérience, des connaissances et des multiples théories rencontrées au cours de leur carrière. Une partie importante de ce bagage est implicite et utilisée sous la forme d'outils. Ainsi la formation en psychosomatique pourrait être plus orientée sur l'acquisition d'outils que sur les théories connues non utilisées dans la pratique par les médecins généralistes.

→ **Mots-clés :** médecine générale ; douleur chronique ; relation médecin-patient ; changement.

Summary

Introduction. A further education course on psychosomatic medicine conducted in the French-speaking part of Switzerland includes teaching on different theories regarding change. As course participants made little reference to these, physicians conducting the course began to question the place of theories of change in the thinking and practice of general practitioners (GPs). Wishing to adapt the training, the aim of this study is to explore how GPs proceed to bring about change processes in their patients and, taking the example of patients with chronic pain, whether they make reference to known theories.

Method. A qualitative textual analysis of the physicians' comments in training from 2004 to 2013 was initially performed. Two focus groups were conducted using two clinical vignettes on chronic pain patients and a semi-structured interview grid. The interviews were recorded, transcribed, coded and analyzed using the MAXQDA 11.2.5® software.

Results. The GPs interviewed referred to their experience, their knowledge, to the tools of change (investigate everything linked to the problem, be attentive to the relationship with the patient and take the context into account) and some theoretical concepts (motivational interview and psychotherapy). They report on changes in their approach and the need to maintain the relationship despite the difficulties encountered.

Conclusion. Our study shows that GPs constitute their theoretical base through experience and knowledge acquisition, as well as the different theories discovered over the course of their careers, and integrate them into a theoretical tool box. The role of theory is generally implicit and contributes to the formation of tools. Training in psycho-somatic medicine could be more oriented towards the acquisition of new tools than to the known theories that are not explicitly used in practice by GPs.

→ **Keywords:** general practice; chronic pain; change.

Références

1. Lefebvre D. Enseignement en médecine psychosomatique et psychosociale : vers une reconnaissance universitaire. *Rev Med Suisse* 2004;2465:1256.
2. Littré E. Œuvres complètes d'Hippocrate. Traduction nouvelle avec le texte en grec en regard. 1^{re} ed. Paris : Baillière, 1839.
3. Launer J. Narrative-based primary care: a practical guide. London : Radcliffe Medical Press, 2002.
4. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. 5^e ed. Paris : Presses universitaires de France, 2007.
5. De Roten Y. Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques. *Bulletin de psychologie* 2006;486:585-90.
6. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London : Churchill Livingstone, 2002.
7. Allaz AF. Le messager boîteux: approche pratique des douleurs chroniques. Paris : Médecine et hygiène, 2003.
8. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd ed. New York : The Guilford Press, 2012.
9. Vanhauzenhuysse A, Boveroux P, Boly M, et al. Hypnose et perception de la douleur. *Rev Med Liege* 2008;63:5-6.
10. Eschalière A, Courteix C. Antidépresseurs et douleur. *Rev Med Suisse* 2007;116.
11. Gillieron, E., Manuel de psychothérapies brèves. Malakoff : Dunod, 2004.
12. David L. Using CBT in general practice: the 10 minute consultation. Banbury : Scion Publishing, 2006.
13. Chassot P, Piguet V, Remund C, Luthy C, Cedraschi C. Douleurs chroniques et thérapie cognitivo-comportementale de groupe. *Courrier de l'algologie* 2006;5:4-7.
14. Favre C, Cedraschi C. La psychothérapie cognitive dans le traitement de la douleur chronique. *Rev Med Suisse* 2003;2443.
15. Gurny M. Thérapie cognitivo-comportementale de groupe et douleur chronique : attentes et satisfactions. *Douleur* 2009;208:1370-4.
16. Kroenke K. Telephone-based cognitive-behavioural therapy and a structured exercise programme are effective for chronic widespread pain (fibromyalgia). *Evid Based Med* 2012;18:23-4.
17. Lefebvre D, Gurny M. La médecine psychosomatique des médecins de famille, quels changements de pratique ? *Primary and hospital care* 2011;11:286-8.
18. McBeth J. Cognitive behavior therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain. *Arch Intern Med* 2012;172:48.
19. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine : GMSanté, 2011.
20. Charmaz K. Constructing grounded theory. 2nd ed. London : SAGE, 2014.

21. Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. 3rd ed. Hoboken : Blackwell publishing, 2006.
22. Verbi GmbH. Maxqda 11.2.5. Disponible sur : www.maxqda.com [consulté le 6 mai 2018].
23. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente. Changing for good: the revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits. New York : Morrow, 1994.
24. Warwick B. Prise en charge psychologique d'un patient déprimé en médecine générale: étude d'observation des pratiques dans les Yvelines. Thèse de médecine : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2009.
25. Ouazana A, Druais PL. Prise en charge du patient déprimé en médecine générale. In: Gougemand M (Ed). Les états dépressifs. Paris : Lavoisier MSP, 2010.
26. Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R, Furlan P. Changements: paradoxes et psychothérapie. Paris : Seuil, 1975.
27. Engel GL. The need for de new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
28. Banerjee A, Sanyal D., Dynamics of doctor-patient relationship: a cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *J Fam Community Med* 2012;19:12.
29. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lusassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol* 2012;65:10-5.
30. Greenhalgh T, Heath I. Measuring quality in the therapeutic relationship-Part 1: objective approaches. *BMJ Qual Saf* 2010;19:475-8.
31. Greenhalgh T, Heath I. Measuring quality in the therapeutic relationship-Part 2: subjective approaches. *BMJ Qual Saf* 2010;19:479-83.
32. Berquin A., Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse* 2010;6:1511-3.
33. Rogers C R, Gordon T, Hobbs N, Dorfman E, Carmichael L. Client centred therapy: its current practice, implications and theory. London : Constable & Robinson, 2003.
34. Gogalons-Nicolet M, Lefebvre D. De la cécité des connaissances à des savoirs par l'expérience. *Rev Med Suisse* 2005;5.
35. De Ruddere L, Goubert L, Prkachin KM, Louis Stevens MA, Van Ryckeghem DML, Crombez G. When you dislike patients, pain is taken less seriously. *Pain* 2011;152:2342-7.
36. Rhéaume J. Changement. In: Barus-Michel J, Enriquez E, Lévy A. (Eds). Vocabulaire de psychosociologie, références et positions. Paris : Érès, 2002.
37. Schön DA. The reflective practitioner: how professionals think in action. New-York : Basic Books, 1984.