

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2013

N°72

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Validation d'un référentiel de niveaux de compétence
concernant le premier recours
par des focus-groups d'internes du DES de Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement
le 13 juin 2013

Par

RIDEL, Pauline

Née le 15 août 1984 à Paris (12^e)

Dirigée par M. le Professeur GHASAROSSIAN, Christian

Jury :

M. Le Professeur GHASAROSSIAN, Christian (professeur associé) Président

Mme Le Professeur AUBIN-AUGER, Isabelle (professeur associé)

M. Le Professeur ATTALI, Claude (professeur titulaire)

M. Le Docteur SCHWARTZ, Jean-Claude (maître de conférence associé)



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

FICHER CODE PARIS VII

Groupes : **Novice** Intermédiaire **Compétent**

1. a patientèle diversifiée = point positif du stage
1. b activité variée = point positif du stage
2. définition de la patientèle diversifiée
3. relationnel avec les patients = point positif du stage
4. relationnel du travail = point positif du stage
5. vision du médecin généraliste en fonction du patient
6. durée d'installation longue = médecine de famille
7. définition de la médecine de famille
8. la médecine de famille est intéressante
9. description de la patientèle
10. a maîtres de stage en binôme est un intérêt
10. b intérêt d'avoir deux maîtres de stage identiques sur le raisonnement
12. la diversité ne pose pas de problème
13. toxicomanie gestion parfois difficile
14. découverte de la médecine en réseau intéressante
15. a première définition du réseau
15. b deuxième définition du réseau
16. réflexion sur la pratique future
17. découverte du réseau en stage de niveau 1
18. connaissance théorique éprouvée in vivo
19. activité du réseau
20. médecine en réseau = point positif
21. pas de points négatifs dans stage niveau 1
22. vision différente de la médecine = point négatif
23. organisation du cabinet = point négatif
24. explication organisation du cabinet
25. pas de dossier patient = point négatif
26. nécessité d'avoir des informations sur les patients
27. découpage de la journée = point négatif
28. attendre le patient = point négatif
29. questionnement sur l'organisation lors de l'installation
30. question sur la définition de la complexité
31. a complexité = temps
31. b complexité = situation
32. situations complexes rencontrées fréquemment
33. situations complexes seul ou avec maître de stage
34. complexité entraîne questionnements recherches
35. situations complexes dans journal de bord
36. complexité = demandes d'avis
37. journal de bord non contraignant à faire
38. réflexion avant rédaction de la trace d'apprentissage
39. pas dossier patient = complexité
40. communication avec professionnel de santé = complexité
41. complexité de refuser une prescription de complaisance
42. exemple de situation complexe
43. organisation d'une hospitalisation = complexité
44. échec de l'organisation de l'hospitalisation
45. intérêt de l'hospitalisation
46. gestion des questions de la famille
47. situations vécues comme un échec
48. compétence relation avec les professionnels de santé
49. difficulté à nommer la compétence en jeu
50. compétence gestion d'une urgence
51. a compétence se préparer à l'exercice professionnel
51. b définition compétence se préparer à l'exercice professionnel
52. analyse réflexive de sa pratique

53. manque de connaissance du patient= complexité
54. relation avec entourage du patient= complexité
55. évolution de la pratique par la supervision
56. complexité de l'annonce d'une maladie grave
57. complexité de la gestion du temps
58. compétence annonce d'une maladie grave
59. définition compétence premier recours
 - a. Situations qui se présentent fréquemment en médecine générale
 - b. Premier recours = carré de White
 - c. Patient qui consulte pour un motif non vu auparavant
 - d. Premier recours = premier rempart local
 - e. Premier recours = premier contact
 - f. Premier recours = cheminement orientation dans le parcours de soins
 - g. Premier recours = orientation ou non vers l'hôpital
 - h. Premier recours = parfois les urgences
 - i. Premier recours = faire de la prévention
 - j. Définition du premier recours = geste technique
 - k. Premiers recours = personne qu'on va voir en première intention
 - l. Premiers recours = médecin généraliste
 - m. Premiers recours = dépistage de situations à risque
60. Comportement du médecin en premier recours = être rassurant
61. complexité du premier recours au cabinet ou aux urgences
62. difficulté à gérer l'entourage en premier recours
63. premier recours = la moitié de l'activité en médecine de ville
64. choix de la personne de premier recours
 - a. premier recours car relation ancienne
 - b. interne ou maître de stage
 - c. premier recours car personne de confiance
 - d. premier recours car bon contact
 - e. habitudes d'aller voir médecin généraliste
 - f. choix en fonction éducation
 - g. parfois les urgences
 - h. médecin généraliste non disponible
 - i. quelqu'un de carré
 - j. proximité
65. premier recours dépend du contexte social
66. premier recours dépend du contexte familial
67. a exemple d'une situation de premier recours aux urgences
67. b exemple d'une situation de premier recours au cabinet
68. motif du premier recours
 - a. ordonnance – traitement
 - b. toutes inquiétudes
 - c. motif inattendu
 - d. motif non médical
 - e. questions bénignes
 - f. arrêt travail
69. difficulté de négocier en premier recours
 - 69.a plus difficile de négocier pour l'interne que pour le maître de stage
 - 69.b plus difficile de négocier quand maître de stage a des habitudes différentes
70. exemple de négociation difficile en premier recours
71. demandes multiples en premier recours
72. négociation plus facile si pas de dépendance financière
73. a négociation en premier recours = temps
73. b négociation en premier recours = explications
74. acquisition de la capacité à négocier et à expliquer au patient au cours du stage de niveau un
75. acquisition de l'éducation du patient
76. acquisition souplesse et adaptation au patient
77. négociation = parfois conflit avec le patient
78. négociation dépend du contexte
79. le remplacement est différent de l'installation

- 80. point positif du stage : le mds ne critique pas l'interne devant les patients
- 81. essai d'être proche des recommandations
- 82. pouvoir du médecin généraliste
- 83. acquisition de l'adaptation au rythme du patient
- 84. acquisition hiérarchisation
- 85. acquisition gestion du temps
- 86. difficulté à identifier la demande du patient en premier recours
- 87. gestion en premier recours de l'urgence ressenti par le patient
- 88. acquisition de la gestion en premier recours de l'urgence ressenti par le patient
- 89. gestion en premier recours de l'urgence réelle
- 89.1 difficulté à gérer sa propre inquiétude dans l'urgence réelle
- 89.2 difficulté à orienter le patient
- 89.3 difficulté à convaincre le patient
- 89.4 difficulté à gérer la famille dans l'urgence réelle
- 90. acquisition confiance en soi
- 91. difficulté de trouver une référence
- 92. acquisition de se former seul
- 93. acquisition de dire « je sais pas »
- 94. acquisition de la recherche d'avis
- 95. complexité de rentrer dans l'intimité du patient en premier recours
- 96. acquisition de la gestion de l'intimité en premier recours
- 97. différence avec l'hôpital en premier recours
- 98. médecine de famille importante en premier recours
- 99. acquisition de l'écoute du patient
- 100. le patient attend de l'empathie du médecin
- 101. complexité à donner son avis en premier recours sur un motif non médical
 - a. rôle de conseiller difficile
 - b. rôle moralisateur ?
 - c. rôle psychosocial
 - d. plus facile pour maître de stage
 - e. crainte du jugement du patient sur les conseils du médecin
 - f. rôle de juge ?
 - g. limite de l'avis
- 102. questionnement sur le rôle de conseil du médecin
- 103. implication humaine plus importante pour le médecin généraliste
- 104. perte de l'objectivité sur les patients avec le temps et la connaissance des patients
- 105. dévalorisation du rôle du médecin généraliste
- 106. pas de formation au rôle non médical du médecin généraliste
- 107. Acquisition de l'identification de la demande du patient en premier recours
- 108. chaque médecin a la patientèle qui lui ressemble
- 109. travailler à plusieurs est un point positif
- 110. en premier recours travail à plusieurs = aide
- 111. en premier recours complexité du secret médical
- 112. complexité de la médecine de quartier
- 113. Fatigue = Point négatif du stage
- 114. Beaucoup d'apprentissage = point positif du stage
- 115-1 Rythme = point négatif du stage
- 115-2 Rythme = point positif du stage
- 116. Trois services hospitaliers en 6 mois = point négatif du stage
- 117. Autonomie = point difficile du stage
- 118. Prise de contact = point difficile du stage
- 119. Positionnement par rapport au senior = point difficile du stage
- 120. Difficulté à faire des traces d'apprentissage
- 121. Ignorance de ce qu'est la compétence premier recours
- 122. intérêts des compétences
 - 122. a progresser
 - 122. b questionnement sur intérêt des compétences
- 123. Situation de premier recours fréquente aux urgences
- 124. Difficulté de l'incertitude du diagnostic en premier recours
- 125. Pas de suivi du patient aux urgences = point négatif

- 126. Stratégie pour éviter l'incertitude diagnostique
- 127. Difficulté en situation de premier recours car manque de consensus
- 128. Importance de l'expérience en premier recours
- 129. Acquisition d'expérience en premier recours
- 130. Représentation du médecin pour le patient
 - a. dépend de l'âge
 - b. dépend du sexe
 - c. dépend de l'assurance
 - d. dépend de la présentation
 - e. ne dépend pas du sexe
 - f. dépend du physique
 - g. dépend du premier abord
 - h. dépend des patients.
- 131. Difficulté à se positionner en tant que médecin en premier recours
- 132. Acquisition de la communication avec le patient et son entourage
- 133. Importance du costume en premier recours
- 134. Gestion, travail de secrétariat
 - 134. a point négatif
 - 134. b intérêt d'un secrétariat'
- 135. Pratique seul entraîne apprentissage
- 136. SASPAS globalement positif
- 137. Décision de faire SASPAS prise après le stage de niveau un
- 138. Niveau un mieux que SASPAS
- 139. Point négatif du stage = pas de suivi
- 140. Avis mitigé sur le SAS PAS
 - 141. a Découverte organisation du cabinet en SAS PAS
 - 141. b Découverte organisation du cabinet en niveau un
- 142. Niveau un centré sur le patient
- 143. Plus de recul en SAS PAS
- 144. Point positif du SAS PAS = plus d'autonomie
- 145. Point négatif du stage = ne pas gérer son planning
- 146. Point négatif du stage = peu d'évolution dans le SASPAS
- 147. Point négatif du stage = « dépannage »
- 148. Compétences validées = passage à autre chose
- 149. SASPAS = situations complexes= traces
- 150
- 151. Médecin généraliste = premier recours = parfois effrayant
- 152. Difficulté en premier recours = nécessité de tout savoir
- 153. Difficulté en premier recours = répondre à tout
- 154. Difficulté en premier recours = différence entre théorie et pratique
- 155. Difficulté en premier recours = rassurer les patients
- 156. Difficulté en premier recours = évocation du diagnostic sans inquiéter le patient
- 157. Acquisition prise en charge globale du patient
- 158. Difficulté en premier recours = conflit avec le patient
- 159. Acquisition autonomie
- 160. Acquisition gestes techniques
- 161. Acquisition dépassement du motif de premier recours
- 162. Acquisition faire de la prévention
- 163. Difficulté de consulter avec Maître de stage
- 164. Niveau un trop tardif dans le cursus
- 165. Communication meilleure avec le médecin généraliste qu'avec les autres médecins
- 166. Pas suffisamment de stage en ville dans le cursus
- 167. Plaisir d'avoir la confiance des patients
- 168. Acquisition de la capacité à s'interroger sur la pertinence d'un examen
- 169. Compétence gestes techniques
- 170. Acquisition d'accepter l'incertitude diagnostic

Retranscription du Focus Group niveau « compétents »

6 participants, 5 filles et 1 garçon. (D, S, L, M, C, V)

Les paroles du modérateur et celles de l'observateur sont retranscrites en italique

Date : 26 mai 2011

Durée de l'entretien: 1h24

-Pour commencer, on va faire un petit tour de table pour que vous vous présentiez, que vous disiez en quel semestre vous êtes, en quel stage vous êtes, si vous avez déjà une orientation, enfin peut être une petite idée de ce que vous allez faire par la suite.

-D : Je m'appelle D, je suis en T3, je suis en pédiatrie, donc à la fin de mon cursus et je veux faire la médecine générale.

-D'accord. Tu penses travailler en cabinet ou des remplacements au début ?

-D : Des remplacements au début puis après tu t'installes.

-Ok.

-S : Moi c'est S., sixième semestre, je suis actuellement aux urgences de Villeneuve-Saint-Georges, je compte faire des remplacements dans un premier temps et après travailler dans un cabinet aussi, faire que du libéral.

-Que du ?

-Du libéral, en ville quoi, orientation traumatologie du sport, je passe des DU dans ce sens là en ce moment.

-Ok.

-L : Moi c'est L., je suis en sixième semestre, je suis en gériatrie, et je compte faire de la médecine d'urgence, j'aimerais pour finir.

-C : Moi c'est C., je suis en sixième semestre, en ce moment je suis en cardiologie et après j'ai un poste d'assistante en médecine interne, et ensuite bah ce n'est pas gagné aussi et après c'est vraiment en cabinet ou en clinique, je ne sais pas.

-D'accord.

-V : V., je suis aussi en sixième semestre, je suis en gynéco, je compte commencer par faire des remplacements puis ensuite m'installer tout de suite en Province.

-M : M, je suis en sixième semestre, je suis en médecine préventive cardio-vasculaire et moi je voudrais travailler dans une maison de santé.

-Est-ce qu'il y a en parmi vous dans vos cursus qui ont fait un SASPAS ?

-C : Non.

-L : Non.

-V : Oui.

-Je veux bien juste que tu me dises à quel moment tu l'as fait.

-V : En cinquième semestre.

-D'accord et tu avais combien de praticiens ?

-V : Trois.

-Oui d'accord, le semestre dernier en fait ?

-V : Oui.

-Et toi ?

-M : Moi pareil cinquième semestre et moi j'ai eu deux praticiens et un à la PMI pédiatrie.

-Et pas vous autres ?

-D : Non.

-S : C'est ça.

-D'accord, ok. Alors vous allez essayer de penser à des situations complexes, un peu comme des RSCA, des consultations qui n'ont pas forcément été simples pour vous, où il y avait plusieurs choses à traiter en même temps, en essayant de me dire quelles sont les compétences que vous avez illustrées au cours de cette consultation. Vous en prenez une qui vous vient à l'esprit et vous nous la racontez, puis ensuite vous nous dites, «j'ai illustré telle compétence » par rapport à ce que je vous ai dit, ou même s'il ne vous vient pas l'idée.

-D : De la première compétence ?

-De tout, une situation.

-D : N'importe laquelle ?

-Oui n'importe laquelle.

-M : Je peux commencer par exemple, lorsque j'ai fait un remplacement cet hiver et il y a avait beaucoup de cas de grippe, donc demandé par les patients et j'ai eu une patiente qui est venue pour une fièvre et toux et finalement, elle me paraissait un petit peu pas comme les autres, je l'ai examinée, elle était très pâle et je l'ai même emmenée faire un ECG, je ne me souviens plus pourquoi, à un moment donné j'ai dû suspecter une myocardite, je ne me souviens plus pour quelle raison exactement, et donc j'ai demandé un bilan quand même en urgence sans l'envoyer aux urgences, elle ne me paraissait pas non plus très inquiétante. Finalement, j'ai du vraiment insister pour qu'elle le fasse le même jour, le bilan est revenu avec une hémoglobine à 4, et donc elle serait hospitalisée par la suite. Qu'est ce que je dois dire maintenant?

-Tes compétences.

-M : Quelles compétences ? Je ne sais même pas comment le mettre au niveau verbale ces compétences, puisque lorsque l'on est vraiment inondé par les cas de quelque chose de commun, tu vois 20 patients qui ont ça, grippe, grippe, grippe, il faut vraiment faire attention à tous ces signes cliniques moindres, c'est vraiment l'histoire de base mais on ne l'applique pas forcément toujours au cours de notre pratique, enfin je trouve, je ne sais pas. On a appris ça en D3 ou D4, pâleur, anémie, moi lorsque je l'ai vu pâle, je ne pensais pas à l'anémie, elle me paraissait juste un cas, pas comme les autres.

-Tu as demandé un bilan quand même!

- M : Sans forcément penser que je vais chercher l'anémie et il se trouve qu'elle était à 4, donc c'est un peu quand même, cette situation avec une anémie chronique, mais quand même 4 c'est très peu, mais cela m'a appris vraiment à faire attention au moindre détail durant l'examen clinique.

-S : Et puis au cours de ta journée, pour ne pas passer à côté de quelque chose.

-M : Oui voilà, surtout lorsqu'elle...

-Ok. Alors est-ce que vous avez une autre situation complexe qui vous vient à l'idée que vous pourriez raconter ? Même si cela a fait l'objet d'un RSCA ce n'est pas grave, on ne les a pas lus!

- V : Moi je veux bien raconter mon RSCA de SASPAS même si je ne l'ai pas complètement écrit. C'était dans un cabinet qui était dans une cité, avec un recrutement un peu particulier, avec beaucoup de gens qui ne parlent pas très bien français et c'est un papa qui amène sa fille d'une douzaine d'années, ils sont indiens et lui ne parle pas du tout enfin quasiment pas français et il venait pour renouveler son traitement contre l'asthme et c'était juste de la VENTOLINE. C'était une petite fille, une jeune fille, mignonne comme tout, sauf qu'elle était quand même obèse et puis à l'interrogatoire finalement, on se rend compte qu'elle prend la VENTOLINE genre trois fois par jour et que son asthme n'est pas du tout équilibré, donc il y a avait déjà ce point là. Donc après, il y avait cette histoire d'obésité, personne ne s'était jamais préoccupée de son poids et à douze ans je trouvais que ça valait peut être le coup de vouloir essayer de faire quelque chose avant que ça ne puisse pas se résoudre. Après comme problème, elle avait aussi du coup un terrain allergique et elle avait des énormes plaques d'eczéma partout, un peu genre lichénifiées et puis pareil, elle ne mettait rien, mais ça la gênait du coup c'était complètement, enfin complètement disgracieux. Et du coup j'ai déjà eu un peu de mal à déjà à lui expliquer, parce qu'elle faisait la traduction pour son père, donc à expliquer à une petite fille de douze ans son histoire de l'asthme que son traitement ne suffisait pas, qu'il fallait faire des EFR, qu'il fallait lui donner des corticoïdes inhalés etc., qu'il fallait la revoir, plus après l'histoire du poids, finalement j'ai laissé tomber parce qu'il y avait dix fois trop de choses dans la consultation plus après son histoire de dermocorticoïdes etc., enfin c'était compliqué. Enfin voilà, du coup j'ai eu un peu de mal à hiérarchiser les choses puis à expliquer correctement, mais c'est vrai que le père comprenait, a essayé de la motiver pour qu'elle prenne son traitement correctement.

-C'était la barrière de la langue.

-V : Bah elle parlait très bien français mais du coup c'était compliqué.

-Mais pas le papa.

-V : Mais du coup c'était compliqué.

-Au final, tu as décidé de traiter, de t'occuper surtout l'asthme.

-V : Oui j'ai commencé par là et après c'était pas mal, vu que c'était au début de semestre, elle est revenue vachement souvent, donc du coup après on a pu l'équilibrer sur le plan de l'asthme, on a un peu essayé de lui parler du poids.

-Après tu as pu revenir sur le poids au cours des consultations?

-V : Les consultations d'après.

- Alors même question, sur l'ensemble des consultations que tu as eu sur cette petite fille, quelles sont

les compétences dont tu t'es servi pour gérer ces consultations là ?

-V : Euh bah, il y avait déjà tout ce qui est l'entretien motivationnel après pour le poids.

-Oui.

-V : Essayer de comprendre pourquoi elle était un peu grosse, en fait c'était marrant, enfin, son père a expliqué que comme elle était très bonne élève, pour la récompenser, il lui donnait tout ce qu'elle voulait à bouffer et du coup elle se prenait des plâtrées énormes et voilà. Donc voilà, il y avait une raison. Et puis même l'entretien motivationnel lorsqu'on a douze ans, c'est prendre ses corticoïdes inhalés matin et soir, avant le sport et tout, ce n'est pas forcément marrant, et puis bah après les compétences normales de diagnostic à visée thérapeutique.

-De mise en application.

-V : Voilà. J'avais été regarder car dans le 93, il y avait un réseau de prise en charge d'enfants obèses du coup il y a une compétence réseau, et en fait ça ne marche pas plus lorsqu'un enfant est pris en charge par un réseau que lorsqu'il est pris en charge par le médecin généraliste tout seul, mais bon on s'était renseigné.

-Ok. Est-ce qu'il y a un autre exemple, parmi vous, qui voudrait nous raconter ?

-D : Lorsque j'étais chez mon praticien, il y avait un SDF qui venait régulièrement une fois par semaine.

-Oui.

-D : D'une part pour prendre une douche parce qu'il avait une douche dans son cabinet et puis, il disait tout le temps tout le temps qu'il avait très très mal au ventre, le praticien le voyait toutes les semaines, il avait mal au ventre, il l'examinait et il n'avait jamais rien, voilà, de temps en temps il avait déjà fait des bilans et cela n'avait rien donné. Et puis, pour rejoindre un peu l'histoire du début, c'est qu'un jour il est tombé sur moi puisque je consultais toute seule et il me dit qu'il a mal au ventre mais pas comme d'habitude, et donc j'étais un peu partagée entre ce qu'il était et, enfin. Et du coup c'est un peu pareil, ensuite j'ai fait un bilan, une échographie et en fait il avait une pancréatite. Parce qu'au niveau des compétences, ça rejoint un peu, il faut essayer de faire la part des choses entre ce qui est habituel et ça, le côté aussi un petit peu « patient pénible » et ne pas se laisser entraîner par ça. De toute façon, il a toujours mal au ventre, il râle toujours, et puis euh, il y a toute la part, un peu de précarité, de prise en charge des soins, chez quelqu'un qui n'a pas de prise en charge sociale, qui n'a pas de lieu de vie, pour l'hospitaliser, du coup c'était très compliqué.

-Ok super. Est-ce que vous avez d'autres exemples à nous donner ?

-S : En cabinet hein tu veux ?

-C : J'en n'ai pas trop non plus

-Comme vous voulez. Après pas forcément en cabinet puisque vous avez fait votre stage chez le praticien, ou même une situation que vous avez rencontrée à l'hôpital, qui s'applique à la médecine générale de ville ou même, ce n'est pas grave, si tu as une idée en tête tu peux nous la raconter.

Nous laissons un temps de réflexion.

-Non. Bah, on enchaîne.

-Bon bah ce n'est pas grave, si ça vous revient. Bon. Alors maintenant, on va essayer de définir un petit peu la compétence de premier recours. Donc je veux bien que vous me lanciez un petit peu toutes les idées qui pour vous, définissent la compétence de premier recours en médecine générale. Qu'est que ça vous évoque, pour vous c'est quoi ?

-C : Faire le débrouillage.

- V : C'est savoir faire la part des choses entre ce qu'il y a d'urgent et ce qui ne l'est pas ...

-D : C'est savoir soulager, savoir dans le premier, savoir ce qui est urgent et savoir donner un premier, les douleurs, la prise en charge de symptômes, pas forcément la prise en charge la cause, savoir faire un diagnostic étiologique de débrouillage.

-Et là pour le coup, est-ce que vous avez des exemples de consultations type, où vous vous dites, «ah bah tiens», si vous en avez, vous pourriez nous en donner ?

-L : Bah non.

-S : Si moi, j'en avais eu un. J'avais fait un RSCA, c'était une jeune fille qui venait pour décompensation de son diabète, qui était en rupture d'insuline, qui est venue aux urgences, pour hyperglycémie, perte de poids, voilà. Qui avait un diabète très mal pris en charge, elle avait perdu sa mère un an auparavant dans un incendie, enfin un contexte très difficile. Elle vivait avec une belle-mère, donc contexte pas facile et là, donc je la prends en charge initialement, il n'y a pas de critère pour l'hospitaliser, on est un vendredi, il n'y a pas de service de diabétologie, elle n'est pas en décompensation sévère. Et du coup, quoi faire pour cette jeune fille, avec en plus la mère qui demande, enfin la belle-mère qui demande une aide, qui dit si là on ne l'hospitalise pas, si on ne fait pas quelque chose, elle va se laisser mourir, ce n'est pas possible, faites quelque chose et là on se retrouve un petit peu sans, bah on n'a pas de ressource quoi, parce qu'on ne peut pas l'hospitaliser parce qu'il n'y a pas de service court et il n'y a pas la vraie urgence pour pouvoir la garder, mais il y a une urgence quand même pour cette jeune fille d'être prise en charge, qui est à la fois psychologiquement et médicalement en danger.

-Oui.

-S : Donc on essaye de faire au mieux, c'est-à-dire que j'ai essayé d'organiser, lui donner des numéros, pour qu'elle appelle l'hospitalisation de semaine de diabétologie, pour que cela soit fait rapidement mais ce n'est pas évident. On est là, un médecin qu'elle va voir, je la vois une fois comme

ça aux urgences, donc elle m'a touchée cette jeune fille mais après je ne pouvais pas faire grand chose derrière. Donc parfois dans les soins de premiers recours, il n'y a pas forcément que des demandes immédiates, il se cache des choses derrière où l'on se sent un peu impuissant. Lorsque l'on n'est pas le médecin traitant ...

-M : Non mais moi j'ai eu là aux urgences un cas de, enfin il y avait plein de patients en état d'ébriété donc ils étaient tous étiquetés en état d'ébriété, on se dit on va vite les voir et effectivement, ils ont bien picolés. Et puis en fait dans le lot, il y en avait un qui parlait, qui n'était finalement pas si alcoolisé que ça et qui était indien, donc il ne parlait pas français et son copain qui était là à côté, machin, et en fait c'est un patient qui venait parce qu'il ne se sentait pas bien depuis le matin et en fait, il arrive avec un énorme dossier, voilà. Dans son dossier, il y avait une IRM et une date de rendez-vous de consultation et dans son IRM, en fait, ça montrait qu'il avait un cancer des tissus métastatique et donc au final, enfin bref, il avait une embolie pulmonaire. Si tu veux au départ, il ne venait pas du tout pour ça, il était dans le lot de tous les alcoolisés.

-Ouais.

-M : N'ayant pas de logement, en plus lui il était un peu isolé. Et donc voilà pour moi, le premier recours, il était de faire la part des choses entre ce qui est étiqueté aux urgences et ce qui est étiqueté, ce qui est banal, finalement son EP n'était pas grave, il avait de bonnes constantes mais voilà.

-Il fallait creuser un petit peu ?

-M : Ouais.

-Et si vous deviez faire la différence entre le premier et le deuxième recours. Qu'est-ce que vous en pensez ?

-L : La différence ?

-Ouais.

-V : Bah il y a deux stades, premier recours c'est ce qui relève un peu de l'urgence ou semi-urgence, deuxième recours, c'est plutôt les choses qui peuvent attendre. Ou bien premier recours, c'est un petit peu la première ligne médicale, médecin traitant ou les urgences, le deuxième recours les avis de spécialistes, je ne sais pas trop à quel niveau situé cela.

- Répondez bien à la question que je vous pose.

-C'est pour avoir votre avis dessus, justement pour que l'on voit si vous êtes en adéquation avec les PUPH de la Médecine gé ou pas.

-C'est aussi pour cela que l'on fait ça.

-C : Bah moi, je me serais plutôt orientée, le premier recours c'est la première ligne, le médecin généraliste ou les urgences.

-S : Il y a un symptôme, je viens.

-V : Oui et l'accès facile. Puis deuxième recours, voilà les spécialistes, ou même le deuxième avis, parce que cela peut être un urgentiste ou un cardiologue qui demande à un deuxième cardiologue, un deuxième avis médical en tout cas.

-Dans le premier recours tu dis ?

-V : Non dans le deuxième recours.

-Dans le deuxième, d'accord.

-V : Mais je l'imagine comme effectivement, la chose grave aiguë et urgente est éliminée, mais après dans la finesse étiologique ou dans le traitement, un deuxième avis ou je ne sais pas, en ville aussi cela peut très bien s'appliquer. Aller voir, c'est plus souvent un spécialiste qu'un deuxième généraliste, ou aller voir un ostéopathe ou un kiné ou une sage femme, je ne sais pas quoi.

-Donc pour vous le deuxième avis, cela serait plutôt un deuxième recours, c'est ça ?

-D : Oui. Après ça peut être juste revoir son propre médecin.

-S : Je suis d'accord avec ça.

-L : Peut-être qu'on ne leur dit pas assez aux urgences, retourner voir votre généraliste, je pense qu'ils le font peut-être d'eux mêmes.

-D : Oui.

-C : Que les choses soient remises à plat. Ils ne sortent pas forcément tous avec un courrier.

-S : Pas tout le temps tu dis ?

-C : Oui, quand tu es aux urgences tu n'as pas forcément le temps mais quand tu revois ton médecin c'est bien d'avoir le courrier.

-V : Après effectivement, je trouve aussi qu'il y a plein d'urgences où il n'y a pas de compte rendu qui est adressé aux médecins. Il y a quelques hôpitaux qui le font, par exemple Foch, ils le font systématiquement, dès qu'il y a un généraliste qui est à côté de Foch, et du coup c'est vachement bien de recevoir le compte rendu et de se dire, « ah bah tiens mon patient, il est allé aux urgences, il a eu ça ».

-C : Du coup il y a la biologie, j'ai les résultats...

-L : D'autant plus les gens, ils ne savent pas trop expliquer ce qu'on leur a fait, ni les résultats, ils ne savent pas trop quoi.

-C : Et des fois, on ne leur a pas trop expliqué non plus.

-S : Et puis ils entendent ce qu'ils entendent.

- C : Aussi.

-L : Pour moi le premier recours, concernait le même médecin généraliste, c'est la première consultation de débrouillage, c'est un diagnostic, c'est urgent et ensuite c'est prescrire des examens complémentaires, on peut approfondir le dossier par la suite.

-C : Oui.

-M : Ça, ça serait plutôt le deuxième recours, le premier recours, c'est vraiment quelque chose de, voilà qui relève plus de l'urgence diagnostique ou de traitements.

-Est-ce que vous avez d'autres choses à dire sur le premier recours ? Tout ce qui vous vient à l'esprit. S'il y a un de vos amis qui vous dit le premier recours c'est quoi ? Vous avez déjà pas mal dit de choses, est-ce que vous rajouteriez d'autres choses ?

-Il y a surtout eu le fait de savoir faire le tri, faire la part des choses, l'urgence, la demande initiale, est-ce que vous voyez autre chose ?

-C : Moi je traiterais les urgences plutôt en dernier recours, enfin, la chose dont je me suis rendu compte c'est qu'une fois que les patients sont passés aux urgences, enfin je ne sais pas, si vous en avez la même expérience ou pas, si aux urgences on leur dit il n'y a rien, les patients ne vont plus se soucier de ce symptôme en disant, si aux urgences on m'a dit que ce n'était rien, je peux mettre ce symptôme de côté. C'est pour cela que la démarche que j'ai lorsque je suis aux urgences et lorsque je suis en cabinet de ville, la démarche diagnostique n'est pas la même.

-S : Souvent, aux urgences ils ont le droit à une prise de sang et aux radios.

-C : Oui voilà, mais ce n'est pas forcément des choses que je ferais en ville. Quelqu'un qui vient avec des maux de ventre...

- L : Ils ont plus confiance en la prise en charge et en la présence du plateau technique des urgences.

-Toi par exemple tu serais sur un même cas, il y a des choses que tu ferais plus aux urgences, un bilan, que tu ne ferais pas en ville ?

-C : Ouais, parce que le plateau technique est facile d'accès et après c'est aussi la politique du service. Il y a des services où ils vont vouloir être plus prudents et te pousser à consommer des examens complémentaires. Ce n'est pas forcément la meilleure des solutions.

-Est-ce que vous avez l'impression d'être plus prudent à l'hôpital ou aux urgences qu'en cabinet ou pas ?

-D : Oui.

-S : C'est sûr.

-Plus prudent aux urgences ?

-S : Oui.

-V : Bien sûr.

-C : Ce n'est pas de la prudence.

-M : Moi je ne dirais pas ça comme ça.

-C : On est toujours prudent, mais on se dit qu'on prend toujours un peu moins de risques aux urgences.

-S : Mais aussi, parce qu'on a tendance à penser que les gens ont déjà vu leur médecin traitant, parce qu'aux urgences, c'est censé être urgent.

-V : Voilà oui.

-C : Donc, on est censé se donner les moyens de trouver quelque chose, on ne connaît pas les gens aux urgences, on ne sait pas si se sont des gens qui exagèrent ou qui n'exagèrent pas, ou qui consultent tout le temps ou qui n'ont pas de suivi. Donc on est quand même obligé de faire un minimum de choses, alors qu'un médecin traitant connaît ses patients, il sait que ça fait 157 fois qu'il vient pour cela.

-L : En règle générale, quand même, lorsqu'un patient consulte aux urgences, c'est un geste de plus, vraiment s'être déplacé.

-V : Ils attendent quelque chose je pense.

-C : Ça dépend où sont placés les gens, c'est vrai qu'il y a certains endroits...

-L : Non mais en réalité, il y a en a plein qui n'ont pas de médecin traitant et qui viennent aux urgences, et ça sert de...

-C : Oui c'est leur consultation de médecine générale.

-S : En même temps, nous on ne peut pas être sûr de ça et donc on est quand même plus prudent.

-Pourquoi toi tu disais, je ne dirais pas ...

-M : Je ne dirais pas en terme de prudence, mais c'est ce que tu disais, c'est plutôt en terme de plateau technique etc., par exemple une dame qui vient avec un tableau de gastro-entérite, si c'est une de nos patientes et qu'on la voit en cabinet, c'est évident on va dire ok vous avez mal au ventre vous vomissez, c'est une gastro-entérite etc., une dame qui vient aux urgences ...

-Et donc tu ne fais pas de bilan ?

-M : Bah non.

-C : Non non, c'est juste pour

-M : Une dame qu'on voit aux urgences, bah il y a plein d'autres choses qui peuvent faire mal au ventre et qui peuvent faire des vomissements, donc je vais forcément lui faire des bêta HCG, je vais lui faire un ionogramme sanguin, je vais lui faire des transaminases, je vais lui faire une BU, je vais lui faire je ne sais pas quoi, un ECG...

-S : Oui et on va forcément tomber sur quelque chose.

-C : Non, non.

-S : Par exemple une CRP, non mais enfin on va souvent tomber sur quelque chose.

-M : Non mais en fait, comme tu ne la connais pas, tu pars du principe que ce n'est pas la même douleur que quand elle a une gastro et donc que si elle vient aux urgences c'est parce que elle a quelque chose de plus grave qu'une gastro.

-S : Voilà, aussi au cabinet, voilà ça ne me gêne pas du tout de dire à la dame c'est très probablement une gastro, ça va passer, prenez du VOGALENE, du SPASFON et tout et si dans deux jours ça ne va pas mieux, vous revenez. Et ça ne me dérange pas de la faire revenir dans deux jours et que si elle revient et qu'elle est enceinte ou je ne sais pas quoi, bah ok il n'y a pas de problème. Alors qu'aux urgences, effectivement, j'ai l'impression qu'il faut régler le problème et les gens une fois qu'ils sont venus aux urgences, c'est plus compliqué de les faire revenir, alors que, enfin je ne sais pas.

-En fait, si j'ai bien compris, tu accélères ta démarche pour avoir le diagnostic.

-S : Pas forcément pour avoir le diagnostic, mais pour être sûr de...

-M : D'éliminer certains diagnostics.

-D : Ne pas passer à côté de quelque chose.

-C : Pour éliminer des diagnostics urgents.

-L : Je me suis rappelé d'une histoire qui, peut être ça peut aller dans le premier recours. J'ai vu une patiente, une femme avec douleurs abdominales, plutôt à l'hypochondre droit bizarrement, à qui je

demande, est-ce qu'elle a des règles etc., depuis combien de temps etc., elle me dit que là maintenant elle a ses règles. Je lui fais quand même les bêta HCG qui se révèlent positifs, bon après j'ai su finalement, donc je trouve que c'est quand même intéressant, une femme qui a ses règles, comme il le faut, peut-être avec deux jours de retard, pas plus que ça.

-Et là, tu étais aux urgences ?

-L : Là j'étais aux urgences, mais en ville j'aurais fait la même chose.

-D'accord.

-S : J'aurais fait la même chose.

-Même si tu n'as pas le plateau technique.

-S : Je l'aurais envoyée faire le bilan.

-C : Après les médecins généralistes, ils ont quand même un plateau technique, enfin.

-S : Ils ont quand même les bilans rapidement, ils ont peut-être un délai de quatre/cinq heures, mais ils ont tout rapidement et ils ont des examens complémentaires plus rapidement qu'aux urgences parfois, les écho-dopplers et tout ça, c'est plus rapide qu'aux urgences.

-Et dans votre expérience, quand est-ce qu'un médecin généraliste adresse aux urgences, quand est-ce qu'il passe la main, sur quels arguments ?

-C : Problème de maintien à domicile.

-Ouais.

-M : Les personnes âgées, ils passent rapidement la main à d'autres services, quand c'est urgent.

-C : Beaucoup de douleurs thoraciques.

-Oui.

-C : Il n'y a pas d'ECG en cabinet.

-S : Mais quand tu n'as pas d'ECG au cabinet, tu envoies très facilement aux urgences.

-M : Quelque soit l'âge, quelque soit le contexte et quelque soit le type de douleur, même si c'est flagrant que c'est une douleur pariétale, j'envoie aux urgences.

-L : Je pense qu'il y a des médecins qui ont de bons correspondants cardiologues et les cardiologues, moi j'ai déjà vu des patients être pris dans la journée, le matin de 10h à 18h, et bah ça évite à la

dame d'aller aux urgences, évidemment une douleur qui n'était pas cardiologique, mais voilà quoi.

-D : Tout ce qui est traumatisme aussi.

-V : Mais je ne sais pas si c'est le généraliste qui envoie, ça j'ai plus l'impression que c'est la part du patient.

-S : Oui le patient qui va aux urgences.

-V : S'il a une entorse de cheville, il pourra aller voir le médecin généraliste, avoir une radio, mais non ils vont toujours aux urgences.

-Si tu as par exemple une entorse de cheville, tu l'envoies où ?

-V : S'il marche, ou s'il ne marche pas.

-S'il marche.

-V : S'il marche, il va à la radio, et puis après...

-C : S'il marche...

-D : C'est d'eux mêmes qu'ils vont aux urgences, comme lorsqu'ils se coupent, quand machin...

-S : Non mais c'est vrai que pour l'entorse de cheville, c'est plus une question d'éducation.

-V : Oui c'est aussi une question de compétence de médecin, moi on me met deux médecins et un praticien médecin du sport, je pense qu'il n'y a pas un seul de ses patients qui ne serait pas venu le voir. Je pense que c'est le patient qui se dit : « il sera capable ou pas ». C'est comme pour les sutures, il y a encore quelques médecins qui font les sutures au cabinet, mais comme tu sais que ton praticien, il ne le fera pas, tu vas directement aux urgences.

-C : Puis le bilan aussi ça dépend du contexte, en pneumologie il y a en quatre. Qu'est-ce qu'il y avait d'autre. Enfin, une femme qui a une décompensation cardiaque, qui aurait pu être gérée en ville parce que cliniquement, elle était bien mais le bilan était tellement mauvais qu'il l'a envoyée aux urgences.

-L : Mais peut-être, enfin là dans le service de cardio dans lequel je suis actuellement, justement, ils poussent à éviter de passer par les urgences. C'est à dire, que nous, on nous dit de leur dire, il faut donner les numéros du service et dire que si ça ne va pas, qu'ils appellent le service directement, qu'ils ne passent pas par les urgences. Ce sont des patients qui sont connus du service, je pense qu'il y a moyen pour nous en tant que généraliste d'éduquer, d'éviter de passer par les urgences.

-C : Même en médecine interne, lorsque que tu es vraiment suivi, généralement tu peux passer par ...

-L : Voilà.

-D : Ça dépend aussi du chef de service et de la liaison qu'il a avec les médecins de ville.

-C : Et si le généraliste veut se faire chier aussi.

-L : Est-ce que tu as vraiment besoin que le patient soit suivi en cardio pour l'adresser en cardio, si tu connais le chef de service ?

-S : Exactement, tu peux aussi appeler...

-C : Oui mais après est-ce que ce n'est pas une question de...

-S : Oui mais passer directement, parce qu'aux urgences tu fais un débrouillage, il y a un interrogatoire...

-V : Bah oui mais ça dépend comment les médecins hospitaliers considèrent les médecins généralistes.

-Quoi d'autre?

-M : Les enfants qui sont déshydratés

-L : Moi j'envoie plus facilement aux urgences pédiatriques qu'aux urgences pour adultes.

-Et pourquoi ?

-L : Bah pareil, c'était l'hiver, donc toutes les gastros, les bronchiolites.

-Mais là tu n'es pas encore passée en pédiatrie ?

-L : Je n'ai jamais fait de pédiatrie. Mais c'est facile de peser l'enfant, de voir qu'il a perdu 8% de son poids ou 10 % de son poids.

-D : Mais il y a aussi un truc, moi je sors de pédiatrie, et avant d'avoir fait la pédiatrie, je pense que j'envoyais très très facilement aux urgences.

-Ouais.

-C : Il y a un manque de compétences pour le coup, car la pédiatrie c'est quand même quelque chose d'hyper particulier quand même. C'est difficile d'avoir les compétences de pédiatre en plus de toutes celles des adultes et celles des gériatres.

-S : Il n'y en a pas beaucoup que tu gardes en fait.

-M : Et il y en a peu que tu prélèves.

-V : Ça dépend dans quel hôpital.

-C : Ça dépend des hôpitaux.

-S : Moi de ceux que j'ai envoyés, la moitié effectivement n'a pas été hospitalisée mais ils ont passé une journée aux urgences. Ils ont été perfusés.

-C : Aux urgences, tu passes toujours la journée.

-L : Mais non.

-S : Non non, je veux dire ceux qui ont été perfusés.

-C : Le temps qu'il mange la compote, qu'il fasse pipi.

-S : Ce que je veux dire, c'est qu'ils ont quand même reçu une hydratation IV et il y a quand même eu un acte thérapeutique qui a été fait, ça n'a pas été juste « ah oui il a perdu du poids, donnez lui à boire, au revoir madame ».

-C : Et bah ça dépend où tu l'envoies.

-S : Et puis c'était, « et bah si ça ne va pas, vous revenez. »

-L : C'est quand même 10 % du poids, c'est énorme.

-M : Bah oui pour l'hospitaliser.

-V : Bah oui je n'en doute pas, mais par contre c'est énorme quand même.

-C : J'ai du en voir deux en hiver des 10 %.

-L : Ah bah oui.

-M : Heureusement.

-L : Bah de toute façon si après tu suis ce que l'on t'a appris, effectivement de 0 à 5 tu restes à la maison, de 5 à 10 ça dépend, et au dessus de 10 tu les envoies c'est sûr, donc si tu fais comme cela...

-S : Je pense que c'est plus...ils ne se basaient pas tant que ça forcément sur la perte de poids.

-C : Enfin là, on rentre dans les détails, mais justement pour dire que la pédiatrie ce n'est pas facile. Et ça dépend des équipes en plus.

-Et vous qui êtes en fin de parcours là, on se rend compte de ce que vous allez encore apprendre pendant les cinq prochains mois. Est-ce que vous avez l'impression qu'il va vous manquer certaines choses pour être complètement à l'aise dans votre pratique ?

-(tout le monde parle en même temps): toujours! Ce serait difficile de te répondre non. Et puis tu

oublies, moi je pourrais passer 10 fois dans le service, j'apprendrais toujours quelque chose.

-V : C'est clair que, mais je ne sais pas, il compte l'allonger, donc...

-C : Mais si c'est pour la médecine générale, vraiment il ne te manquera pas tant de compétences ...

-M : Les connaissances théoriques elles changent tout le temps

-V : Après, pour approfondir, ce n'est jamais fini, on apprend toute la vie.

-M : Après dans chaque spécialité, si tu n'y passes pas, tu es moins compétent, ça c'est clair.

-Justement prenons...

-L : Clairement la gynéco et la pédiatrie devraient quasiment être un truc obligatoire.

-S : La gynéco pourquoi ?

-L : Pour que l'on puisse suivre des femmes enceintes.

-S : Bah si tu ne veux pas le faire tu ne le fais pas. Moi par exemple, je sais qu'en gynéco je ne suis pas bonne, je ne le ferais pas, je dirai à une femme enceinte que je ne la suis pas.

-D : Comment ça tu n'es pas bonne en gynéco ?

-S : Ouais je sais mais après...

-D : Mais après ça veut dire que la diabéto

-S : Je ne suis pas à l'aise pour le faire, je ne le ferai pas.

-D : Pourquoi tu ne te dis pas dans ce cas là, bah la diabéto je ne sais pas faire, alors je ne fais pas.

-S : C'est différent la diabéto, la gynéco c'est une femme enceinte, c'est un temps donné de la vie, la diabéto c'est tellement intriqué dans tout et puis quand ils viennent pour le traitement, pour la tension et que je dis je fais que la tension et je ne fais pas le diabète etc.

-C : Ce n'est pas possible.

-S : C'est quand même plus compliqué.

-L : Moi j'avais un de mes praticiens qui disait qu'il ne faisait pas les vieux et je te jure qu'il n'y avait pas de vieux qui arrivait à son cabinet.

-C : On n'a pas été chez le même ? Il était où ton praticien ?

-L : Dans le 91.

-C : Ouais c'est Monsieur D. ?

-L : Oui.

-C : Effectivement, il n'y a pas de vieux.

-V : Mais je pense que tu fais en fonction de tes compétences.

-L : Il y a autant de spécialistes que de maladies.

-V : On ne peut pas passer partout

-S : Je pense que ce qu'ils veulent savoir, imagine tu es installée en ville, qu'est-ce que tu crois qu'il va te manquer comme compétences en tant que médecin généraliste, généraliste pas cardiologue, pas rhumatologue, pas spécialiste, comme compétences que tu n'as pas acquises lors de ton internat. Par exemple savoir traiter les infarctus à la phase aigue, c'est très bien mais bon, pour la médecine générale c'est pas trop... Mais j'exagère.

-C : Moi je le savais quand je suis passée en USIC mais bon ça ne me servait à rien...

-Demain vous vous installez, dans quel domaine vous n'allez pas être à l'aise ?

-S : Le problème c'est que l'on ne connaît pas la liste des compétences que l'on est censé avoir.

-C : Si on l'a, mais c'est parce que tu n'as pas lu le papier!

-S : Moi je pense ne pas être à l'aise dans tout ce qui est rhumato, douleurs articulaires.

-D : Ouais ouais.

-S : Parce ce qu'il y en a plein plein plein là dessus et je n'arrête pas d'apprendre et c'est sympa quoi, tant que tu n'es pas passé dans le service. Enfin, il y a une grosse partie de plaintes rhumato, douleur, ortho, machin, il y en a plein, tout ce qui commence par l'anomalie du squelette, chez l'enfant, l'adulte, l'arthrose on prend en charge etc., on a une idée évidemment.

-V : Oui bien sûr.

-S : Mais je pense qu'en fait les compétences, cela dépend typiquement de la personnalité de l'interne et du cursus qu'il fait. Si c'est un mec qui n'aime pas les patients et qui a décidé de glander et bah il va lui manquer des compétences, ça c'est sûr.

-L : Oui, je suis tout à fait d'accord avec toi.

-D : En cardio par exemple, on est tellement bourré que voilà, AC/FA ça se traite comme ça, HTA ça se traite comme ça, bon le diabète machin tout ça, si tu ne connais pas, vraiment quelque part ça veut dire que peut être tes cours tu les as lus en diagonale!

-S : Oui.

-C : En revanche en rhumato, même théoriquement, en tout cas pour moi...

-D : Je ne suis pas d'accord, ils ne sont pas tous bien pris en charge au niveau cardio, enfin je veux dire dès qu'il y a un problème cardio...

-C : Justement les prescriptions sont faites par les cardiologues...

-S : J'ai voulu passer en cardio car je me trouvais nulle en cardio.

- Après c'est vrai que le but de nos thèses, effectivement c'est de la théorie, alors on essaye de se dire, en tout cas les enseignants, essayent de dire on a des bons internes dans le sens que l'on a quand même envie d'exercer la médecine générale, ils essayent de faire les cours dans cet état d'âme mais

-C : Théoriquement les enseignements

-D : J'aimerais que se soit moins orienté psy et compagnie, les burn out et tout ça on peut en parler les jeudis matins, mais je pense que c'est très bien justement, mais les cours magistraux de 4h ça serait bien, enfin qu'on nous remette par organe, les lacunes que l'on peut avoir.

-S : Ça colle plus à ce qu'ils veulent, c'est-à-dire pouvoir dire, un interne lorsqu'il a fini, il sait traiter les pathologies hyper fréquentes en médecine générale de façon, vraiment sans problème, il sait orienter sur les maladies un peu plus, au moins il sait faire le diagnostic ou l'approche diagnostique d'une maladie un peu plus pointue et il l'oriente. Après évidemment, il y a des internes qui n'ont pas envie ou je ne sais pas les enfants ne les intéressent pas, il ne fait pas de pédiatrie et ce n'est pas vraiment un problème en soit. Le but du jeu c'est vraiment de simplifier, voilà les médecins qui sortent de la fac on peut leur faire confiance, ils ne leur manquent pas tant de lacunes, c'est étudier un peu les compétences, vraiment sur lesquelles il faut se baser, nous former pour qu'on les ait à la sortie et justement le travail c'est la définition de ses compétences là.

-Pour vous un médecin généraliste lorsqu'il sort de la fac, qu'est qu'il doit savoir faire ? Ça peut aller de: il doit savoir prendre en charge le diabète à : il doit savoir décrocher son téléphone, à pour joindre un spécialiste quand il le faut. Si vous deviez définir ?

-C : Il doit savoir faire de la prévention.

-Oui.

-D : Je pense que pour le coup, on n'est pas trop mal formé là dessus.

-C : Il doit savoir passer la main quand il est ...

-S : Dépassé.

-C : A la limite de ses compétences ou de ses pratiques.

-V : Il doit prendre son temps, ce n'est pas forcément quelque chose qu'il a à sa disposition.

-M : J'ai l'impression que les connaissances globales finalement tout le monde les a comme on a tous passé l'internat, les grands diagnostics, les grandes orientations diagnostiques, les traitements dans leur ensemble, tout le monde les connaît. Après, je trouve que ce qui est plus compliqué c'est de savoir pragmatiquement ce qu'on fait quoi, c'est à dire en vrai: le patient il a ça et qu'est ce que on fait dans l'immédiat, pas seulement, ah bah pas seulement donner un anti-hypertenseur, par lequel on commence, à quelle posologie, lequel est l'équivalent de celui là...

-D : Il y a autant d'avis que ...

-S : Et pas finalement. Je trouve que cela rejoint un peu ce qu'on disait tout à l'heure, c'est beaucoup de l'expérience et c'est évident qu'à trois ans d'internat, on n'a pas vu toutes les situations de la terre et après c'est ce que tu disais un peu, il nous manque toute la bouteille, tout le recul et toute l'expérience de comment gérer un patient, on ne sais pas trop ce qu'il a ou comment gérer un patient.

-C : D'où l'utilité lorsque tu t'installes en ville, d'avoir un bon répertoire. Même si c'est ta première année d'installation. D'avoir des correspondants.

-L : Par exemple personne ne t'a expliqué, tu arrives comment tu fais ? En pratique, ce qui manque, c'est en pratique, comment on fait ? Qu'est ce que j'écris sur mon ordonnance, qu'est ce que je fais, enfin je ne sais pas.

-M : Et puis il y a toute la partie bobologie, que l'on ne connaît pas, enfin moi quand je suis arrivée chez le praticien, ça m'a fait ça, ça me manque quoi.

-C : Moi je ne savais pas quoi donner pour un rhume, mais j'étais en galère, par contre la dissection aortique j'étais impeccable!

-S : Tous les trucs de dermato et rhumato.

-C : On ne connaît pas.

-L : Je suis tout à fait d'accord, la rhumato c'est « j'ai mal là » ah oui, ou « oui docteur j'ai un peu mal au genou depuis trois mois » et même le simple examen du genou qui se pratique comme cela, bah ça nous manque énormément finalement.

-C : C'est là qu'il manque toute l'éducation du patient parce que tu dis « ah oui docteur, j'ai mal au genou depuis trois mois », si c'est à la fin de la consultation, apprendre et savoir que l'on peut dire au patient « écoutez c'est fini maintenant la consultation, on a réglé tous les problèmes, et pour le genou, si ça fait trop mal vous revenez après », bah non mais c'est ...

-S : Ouais il y a des trucs qui divergent vachement d'avant et il y a des trucs qui sont pareils. C'est fou quand même.

-L : Au début, je ne savais pas dire non aux gens et finalement, si tu veux faire de la bonne médecine, tu ne peux pas en fin de consulte par dessus la jambe, ah ouais ouais on va faire une radio, on va faire machin et tout, c'est ça aussi apprendre à gérer le patient.

-C : Mais ce n'est pas tellement dans nos compétences, enfin ouais, mais tu ne vas pas rééduquer tous les gens.

-L : Non pas rééduquer.

-C : Mais ce que je veux dire c'est que pour améliorer nos compétences si tu n'es jamais passé en rhumato, moi personne ne m'a jamais montré comment on fait un examen rhumato, les bouquins ça je m'en fous, mais si quelqu'un me montrait voilà...

-L : Mais normalement les cours de la fac devraient être là, savoir faire de la rhumato, la dermato..

-S : La dermato par exemple très bien, ils nous montrent des photos, c'est très bien, on oublie les photos mais bon.

-C : Ouais et tu ne retiens pas.

-S : Si quand même.

-L : Si si c'est bien, mais je veux dire la précarité de savoir qu'en Ile de France, il y a 10 % de la population qui est en dessous du seuil machin...

-D : C'est un truc que tu sais au feeling.

-L : Mais il y a un cours dessus.

-C : Oui, bah il a y un cours dessus, mais le cours il n'est pas nécessaire, parce que c'est un truc ..., qu'il soit patient ou que ce soit un pote, les gens pénibles tu sais les gérer, alors que la précarité, tu ne sais pas quoi faire lorsque que tu as un SDF qui s'assied en face de toi, « bah vous dormez où ? Bah je ne sais pas ». Est-ce qu'on a le droit de le foutre dehors ? Enfin tu vois...

-Alors je vais lire une question qui va s'adresser aux deux personnes qui ont fait un SASPAS. Donc on voulait savoir en quoi, lorsque vous étiez en SASPAS, le fait d'être en autonomie de façon quotidienne, ça vous a permis de vous améliorer dans la compétence du premier recours ? On est très cernés premier recours, vous l'avez compris, je suis désolée, c'est un peu redondant.

-S : Parce que lorsque l'on est seul, faut que tu fasses la part des choses urgentes pas urgentes, et comment je gère surtout, parce que tu ne connais pas le réseau forcément bien, c'est apprendre un petit peu à te débrouiller toute seule, lorsque ton praticien n'est pas là. Et puis au niveau du

diagnostic, j'étais vraiment poussée à chercher pendant l'heure de consultation, à chercher des trucs sur Internet des trucs que je ne connaissais pas.

-Et entre le début et la fin de ton stage, en quoi tu as amélioré cette compétence là ? Bah que le patient soit venu te voir toi.

-S : Ce n'est même pas la compétence qui s'est améliorée, parce que la compétence elle est là, c'est que j'ai appris à l'utiliser cette compétence, je ne suis plus pommée quand je vois un patient, cela ne me fait pas peur.

-D : C'est la confiance en soi.

-S : Oui c'est ça la confiance en soi, c'est ça que tu gagnes, après les connaissances théoriques, oui il y a une part d'apprentissage théorique beaucoup sur la neurologie quand même, tout ce qui est sur infarctus, AVC, tout ça on sait très bien gérer, mais quelqu'un arrive avec le SAMU, tu traites l'urgence, après tout ce qui est un peu bâtard comme cela c'est ça qui est difficile, surtout la neurologie, tu apprends pas mal de choses, c'est toi qui cherche tout de suite la réponse, ça t'apprend un peu à chercher.

-V : En fait, tu es plus pragmatique dans le sens où ce n'est pas forcément que tu as plus de connaissances mais tu sais aller plus vite, où aller chercher.

-S : Aller chercher, savoir comment gérer la consultation sans trop s'étaler, ce qui est effectivement, de faire un stage en plus à l'hôpital, j'aurais préféré pour justement en tirer les connaissances.

-D'accord.

-S : Mais maintenant, au niveau des compétences, de gérer la consultation, je ne sais pas si c'est mieux, mais en même temps on finira tous par faire des consultations, ça viendra un jour, tout le monde maintenant...

-C : Parce que juste faire des remplacements en sortie d'internat, ça ne remplacerait pas le SASPAS.

-S : Ce n'est pas pareil.

-L : Quand on a un praticien qui fait les choses correctement, qui relit derrière toutes les consultations, je trouve ça sympa d'avoir une relecture et voir, non mais franchement, les miens, ils étaient bien et franchement ils relisaient toutes mes consultations et ils étaient bien, quand j'avais fait d'une manière et qu'ils pensaient que l'on pouvait faire aussi d'une autre manière que la leur, au lieu de me dire « non tu as mal fait », « ah ok c'est bon tu as fait comme ça, c'est bon ».

-C : Donc au total, qu'est ce que tu as appris ?

-L : Bah j'ai appris...

-C : Que tu pouvais faire comme tu voulais...

-L : Non, il y avait de bonnes choses, après je suis complètement d'accord avec ce que tu dis, c'est toi qui est responsable quand même, quand tu es tout seul dans le cabinet, tu as envie de faire ton diagnostic, tu as envie de savoir ton traitement, de faire tout seul quoi, mais c'est quand même assez reposant de se dire, que si tu ne sais pas tu peux l'appeler quoi et il y aura toujours quelqu'un pour te répondre et je trouve cela pas mal et puis enfin, et puis ça répond pas trop à ta question ? C'est plus décontractant que d'appeler un cardio ou d'appeler... Mais cela ne répond pas trop à ta question du premier recours, mais quand tu es en cabinet, que tu es tout seul, et le fait d'avoir un praticien, bah tu es deux et je trouvais que du coup, ça faisait genre une mini équipe, c'est carrément plus facile. A l'hôpital, j'aime bien, c'est sympa, tu n'es pas tout seul, tu as des groupes d'internes et tout...

-C : Ouais mais par exemple, je ne sais pas, est-ce que si tu t'installes en cabinet à plusieurs, est-ce que ce n'est pas la même chose, tu as ton pote à côté.

-L : Moi franchement je ne crois pas, enfin c'est mon avis mais ...

-D : Moi perso mon praticien, il n'était pas sur place.

-V : Moi non plus.

-L : Après ça dépend.

-Mais justement, vous pouvez aussi faire part de votre expérience, car en pratique, on a quasiment tous été lâchés, sans praticien du tout, toute la journée.

-M : Bah moi à la limite j'aurais un peu plus aimé.

-Ah toi, tu n'as pas été.

-M : Moi je ne suis pas sûr d'avoir appris des choses, j'ai pratiqué, mais je ne suis pas sûr d'avoir appris des choses.

-S : Il y a une certaine confiance en soi.

-M : Que l'on savait faire, en tout cas de manière théorique qu'on a su appliquer, mais je n'ai rien appris, enfin je n'ai rien appris, je ne vais pas dire ça, j'ai appris comment on gérait un cabinet...

-M : J'ai appris à utiliser son répertoire et ses outils, son ordinateur...

-S : Tu as quand même appris à gérer la boblogie

-M : Oui mais ça...

-C : Finalement, on a appris tout seul puisqu'on a été lâché tout seul.

-M : Si la jeune fille de 26 ans qui vient pour son rhume, je lui dis « bon bah vous vous mouchez », point à la ligne, ça ne va pas la tuer tu vois.

-L : Ah oui c'est sûr.

-M : Ne pas lui prescrire 150 petits sachets, machins et tout, je ne considère pas que c'est un manque de compétence de gérer la bobologie, tu l'écoutes, tu lui expliques ce qui lui arrive, tu lui dis...

-S : Mais après la compétence, ce n'est pas que gérer la bobologie, c'est vrai qu'il n'y a pas de règles médicales, mais c'est le rapport patient

-M : Bah tu peux..., moi, je ne me suis pas sentie en défaut parce que je ne savais pas prescrire de l'acétyl cystéine, ou du machin, je ne me suis pas sentie en ...

-S : Mais moi non plus.

-C : Parce que tu as quand même une bonne relation avec le patient, bon bah voilà c'est un rhume, faut surveiller, vous vous mouchez bien, vous vous reposez.

-L : Oui mais ça ne plait pas forcément au patient.

-C : Bah oui mais ...

-L : Non ce que je veux dire c'est que ce n'est pas ta clientèle.

-C : Oui ce n'est pas ma clientèle.

-L : Ils sont habitués à une certaine pratique.

-V : Oui après toi, tu te feras ta propre clientèle.

-C : Oui quand tu te feras ta propre clientèle, tu pourras.

(Tout le monde parle)

-L : Ils veulent un traitement, un médicament, un médecin c'est comme les gens qui vont aux urgences, si tu leur dis juste, « vous n'avez pas de chose grave, mais rien du tout, mais que ça va passer » et que tu ne donnes rien...

-C : Si tu leur parles et que tu leur dis...

(Tout le monde parle)

-V : Je suis complètement contre cette idée tu vois.

-D : Moi aussi, moi jamais je ne prescrirais un truc pour faire plaisir à quelqu'un. Ça me fout hors de moi.

-S : Ce n'est pas leur faire plaisir, mais ça ne va pas les tuer non plus de prescrire du sérum physiologique.

-D : Mais tu leur dis, moi je leur dis, ça vous fait plaisir mouchez vous avec du STERIMAR, mais il n'y a pas besoin d'ordonnance quoi.

-L : Mais je pense, tu vois ce discours, tu peux les tenir avec tes propres patients.

-S : Bah voilà.

-V : Moi je ne suis pas d'accord avec toi, un nez bien bouché, un petit coup de Déturgylone ça fait du bien.

-S : Bah oui.

-C : Mais tu n'as pas besoin...

-Et est-ce que vous pensez que les gens qui viennent pour un rhume, ils viennent que pour ça ?

-C : Ça dépend.

-Est-ce que vous vous arrêtez à traiter le rhume ou pas ?

-S : Est-ce que ?

-Est-ce que tu t'arrêtes à traiter le rhume ou pas ?

-C : Non ça dépend.

-V : Non ça dépend qui, qui c'est.

-Ça dépend du patient ?

-L : Bah tu ne t'arrêtes pas là.

-Non mais on voit madame lambda 23 ans, en plein décembre, qui vient pour une sinusite aiguë.

-D : Oui je m'arrête la.

-C : Oui moi aussi.

-V : Oui mais après, si elle vient tous les quatre matins pour un oui, je pense que je creuserais un peu.

-C : Ça dépend aussi de sa dernière consultation, si sa dernière consultation c'était il y a dix ans, c'est

sûr, je vais lui demander si elle prend la pilule, si elle a un suivi gynécologique, qu'est-ce qu'elle fait comme travail, je vais la peser, enfin je ne sais pas. Si je la vois deux/trois fois par an pour une gastro ou un rhume, si je la connais...

-D'accord. Et toi tu ferais comment, tu traites la sinusite et point barre ?

-C : Oui.

-S : Mais pas du tout... moi je ne porte aucun jugement je ne

-C : Non mais c'est que

(Tout le monde parle)

-S : Mais pour rejoindre la conversation précédente, en ville, on voit beaucoup de patients qui passent par les urgences et qui sortent sans, zéro prescription et ça c'est, moi je suis sûre, je serais aux urgences, je ferais la même chose, mais eux ils veulent quelque part je ne sais pas, s'occuper d'eux mêmes, ou s'occuper de son gamin, mettre les gouttes, ça leur fait plaisir, c'est psychologique.

-Oui.

-S : Ça ne sert à rien mais psychologiquement ça les soulage.

-C : Mais le placebo ça marche.

-V : Ouais.

-D : Ouais des trucs comme ça...

(Tout le monde parle)

-Il n'y a que vous qui n'avez pas fait de SASPAS ? Ça vous manque ou pas ?

-C : Non.

-V : Non.

-D : Bah on ne peut pas te répondre, oui moi je te dirai.

-Est-ce que tu regrettes de ne pas en avoir fait.

-D : Aucunement mais parce que c'était choisi de mon plein grès.

-C : Si j'avais voulu le faire je l'aurais fait.

-M : Et si on t'avait forcé à faire un SASPAS, si c'était dans le cursus, ça t'aurait agacé ou pas ?

-C : Ça m'aurait agacé non, parce que je me serais dis c'est dans le cursus, mais je suis partisante de profiter au maximum de l'hôpital et de ce que l'hôpital peut m'offrir.

-D : Oui mais si ça se trouve non, parce qu'en fait j'aurais su...

-C : Oui mais tu aurais bouffé un semestre.

-D : Oui mais, parce qu'on nous a dit qu'on en avait six, mais si on te rajoute deux semestres, pourquoi pas.

-Pour quelle raison ?

-M : On coûte moins cher.

-C : Parce qu'on est en spé.

-M : Et que l'on ne coûte pas cher.

-S : Moi je n'ai choisi le SASPAS que parce que c'est clair, je suis tellement écrasée par l'hôpital, ses horaires, je trouve ça insupportable enfin bon, enfin c'est surtout un problème dans la famille. C'est insupportable, après bon finalement, je ne peux pas dire qu'on n'a rien appris en SASPAS, ça sert quand même.

-C : Ah oui donc tu as pris SASPAS pour glander ? *(Rires)*

-S : Non, mais tu ne fais pas de gardes, donc voilà, mais c'est clairement un stage qui est plus relax qu'un stage à l'hôpital, ça on est d'accord, je l'ai pris pour ça.

-D : Donc tu apprends des trucs.

-C : Sinon tu finis par apprendre des trucs.

-L : Partout tu apprends des choses.

-C : Mais ce n'est pas un stage de l'hôpital.

-M : Oui mai en école de l'asthme, tu apprends aussi des choses, oui excuse moi, heureusement.

-V : Je pense que je regretterais de, j'aurais bien aimé un SASPAS aussi.

-Plus court?

-V : Oui peut être. Ouais, mais en fait ce que j'aurais bien aimé c'est un peu plus d'autonomie à un moment, parce que j'ai une praticienne qui me l'a offert, qui m'a dit tous les matins je te laisse gérer les consultations libres moi je gère l'après midi, donc déjà tous les matins j'étais seul dans le bureau, j'ouvrais le cabinet, je voyais les gens, je gérais mais je ne sais pas, ça pouvait être parfois quinze le

matin, fallait aussi y aller, et je gérais toute seule et ça c'était super et l'autre ce n'était pas comme cela, parfois entre deux, elle me mettait des rendez vous, de trucs pas intéressants, enfin franchement c'était que, je sais que l'on peut trouver un intérêt à tout mais dans un cabinet où je ne peux pas les allonger, juste une pièce où je ne pouvais pas allonger les patients en me disant c'est pour les certificats les Si, si. Ou sinon j'étais à coté d'elle ou sinon c'était : « met là à 8h30 pour V. », tu vois, bah c'était, donc un peu pénible. En plus parfois, je n'étais pas toujours d'accord avec l'antibiothérapie avec elle, c'était systématique, du coup ...

-C : Moi aussi je me suis braquée.

-V : Du coup, enfin j'avais un peu de mal à me braquer parce que je l'écoutais, mais enfin c'est son cabinet, c'est ses patients, faut pas que ça sorte hein ?

-Non c'est anonyme.

-D : Et on est obligé en fait de se calquer sur des pratiques de nos praticiens, on le sait, qui ne sont pas forcément les bonnes, on fait des choses où on n'est pas On est obligé de le faire de toute manière parce qu'on sait très bien qu'il va nous dire de faire ça, alors que l'on n'est pas d'accord, enfin bref. Donc, ça m'a gêné donc j'aurais voulu avoir plus l'opportunité d'être seule et de faire un peu ce que je veux, quitte à me planter à certains moments mais de...

-S : Après tu peux plus discuter avec ton praticien.

-C : Voilà, je ne voulais pas six mois de ça parce que je pense qu'il y a des choses à apprendre à l'hôpital, je pense que j'y aurais gagné en confiance en moi d'être seule justement en cabinet, vraiment avec un patient, toute la journée, mais j'ai fait le choix de privilégier l'hôpital et de me dire va faire de la cardio.

-Oui.

-S : Alors qu'à l'hôpital tu n'as que des inconvénients, à l'hôpital tu es complètement, tu es serré quoi, c'est-à-dire que tout ce que tu fais, globalement on l'évalue, tu fais beaucoup, faut qu'il sorte, il faut que ça aille vite pour qu'il sorte, faut les comptes rendus, c'est beaucoup de paperasses qui n'est pas intéressante on est d'accord, mais sur les six mois tu apprends ...

-Et est-ce que tu aurais aimé, là vous tous, la possibilité de pouvoir faire un remplacement mais tutoré, est-ce que vous le feriez, est-ce que ?

-C : Non.

-D : Oui à la fin.

-V : A la fin, moi aussi, à la fin.

-L : A la fin, SASPAS ou pas ?

-S : Moi ça, je trouverais ça super.

-D : Oui mais ça va faire complètement un doublon entre un SASPAS plus un remplacement tutoré.

-Non c'est juste une hypothèse, est-ce que tu trouves qu'il y aurait un intérêt à faire un remplacement tutoré ou pas ?

-M : Mais je ne comprends pas, un remplacement tutoré...

-S : Mais tu es payé, comme un remplacement.

-M : À la sortie de ton internat tu remplaces un praticien, mais pour moi ça, ça remplace le ...

-S : Mais ça ferait office de SASPAS, on ne passerait pas par SASPAS.

-C : Quel est l'intérêt pour les tuteurs ? Ils seraient payés par la fac ?

-L : Bah en partie, il voit ses patients, toi tu vois les autres, il a deux salles, tu es mieux payé.

-C : Enfin un remplaçant classique, il ne va pas se prendre la tête.

-S : Non pas payé par la fac,

-D : Les tutorés, ils sont payés par la fac, tu leur donnes, je ne sais pas, 1000 euros par mois.

-L : Non ils ne sont pas payés autant, je ne crois pas.

-C : Mais attend, quand tu es remplaçant, le médecin n'a pas le droit de travailler en même temps que toi.

-Sauf si c'est remplacement tutoré et que ce n'est pas la fac et que machin tu vois. Mais quand tu fais une passation de pouvoir, quand tu remplaces un praticien, qui va partir à la retraite.

-S : C'est une sorte de collaboration.

-Voilà, tu bosses un peu avec lui pour voir comment il bosse au départ et après tu sépares les patients en deux, tu vas le voir et puis les patients apprennent à te connaître et tout et puis lui il s'en va deux jours par semaine et ainsi de suite et tu as une transition comme cela, en tant que ancien/nouveau praticien. Mais ce n'est pas tout à fait la même chose que le remplacement.

-D : Mais après, ce n'est pas trop faire un peu le « maître de stagiaire »? Comme le problème dans les entreprises qui embauchent que des stagiaires.

-M : La précarisation des jeunes.

Rires

-Exactement, mais non mais si tu commences, tu peux embaucher « en sortant un jeune médecin généraliste » qui remplace à côté de toi ou ton poste finalement, 30% pour de la consulte.

-M : Juste six mois ?

-Oui mais tous les six mois tu en as un nouveau.

-M : Ça revient à un tutorat.

-C : Ils font une sélection des généralistes.

-Oui voilà.

-C : Déjà que je trouve que le SASPAS c'est un peu bizarre, mais là si c'est juste de ...

-M : Non mais là, juste du remplacement, ce n'est pas possible.

-C'est juste une idée.

-M : C'est impossible.

-C'est juste une idée et pour vous, voir...

-S : Plus d'autonomie, on est d'accord.

-C : Mais pour moi c'est pareil, un remplacement tutoré, un remplacement tutoré ou un SASPAS. Sauf que le remplacement tutoré, tu gagnes beaucoup plus que le SASPAS.

-Plus que le SASPAS. D'accord, mais là, la question c'est, si cela existait est-ce que vous l'auriez fait ?

-D : Oui moi je l'aurais fait.

-Et pourquoi ?

-D : Parce que moi je n'ai pas fait le SASPAS uniquement pour cette raison là.

-Et pour quelle raison ?

-D : Bah pour la raison de remplacer gratuitement.

-C : Ah oui ça, ça me gêne.

-M : C'est assez gênant.

-Ah bah oui.

-C : C'est assez bloquant.

-M : C'est fatigant.

-C : Non mais quand on t'impose des horaires de 8h30 à 19h30, je dis n'importe quoi...

-M : Et qu'elle ne te propose même pas à bouffer ou qu'elle te propose dix euros, genre tu peux aller bouffer.

-V : Et tu rapportes 1500€ par mois au mec qui fait du golf à la place, je trouve cela hyper choquant.

-M : Et qui va faire son golf.

-C : Si les praticiens ne jouent pas le jeu à ce moment là, de s'occuper de toi et tout...

-M : Mais ils ne sont pas tous là.

-S : Combien vont faire.... Moi déjà chez le prat ...

(Tout le monde parle)

-C : Ils sont là tout le temps en SASPAS, à coté de toi ?

-S : Alors non, non quand il n'était pas là...

-C : Enfin dans la salle à coté?

-S : Non les jours où il n'était pas là, il y avait un jour où il était censé être à la fac.

-M : Oui voilà.

-S : Enfin, il était à la fac quand même...

(Tout le monde parle)

-S : Et une matinée, bon ok, l'autre il était chez lui mais...

-M : Mais il était chez lui, ça il n'a pas le droit de doubler, c'est un exemple de ce qui est interdit.

-L : Il n'a pas le droit de doubler un SASPAS?

-C : Enfin si, il a le droit de doubler.

-S : Sur toute la semaine, il y avait qu'une demi journée où...

(Tout le monde parle en même temps)

-S : Je ne me suis pas sentie exploitée.

-M : Non tu n'as pas le droit diviser ta consultation.

-V : Il y a en beaucoup qui le font.

-D : Ils le font mais tu n'as pas le droit

-C : Et bah moi, tous les patients que je voyais seule chez l'autre, c'était ça, c'était en doublon, ou alors c'était bah je vais chez le coiffeur bah met celui là...

-D : Ils n'ont pas le droit, normalement ils sont censés être à coté et ne pas faire d'activité professionnelle.

-C : Ou faire leur compta.

-S : Mais j'étais en SASPAS, pourquoi ils n'ont pas le droit ?

-C : Peu importe, c'est de la double activité, tu n'as pas le droit.

-M : C'est de la double activité financière pour eux.

-C : Ils n'ont pas le droit.

-S : Tu n'as pas le droit travailler, tu es sûr ? Parce ce qu'ils le font, enfin

-D : Ni la fac, ni les consultations.

-C : Si, la fac ils ont le droit.

-S : Si, la fac tu as le droit.

-S : Mais tu veux dire quand ils ont deux cabinets et deux consultations en parallèle, ils n'ont pas le droit ?

-M : Bah tu n'as pas le droit d'avoir deux cabinets.

-S : Non mais un cabinet, avec un interne et un cabinet avec le médecin ?

-D : Bah bien sûr que tu n'as pas le droit.

-C : Non mais tu te rends compte comment c'est dégueulasse.

-S : Mais bien sûr que non, attend...

-M : Mais il gagne 1400 euros pour cela.

-C : En embauchant un mec gratos.

-M : Et il se fait payer pour cela en plus.

-D : Dans ce cas là, je suis tuteur dans cette fac, tuteur dans une autre et je me fais une mini-clinique d'internes.

Tout le monde rigole et parle

-D : Bah évident que tu n'as pas le droit.

-C : C'est ça qui est choquant.

-M : Mais ils le font tous, enfin la plupart.

-L : Non.

-C : Une bonne partie.

-S : Lui, il ne le faisait pas mais mon deuxième il le faisait.

-L : Moi aussi, mais je ne crois pas que mon praticien qui le faisait, le faisait consciemment.

-C : Mais est-ce que tu te rends compte ?

-M : Il gagne deux fois plus.

-D : Mais je veux dire, enfin l'argent c'est important pour tout le monde je pense, il gagne deux fois plus.

-S : Mais tu ne vois jamais autant de patients que lui.

-M : Mais arrête...

-V : Attends, attends.

-D : Moi j'avais autant de patients que lui, les après-midis où c'est lui qui consultait ou si c'était moi, c'était toujours autant.

-C : Ça dépend, ça dépend, Mais globalement, il n'y a pas beaucoup de différence.

-S : Tu es sûr que cela on leur dit quand... ?

-C : Ah oui, oui t'inquiète qu'ils le savent.

-M : Ils savent que quand ils ne sont pas au cabinet, ils ne sont pas censés demander à l'interne de venir.

-C : Ils savent que lorsqu'ils partent en vacances tu n'es pas censé venir.

-M : Voilà.

-D : Il y en a un paquet qui dise aller vient ...

-Enfin moi pareil, justement entre le SASPAS ou le stage de niveau 1 et l'hôpital et vous dites par exemple SASPAS, vous n'apprenez pas assez, à peu près.

-C : Théoriquement.

-L : Oui ou de pratique ou théoriquement ou de concret, enfin bref, à part gérer des petits trucs et à l'hôpital au contraire, est-ce que l'on n'apprend pas trop ? Tu vois par exemple, C. tu vas voir des troubles du rythme que nous on ne verra jamais.

-C : Après maintenant je leur dis, peut – être parce que je suis une vieille interne, mais je leur dis là ça, je m'en fous, cela ne me servira pas. Quand je passe enUSIC, moi j'ai dit l'USIC ça ne me servira pas, les gros détails de l'échographie cardiaque je veux dire je les écoute, mais maintenant je l'oublie, je veux dire j'ai décidé qu'il y a des choses qu'il fallait que j'oublie.

-Oui tu sélectionnes les choses en fonction de ce que tu vas faire plus tard.

-C : Exactement, mais c'est un truc que je sais faire maintenant, mais que tu ne sais pas initialement faire forcément.

-Bah d'accord.

-C : Ouais ouais je sélectionne, ils me disent un truc je leur dis « mais attendez, ça me servira plus à rien. »

- M : Tu ne vas plus au staff broncho-pulmonaire gériatrique, substance blanche quoi.

(Tout le monde parle)

-C : Et ça me confirme que je n'aime pas la spécialité d'ailleurs.

-M : Substance blanche elle dit.

-D : Enfin, il y a quand même peu de stages proposés en médecine générale par l'hôpital qui sont ultra-spécialisés quoi, où on apprend trop de trucs.

-L : Mais tu vois...

-C : Bah moi j'étais dernière de la promo, c'était ça...

-M : Tu as déjà fait un stage de spécialité vraiment ou pas ?

-L : Bah oui, mais si c'est des pneumo en dehors

-M : Bah moi j'ai fait la gastro.

-L : Oui la gastro entéro remarque.

-D : Mais là, la cardio en médecine préventive vasculaire ce n'est pas spécialisée, non mais en fait, c'est de la médecine générale.

-L : Non mais moi par exemple, cela m'a servi beaucoup de faire un stage de pneumo pour faire la médecine générale, c'est très bien.

-C : Mais les cardio c'est assez spéciaux, non mais attends, un vieux qui est là, qui a une pneumonie, une pneumonie d'inhalation qui a un truc c'est sûr, ah bah on va prendre l'avis du pneumologue, le pneumologue il va dire « ah bah j'ai fait les antigénuries, tu le mets sous AUGMENTIN, tu te dis : « j'aurais pu le dire! »

-S: C'est pas un mythe le cardiologue ?

-C : Ce n'est pas un mythe.

-D : Mais il demande, lorsque ça sort de la cardio, il ne fait plus.

-V : Mais ils le font tous ça, le neurologue, si ça sort de la neuro...

-S : Hum je ne sais pas.

-C : Moins.

-D : Pas les orthos.

-L : Non, il ne voit pas la pneumologie!

Rires

-C : Ils ne remarquent même pas que le patient tousse et a de la fièvre!

-S : Non je pense qu'un pneumologue, ce n'est pas un peu plus intelligent mais un peu plus ...

-L : Polyvalent.

-S : Mais le gastro qui arrive en face d'un cardio, bah je pense que c'est impressionnant.

-C : En revanche, il revient de la coro, « vient on va aller la voir ».

-D : Tu as une autre question ?

-Oui, juste pour revenir à la jeune femme de 23 ans qui a la sinusite, imaginez que vous la voyez une fois par an, vous en restez là quand même ou pas ?

-D : Euh non.

-V : Hein de quoi ?

-D : Non mais tu vois une nana, que tu ne vois jamais, tu ne lui demandes, ah les rhumes machins, tous ça, là, l'année prochaine tu vas la revoir en décembre et basta, tu vas peut-être la voir ...

-V : Qu'est ce que tu veux dire, on en reste là ?

-Est-ce que tu fais que la sinusite ou pas ?

-V : Oui.

-L : Moi je...

-V : Enfin tu prends les constantes, tu la pèses.

-Ouais ok.

Tout le monde réagit en même temps

-S : Tu lui fais un bilan

-L : « Est-ce que vous avez un suivi gynéco... »

-C : Surtout qu'en médecine générale les patients, ils parlent facilement, donc si à 23 ans tu lui demandes, enfin je ne sais pas, si elle compte avoir un bébé dans six mois...

-M : Voilà.

-C : Ou tout en disant tout cela, ils le disent facilement, et du coup ça va assez vite.

-Donc pour vous c'est naturel, c'est vraiment devenu un réflexe et c'est même plus un effort, tu lui demandes: « est-ce que tu fumes ... »

-M : Tu ne vois pas le patient arriver et tu ne lui dis pas, bah voilà, tu ne lui sautes pas direct sur les sinus et direct sur l'ordonnance, je pense qu'il y a des médecins comme cela mais...

-D : Mais après tu la connais un petit peu, elle vient tous les ans.

-M : Oui mais bon.

-C : « Comment ça va ? ». Enfin un peu une conversation comme cela.

-L : C'est une prise en charge globale.

-S : Voilà.

-On va l'écrire en majuscules.

-Mais tout à l'heure justement, on en a parlé et vous avez tous dit que non, mais un moment donné, on en a parlé et tout le monde a dit on fait la sinusite et basta.

-L : Mais on n'a pas dit ça.

-D : Non, moi j'ai dit ça, moi j'ai dit ça.

-S : Non, non.

-C : Non, mais je pense que...

-L : Non, mais la plupart des 23 ans, tu les vois une fois par an.

-C : Non, mais elles viennent pour le renouvellement de pilule, elles viennent pour la turista...

-D : Ah bon, ils viennent en ville pour le renouvellement de pilule

-C : «Oui mais depuis qu'on a changé la pilule, j'ai pris du poids »...

-M : « Mais le problème ce n'est pas la pilule, Madame ».

-Et est-ce que vous pensez que les stages sont trop longs ?

-V : Oui.

-C : Que quoi ?

-Que les stages sont trop longs ?

-D : Ah, quatre mois de stage ça serait l'idéal.

-M : Non, moi je ne suis pas d'accord, parce que tu vois typiquement la pédiatrie, je me suis plaint jusqu'au cinquième mois et le sixième j'ai kiffé.

-C : Presque pareil.

-M : Tu vois il y a des trucs.

-D : La pédiatrie au départ, j'aurais mieux fait de prendre médecine.

-C : Je trouve que tu es à l'aise, bien, et que tu commences à te sentir autonome le sixième mois.

-S : Moi je commence à penser au stage d'après.

-L : Et moi, je pense que si tu faisais que quatre mois je ne suis pas sûr que tu Au départ, tu

apprends en fait et après tu pratiques et vraiment cela devient un truc de routine et je pense que c'est la routine que tu vas retenir ensuite, au bout de plein d'années.

-S : Mais on pourrait faire sept stages de cinq mois au lieu de six stages de six mois, enfin ça reviendrait un peu au même, le dernier mois c'est du bonus.

-L : Ouais.

-C : Parce que six mois c'est une demi année, c'est vachement mieux.

-D : C'est pour ça, on est d'accord mais ...

-S : Non mais c'est un peu long comme sensation, enfin pour moi.

-V : Non mais l'internat est trop long

-C : Ah oui, qu'ils ne le rallongent pas, c'est bon!

-L : Non mais à Paris tu es moins payé proportionnellement mais ce n'est pas parce que...

-M : Non mais quand tu vois à Nantes que tu payes 300 euros tes 80m², l'internat ça doit être un peu plus simple je pense.

-L : Moi je pense qu'il faudrait le rallonger

-C : Toi tu voudrais le rallonger!

-L : Oui moi aussi je ne serais pas contre

-M : Mais tu peux si tu veux

-S : Ce n'est pas forcément l'internat qui me saoule, ce sont les gardes.

-D : Ouais moi aussi j'en ai raz le bol.

-S : Oui moi aussi, il m'en reste dix huit, je vous jure je les compte

-L : Dix huit encore !

-S : Je vous jure ça va être les dernières gardes de ma vie.

-C : Moi aussi.

-S : Le 30 octobre, je connais toutes les dates par cœur, ça va être ma dernière.

-D : Le 30 octobre ?

-L : On devrait rallonger mais de manière facultative, ceux qui veulent faire un ou deux semestres de plus ils peuvent, parce que j'ai l'impression que pour rallonger ton internat en médecine générale, c'est la croix et la bannière.

-V : Il faut négocier, il faut trouver le stage où tu veux aller, faire de la lèche pour ...

Tout le monde réagit en même temps

-S : C'est horrible.

-L : Faut faire un septième semestre.

-S : C'est horrible, affreux, affreux.

-De quoi ?

-S : Enfin un septième semestre !!

-C : Sur CV tout est bouché, tout est sur piston.

-V : Alors que soit disant ils ont besoin d'internes.

-L : Enfin bah tu vois, je n'ai jamais fait de stage de pédiatrie, j'ai pris la gynéco parce que je ne voulais pas faire en dernier semestre 50000 heures de garde, mais si l'on me proposait de faire gratuitement un semestre supplémentaire, sans garde par exemple, bah je serais hyper contente.

-C : Ouais mais sauf que tu auras des stages comme Colombes, donc là t'inquiète, ils vont te prendre mais par contre tu vas payer cher.

-L : Tu veux dire faire les gardes ?

-M : Bah les gardes, tu es pris aux endroits où il n'y a pas assez d'internes, donc tu es pris là où il y a des problèmes.

-C : Que tu fasses des gardes, je veux dire c'est normal et encore c'était pire avant, c'était largement pire pour nos ancêtres.

-S : Vous croyez vraiment ? Les gens n'étaient pas un peu plus éduqués? Moi j'ai vu des mecs en garde lire des bouquins, aux urgences il n'y avait rien.

-D : Oui parce que c'était des vraies urgences.

-S : Le mec il te disait, le vieux interne, prend ton temps, lorsque tu vas arriver aux urgences, le mec qui va mourir, il aura le temps de mourir, alors que maintenant tu ne peux plus, alors qu'avant ils laissaient des gens mourir.

-M : En tout cas, je pense que faire des gardes c'est normal, mais elles ne sont pas assez rémunérées nos gardes.

-D : Oui.

-C : C'est moins que le SMIC horaire.

-L : Voilà, les gardes elles seraient payées 200 euros, c'est quand même payer des gens à Bac+9.

-S : Ce n'est pas motivant.

-C : Attends c'est sept euros de l'heure, attends tu fais la gueule.

-S : La nuit.

-C : C'est même un petit peu moins, c'est moins que le salaire d'une femme de ménage.

-D : Oui, c'est moins que le SMIC horaire.

-L : Attends la pédicure, c'est 70 euros le grattage de pieds, c'est moins d'une heure, c'est même pas une demie heure et ça c'est bien enregistré!!

-C : Non mais c'est vrai, il faut qu'ils fassent quelque chose, parce que l'on te demande de passer dans les étages, on te demande de gérer les urgences, tu dois tout faire.

-S : Tu n'as même pas à bouffer.

-M : Et ils te regardent comme de la merde.

-L : Oui tu n'as même pas à bouffer.

-S : Et moi, ce que je trouve insupportable, c'est que le chef il est là comme ça et «toi tu vas le voir et moi je vais regarder Internet toute la nuit», c'est que ça, c'est insupportable. A la limite, si on était deux à travailler normalement, ok.

-D : Moi je comprends que le chef, il aille se coucher au bout d'un moment.

-M : Ce n'est pas mieux qu'en pédiatrie.

-C : Ils font ça toute leur vie.

-M : Oui mais tu peux bien prendre des astreintes téléphoniques dans ce cas là.

-L : Enfin c'est quand même bien qu'il soit sur place.

-D : Bah c'est ce qui se passe.

- Attends il y a autre chose, nous on ne choisit pas de faire des gardes, toi si, si tu veux faire les urgences, moi ça m'a toujours fait chier et ça me fera chier jusqu'à ce que j'ai la dernière. Oui mais je suis d'accord qu'il faut en faire.

-C : Oui mais au bout d'un moment tu en as raz le cul.

-D : Mais tu en aurais moins marre si elles étaient mieux payées.

-M : C'est clair que si elles étaient payées quatre cents euros...

-D : Evidemment mais tout est question de ça, c'est une question de motivation. Bosser toute la nuit, travailler comme une malade à 7 euros de l'heure, euh non.

-L : Bah ouais.

-On s'éloigne du premier recours là.

-M : Bah non c'est la garde, on est dans le premier recours.

-En fait c'est aller hyper vite parce qu'en fait ...

-C : On est hyper doué !

-M : A chaque fois que je suis dans un groupe tout le monde dit que c'est un bon groupe.

-C : Je vais te dire pourquoi

-D : En fait à chaque fois dans un stage, on dit vous être les meilleurs internes.

-En fait, je pense qu'il faut creuser, parce qu'il y a beaucoup de choses qui maintenant vous semblent évidentes et qu'il n'y a même plus besoin de les évoquer, alors qu'en fait le dernier groupe d'avant, le T2 c'était, au premier recours, ils disaient bien je vais au-delà de la première question alors que vous...

-M : C'est plus spontané.

-Bah oui.

-S : Je ne comprends pas ce que tu dis.

-Bah les T2, si tu prends la sinusite ou la douleur abdominale ou machin, bah les T2 disent « bah ouais, tu fais un effort pour savoir si elle fume, s'il y a ça... », ça vient de devenir une compétence d'aller au-delà de la première question. Vous bah tu y penses juste, c'est cela que je veux dire.

-D : Tu fais l'effort.

-Ouais tu fais l'effort d'y penser, alors que vous, ce n'est même plus un effort c'est bon, la sinusite en

deux secondes je l'ai traitée, je sais ce qu'est une sinusite, tu vas passer 3 minutes à régler le problème principal, tu te dis il m'en reste 7 à faire autre chose, donc je vais faire pendant 7 minutes, à faire de la prévention, de l'éducation, et donc voilà.

-S : Mais cela peut-être, on l'a acquis chez le praticien ?

-M : Le stage chez le praticien et puis à nouveau le retour à l'hôpital, à te dire, enfin je pense que l'on a tous changés après le praticien quand même. On a vachement changé au retour du praticien en se disant, en arrivant à l'hôpital putain, on fait quand même beaucoup trop de trucs à l'hôpital que l'on ne devrait pas faire, enfin c'est quand même une évidence.

-C : Non puis tu te dis putain, tu te fais quand même vachement moins chier à l'hôpital.

- M : Non ce n'est pas ce que je voulais dire...

-L : Moi je trouve que tu ne te fais pas chier.

-C : Non excuse moi, ce n'est pas ce que je voulais dire. Non quelque part aussi, mais on se fait nettement moins chier en ville par rapport à l'hôpital, c'est-à-dire...

-S : Moins.

-D : Comme tu disais c'est des vacances pour nous, internes.

-M : Mais je pense que pour les médecins...

-C : Ouais mais après quand tu as la responsabilité du cabinet, de la tune qui doit rentrer, de l'assurance, du machin et tout, le nombre de patients que tu dois voir, ça vient quand même contre balancer tes gardes.

-L : Oui mais parce que tu es tout seul, tu peux gérer ta vie comme tu veux.

-S : Même les vacances, on ne te fait pas chier en disant, « ah bah non faut absolument que vous partiez en août il y a machin qui doit revenir là, oui mais y a machin qui part à ce moment là »...

-C : Oui mais je suis d'accord, mais je pense que l'on peut quand même...

-S : Tu as plus de contraintes mais c'est toi qui les gères comme tu veux

-D : Et c'est C. qui dit que l'hôpital c'est chiant.

-C : Quoi?

-D : C'est toi qui as un poste en médecine interne et qui dit que l'hôpital c'est chiant!

Plusieurs personnes réagissent en même temps

-C : Oui mais parce que je pense que j'y apprendrais beaucoup de choses.

-M : C'est vrai qu'à trois heures de l'après-midi, quand tu n'es pas de CV, tu es barrée.

-D : Même quand tu es chef.

-C : Non mais quand tu es chef, tu ne les dictes plus tes courriers, tu les corriges.

Rires

-M : Thrombophilie : ça prend un « l » ou 2 « l »?

-C : Quand tu es chef c'est différent, interne tu fais tout le truc de merde.

-M : Ça existe toujours aussi.

- D : Oui ce n'est pas forcément bien mieux.

-De quoi ?

-D : Le secteur 2.

-S : Mais d'ailleurs, on m'a dit qu'il était supprimé.

-L : Non

-S : Mais est-ce que l'on peut faire des dépassements ? Parce que je crois que l'on peut faire des dépassements même en secteur 1.

-D : Oui

-C : 30 % de ton chiffre d'affaire.

-V : C'est déjà quand même pas mal.

-S : Bah si tu fais mille euros par..., enfin s'il faut calculer...

-C : Tu peux avoir mille trois cents...

-L : Non!

-C : Trois cents.

-S : Mais comment tu dis à tes patients ?

-D : Bah tu dis à un patient sur trois : « c'est plus cher »!

Tout le monde parle en même temps

-D : Tu dis que c'est pour convenance personnelle.

-V : Bah si tu prends des rendez-vous, que tu veux faire de la consultation libre, tu peux faire une plage horaire sur rendez-vous, bah tu fais sur cette plage horaire.

-C : Bah tu peux lui dire: « écoutez, on a parlé de plusieurs choses donc ... », mon père est en secteur 2, il prend cher, il est à 43, il dit cela a aussi des inconvénients, déjà tu payes le je sais plus quoi...

-S : Oui la majoration.

-C : Et ensuite tu ne peux pas dire au patient...

-M : ...Je te vois en un quart d'heure et c'est 43 euros.

-C : Voilà, c'est plus long, c'est plusieurs problèmes pendant la consultation, moi il me dit je serais à l'acte, dans ce cas là, c'est le certificat de sport et je vous revois pour parler de ça.

-L : Et ils ne reviennent pas pour rien.

-C : Ils viennent pour plusieurs choses.

-M : Je pense que quand ils ne viennent pas pour rien, pas juste pour un rhume.

-L : Pour parler.

-C : Oui pour parler.

-S : Souvent, il faut les écouter quand même.

-D : Oui mais si tu sélectionnes que les patients psy, tu ne fais pas du secteur 1.

-C : Il est évident que tu vois un mec qui travail ..., qui est avocat d'affaire tu peux lui demander trente euros, voilà tu t'en fiches, c'est toujours trente euros, voilà il va croire que tu es toujours à trente euros.

-M : Oui mais il est avocat, avec la crise, c'est de la précarité.

Rires

-C : Non mais....

-L : Tu vois un mec qui travaille au Mac Do, tu lui prends 18 euros, point.

-M : Ça dépend si c'est le gérant.

-D : Il y a d'autres questions ?

- *Bah écoute...*

TROISIEME FOCUS GROUP DU 12 JUILLET 2011

Participants : Internes de sixième semestre

Animateur : Dr AUBIN-AUGER Isabelle

Observateur : PERROT Laure

TOUR DE TABLE

Interne 22 : ben Interne 22, je suis interne en 3^e année de médecine G en dernier semestre et actuellement en S.A.S.P.A.S., sur Paris, je fais une journée en PMI et trois journées en cabinet : j'ai 2 cabinets seule, seule et un cabinet où il y a aussi des kinés, ostéo, infirmières, une écho 3D qui n'est pas médecin

Dr A : d'accord, la diversité. Interne 21 même question

Interne 21 : en 6^e semestre, en S.A.S.P.A.S. alors moi je suis euh en planning familial le lundi; le mardi et le mercredi je suis dans le même cabinet dans le 95, le jeudi matin dans un autre cabinet du 95 et le jeudi après-midi dans une PMI du 95 voilà

Interne 20 : alors moi je suis Interne 20 donc je suis pareille en 6^e semestre en S.A.S.P.A.S. euh alors là je suis une journée par semaine en PMI et à l'école pour faire les bilans des enfants de 3-4 ans euh et puis les trois autres jours en cabinet, un cabinet de groupe à Colombes et un cabinet de groupe aussi à Ermont de médecine générale voilà

Interne 19 : donc moi aussi je suis en 6^e semestre actuellement en SASPAS, j'ai une demi-journée en planning familial, une demi-journée en PMI et ensuite donc j'ai 2 journées en médecine générale en CMS et une journée en cabinet de groupe

Interne 18 : donc moi aussi je suis en 6^e semestre euh actuellement en S.A.S.P.A.S. alors moi j'ai des journées différentes tous les jours euh lundi matin je suis en consultation de médecine générale aux urgences de l'hôpital St Louis, le lundi après-midi en consultation d'addictologie à l'hôpital Paul Brousse, le mardi dans un réseau de soins palliatifs à St Denis, le mercredi dans un cabinet de médecine générale c'est un cabinet de groupe et le jeudi en PMI

Dr A : d'accord, varié

Interne 18 : très varié

Dr A : Interne 23

Interne 23 : moi je suis en 5^e semestre, je suis en S.A.S.P.A.S., donc moi je suis 2 jours dans un même cabinet, un cabinet de groupe à CHELLES, une journée à Paris, et le vendredi je suis en PMI et en bilan scolaire sur Bobigny

Dr A : d'accord

Dr A : On va te laisser le temps de respirer deux minutes, on est en train de faire un petit tour de table pour savoir ce que vous faites au cours de votre semestre.

Alors donc vous m'avez fait une petite description mais maintenant j'aimerais savoir un petit peu comment ça se passe, votre S.A.S.P.A.S. comment vous vivez ça et après je vous laisse prendre la parole dans l'ordre que vous voulez. On va arrêter de faire le tour de table.

Qui veut commencer, oui Interne 22 vas-y dis-nous.

Interne 22 : alors moi c'est plutôt, enfin moi je sais que je ferais de la médecine G plus tard, donc c'est vraiment c'est bien ça me permet de voir ce que je veux faire et je suis contente d'avoir plus ou moins une activité variée entre autre salariée, PMI... parce que ça montre qu'il y a pas que le cabinet parce que parfois faire cinq jours de consult c'est crevant c'est pas possible enfin si c'est possible mais c'est crevant mais par contre justement je m'pose plus de questions au niveau des horaires ah ben là c'est cool c'est ce que j'ferais et là j'découvre qu'il y a plein plein de choses à faire donc je suis plus investie sur ce que j'ferai exactement par la suite mais en général ça se passe bien sauf ma grossesse ça c'est plus ou moins bien passé vis-à-vis d'un des prat mais euh tant pis

Dr A : bon enfin c'est comme ça, la diversité te plaît bien elle te fait poser des questions sur ton exercice futur

Interne 22 : ah oui complètement je savais qu'on avait du choix mais à ce point-là non donc super

Dr A : d'autres réactions, sur la façon dont ça se déroule ce que ça vous apporte par rapport au niveau un

Interne 18 : et ben moi c'est un petit peu particulier parce que c'est vrai que c'est après le stage de niveau un que je voulais vraiment faire le S.A.S.P.A.S. pour terminer mon internat et on va dire que j'avais, j'ai le sentiment d'avoir plus apprécié mon niveau un que mon SASPAS

Dr A : Pourquoi ?

Interne 18 : euh en fait moi je sais, j' veux aussi faire de la médecine libérale et j'suis tombée dans un cabinet où j'ai l'impression que c'était un peu mon idéal de pratique médicale en fait au niveau de l'organisation, au niveau de la manière de fonctionner, des patients qui consultaient, ça m'avait vraiment plu et là en fait, moi du fait que j'ai des journées différentes tous les jours euh je n'ai pas vraiment de suivi ou j'vais par exemple je vais assister à un début de prise en charge mais pas forcément voir la suite ou la fin euh

Dr A : ça c'est un peu frustrant

Interne 18 : c'est un peu frustrant euh c'est vrai que ça montre un panel vraiment très très différent mais en fait ça m'a pas donné envie de faire autre chose que la médecine libérale quoi en cabinet

Dr A : que ce que tu avais vu en niveau 1 ?

Interne 18 : oui en niveau 1 et en fait j'ai pas la même position on va dire en tant que médecin dans chaque stage quoi donc c'est ça aussi qui me et parfois j'ai l'impression de retourner dans mes premiers semestres et d'autres moments où j'ai l'impression d'être le médecin et d'avoir une autonomie totale quoi

Dr A : c'est un changement de posture qui est pas forcément

Interne 18 : pas forcément confortable on sait pas comment toujours se positionner ça met pas forcément en confiance et du coup moi je suis un peu mitigée par rapport à mon S.A.S.P.A.S.

Dr A : Interne 24 et Interne 25 qui nous ont rejoint, donc si vous pouvez vous présenter euh rapidement nous dire ce que vous faites et quel semestre vous êtes et ce que vous faites ? Interne 24 ?

Interne 24 : alors moi je suis en 6^e semestre donc en SASPAS oui après je peux décrire c'que j'fais

Dr A : oui c'est c'que les autres ont fait la maquette

Interne 24 : alors ma maquette, le lundi j'suis en PMI dans le 14^e arrondissement, euh ensuite le mardi j'vais dans un planning familial à Aubervilliers, le mercredi j'suis dans un cabinet de médecine générale de groupe dans le 18^e arrondissement où c'est de la consultation sans rendez-vous, un peu tout venant et puis le vendredi je suis aussi dans un cabinet de médecine générale à St Denis où y a surtout une population, euh enfin on va dire enfin dans un quartier pas forcément très favorisé, c'est dans une cité, enfin et qu'c'est assez intéressant justement de la consultation sans rendez-vous voilà

Dr A : Interne 25

Interne 25 : je suis également en 6^e semestre également en stage S.A.S.P.A.S. euh je fais donc lundi mardi je suis dans un centre de santé où j'fais de la gynéco et du planning euh et le mercredi j'suis dans une PMI dans le 19^e et le jeudi je suis dans un cabinet de médecine générale dans le 17^e

Dr A : donc on va revenir sur la façon dont se déroule le stage brièvement est ce qu'y'en a d'autres qui ont envie de compléter les deux avis un petit peu opposés de Interne 22 et Interne 18

Rires

Interne 20 : alors j'ai un peu le même avis que Interne 18, c'est que selon la manière dont les maîtres de stage nous présentent au patient on a pas l'impression d'être la même personne en fait, parfois on est juste l'interne et on est là juste pour écouter et

surtout moi en PMI et puis y a un cabinet où on nous présente comme la remplaçante du médecin donc d'un coup on prend un statut supérieur et notre avis a plus de poids et du coup on n'est pas à l'aise forcément tous les jours quoi on sait pas trop comment se situer et sinon moi mon S.A.S.P.A.S. j'ai aussi décidé de le faire à la fin de mon stage de niveau 1 et je trouve que au niveau du S.A.S.P.A.S. on voit beaucoup plus l'organisation du cabinet le côté matériel, le côté comptable, le côté tout ce qui est à côté en fait, alors que dans le niveau 1 on est plus dans le sur la pathologie du patient en elle-même la relation médecin patient alors que je trouve dans le S.A.S.P.A.S. on a plus de recul

Interne 22 : ça dépend avec qui tu travailles, en stage de niveau un j'ai été confronté y a un des deux j'étais sur deux cabinets et un des deux où j'étais déjà confrontée à comment ça s'passe la compta, les comptes

Dr A : l'organisation, ce que tu veux dire c'est que vous avez aussi mûri et que vous êtes capables de vous intéresser peut-être à autre chose

Interne 22 : On s'projette dans notre pratique future

Dr A : L'avenir proche

Interne 20 : voilà il faut pas oublier de penser avant de s'installer quoi

Dr A : Interne 21

Interne 21: alors moi j'ai fait le S.A.S.P.A.S. parce que justement mon stage de niveau 1 c'était pas bien passé et je voulais avoir une bonne image de la médecine générale (RIRES) et donc euh et donc ben je suis assez contente mais c'est vrai je rejoins assez l'avis des filles c'est-à-dire que moi PMI, Planning familial j'suis la remplaçante quoi enfin on dit que j'suis la remplaçante j'suis enfin j'ai l'impression

même que des fois c'est moi qui fait tourner la PMI (acquiescement Interne 24) mais enfin voilà et ça m'énerve un petit peu mais euh sinon dans les cabinets par contre de médecine générale y en a un où c'est vachement bien mais l'autre c'est pareil j'suis la remplaçante

D A : Interne 25 tu voulais ajouter quelque chose ?

Interne 25 : euh ben moi justement j'trouve par rapport au mode d'exercice que le S.A.S.P.A.S. apporte, moi surtout je le vois là au C.M.S. de St Denis c'est que je me suis rendu compte que la médecine tout seul en cabinet c'était juste hors de question parce que j'trouve ça insupportable d'avoir à répondre au téléphone de gérer tous les papiers CMU, AME, tout ça, ça m'intéresse absolument pas et c'est vrai que travailler en C.M.S. ça m'a fait découvrir vraiment un mode d'exercice que vraiment j'adore y a trois infirmières qui gèrent énormément de trucs y a deux secrétaires à l'entrée qui on s'occupe de rien à ce niveau-là et je trouve ça absolument génial alors moi j'étais vraiment au début de mes études en tout cas très axé sur la médecine libérale voilà et là j'ai découvert que finalement qu'être salarié d'un centre de santé ça pouvait être un mode d'exercice hyper agréable en tout cas à ce niveau-là on voit vraiment que les patients enfin moi ils m'ont ouvert une consultation dès qu'il y a un cabinet de libre je prends que des patients j'suis tout seul et c'est vraiment absolument génial d'avoir rien avoir à gérer à ce niveau-là juste une signature sur un papier et c'est bon donc moi c'est l'énorme point positif que je trouve dans ce S.A.S.P.A.S. là en tout cas

Interne 24 : Ce que j'apprécie dans le SASPAS c'est l'autonomie en fait qu'on a par rapport au niveau 1 euh du fait aussi comme tu disais Interne 21 de faire tourner un peu le planning ou la PMI (acquiescement Interne 21) j'aime bien justement en fait

au planning où on me laisse vraiment faire mes consultations à moi et du coup bah c'est comme ça que j'ai l'impression d'apprendre plus d'avoir le titre entre guillemets de médecin à part entière et pas juste de stagiaire et de pouvoir vraiment gérer mes consultations comme comme je le veux et j'ai également le même ressenti dans les cabinets de médecine générale et ça j'apprécie beaucoup par rapport au stage de niveau un

Interne 21 : je rebondis juste sur le fait de faire tourner la PMI etc. moi ce que j'aime pas c'est que c'est pas moi qui gère mon planning c'est-à-dire qu'on me rajoute des rendez-vous enfin et etc. on me demande pas mon avis etc. et donc

Dr A : un peu désagréable

Interne 21 : oui un peu désagréable

Interne 19 : moi aussi c'est vrai je suis chez un médecin généraliste en cabinet mais aussi en CMS et je trouve voilà l'inconvénient du CMS y a pas vraiment un suivi de patients on est plusieurs médecins en fait et j'ai le même souci que toi, on me met des patients parce qu'il faut remplir ma consult, c'est pas forcément les patients que j'ai déjà vus, le suivi n'est pas aussi régulier quand on est en cabinet j'ai l'impression on est le médecin attiré donc le suivi est quand même plus correct

Dr A : Interne 23 tu as des choses à ajouter

Interne 23 : non moi ça se passe bien y a juste des fois je trouve qu'on dépanne bien quoi (acquiescement Interne 22 et Interne 21) quand on arrive le mardi ah ben non ils sont pas là ils sont en week-end ils ont pas prévenu et que nous on est toute seule avec le remplaçant qui est là qui doit qui patauge ça se passe bien sinon mais c'est vrai que des fois on a vraiment l'impression de dépanner d'être le remplaçant

pas cher quoi mais sinon je trouve que l'autonomie c'est quand même pas mal mais on voit aussi tout l'envers du décor que j'avais pas senti tant que ça en médecine de niveau un tout l'administratif quoi on l'avait pas vu avant je me rendais pas compte que ça me prenait autant de temps que enfin voilà (acquiescements des autres internes)

Dr A : alors donc là vous êtes à la fin du parcours concernant les stages et puis y a l'autre volet je dirai du D.E.S. qui est votre port folio la validation des compétences donc bon je pense que tous les stages en ambulatoire c'est une bonne opportunité pour voir des situations complexes est ce que déjà on est quoi au bout de deux mois deux mois et demi de stage vous avez identifié des situations complexes en stage et qui se rapportaient à quelle compétence là sur la S.A.S.P.A.S. ?

Silence

Dr A : vous avez déjà validé toutes vos compétences ?

Interne 19 : Oui une fois que je les ai validées

Dr A : on passe à autre chose

Interne 19 : oui, c'est ça

Dr A : est ce qu'il y en a d'autres, Interne 22 ?

Interne 22 : euh enfin situation complexe enfin j'ai des traces sur l'urgence y a j'ai découvert un pneumothorax complet en cabinet j'étais très contente qu' il le tolère très bien (RIRES) qu'il ait le temps d'aller aux urgences par exemple le problème que j'avais eu c'était en gros il tolérait super bien c'était un complet gauche mais il tolérait vraiment bien il est venu pour une petite douleur dans le dos et en gros on se disait

bon ben SAMU en même temps mais il tolère vraiment bien est ce qu'ils vont se déplacer ou ambulance mais ambulance elle est là que dans 3 heures et en fait je me suis entretenue avec mon prat qui m'a dit écoute si il tolère si bien essaies taxi enfin j'étais le cabinet était à gare de l'Est on l'a envoyé à Saint Louis c'était à côté. Il est arrivé bien aux urgences et en effet il a été hospitalisé, il a été évacué, en réa quelques jours et puis en pneumo et puis sortie. J'ai eu ça entre autre qu'est-ce que j'ai eu là dernièrement j'ai découvert un cancer mais j'ai pas encore fait de trace dessus. C'est un patient qui vient pour une dysphagie aux solides et en lisant le dossier antécédent de cancer ORL euh radio, chimio, chir et je sais plus quel traitement autre et donc je suis contente je lui dis de prendre rendez-vous avec un gastro, faites aussi un scanner et il a été pris en charge super rapidement parce que je l'ai vu le 25 mai et il est venu la semaine dernière pour m'apporter le compte rendu et il a eu sa fibro on lui a posé une prothèse oesophagienne œsophagienne et le 12 il commence sa chimio

Dr A : D'autres situations, tout le monde a validé ses traces ? Interne 24 ça a l'air de te désespérer

Interne 25 : oui ça me désespère un peu mais là là ça va mieux le S.A.S.P.A.S. c'est un assez bon pourvoyeur de de traces là en tout cas où je suis là j'ai fait une trace j'ai pas encore envoyé mais j'ai terminé sur les violences faites aux femmes pour la compétence de médecine premier recours parce que c'est quelque chose j'ai découvert pas mal de chiffre en participant à une journée d'information euh organisée par le département de Seine Saint Denis qui est très actif à ce niveau-là et euh donc c'est vrai que quand on voit que 11% des femmes sont victimes de violences on se dit que sur une consult où on voit en général au moins 10 femmes

dans une consult c'est pas rare y en a au moins une qui est victime d'une des quatre formes de violence conjugale ou autre parce qu'après y a des chiffres sur les mineurs etc. et donc c'est quand même un problème de santé publique de très haute prévalence que je me suis rendu compte je pensais pas à vraiment dépister alors qui suffit de demander si le conjoint est gentil et déjà ça ouvre une porte elles vont pas tout livrer d'un coup ça c'est évident mais déjà ça ouvre une porte et elles savent que c'est un endroit où elles peuvent parler de ça donc ça me paraît être intéressant pour la compétence premier recours

Dr A : bien oui Interne 20

Interne 20 : moi je trouve qu'en en S.A.S.P.A.S. on a beaucoup de de possibilités de faire des traces mais ça dépend aussi du terrain de stage et ça dépend aussi du maître de stage parce que selon la qualité du débriefing ça ouvre vers des traces ou pas et j'ai notamment un terrain de stage où effectivement je pourrais en écrire 5 par jour avec un débriefing de qualité où y a des questions pertinentes sur ce que j'ai fait et un autre terrain de stage où finalement à la fin de la journée y a pas grand-chose parce que y a rien eu en retour quoi

Dr A : y a pas de supervision quoi

Interne 20 : et que nous on s'en rend pas forcément compte au moment X de la situation et même le soir en y repensant de savoir est ce que c'est c'que j'ai fait qui fallait ou pas mais c'est justement d'avoir un avis extérieur à la consult et j'pense que le S.A.S.P.A.S. il est aussi pour faire ça, pour nous faire réfléchir à ce qu'on a fait dans la journée quoi

Dr A : justement Interne 25 puisque tu parlais du premier recours ça me paraît être une très bonne idée, donc on va avancer sur ce premier recours et justement pour vous est ce que vous pouvez me dire vous qui êtes en fin de parcours si je puis dire qu'est ce que ça représente pour vous le premiers recours ? Tu nous a donné un exemple est ce que vous avez d'autres façons de le définir, le premier recours ou d'autres exemples qui vous viennent en tête ?

Silence

Dr A : vous êtes perplexes ?

Interne 18 : premier recours ça peut être, enfin pour moi en tant que médecin moi j'me dis que premier recours c'est quand on a un symptôme on va voir son médecin pas forcément aller à l'hôpital euh ça peut être pour le dépistage, pour la prévention pour euh ouais en fait la personne qu'on va voir en première intention

Dr A : finalement ton patient qui avait son pneumothorax il est venu te voir toi et puis pas..

Interne 22 : oui

Dr A : oui comment tu ...

Interne 22 : c'est-à-dire ?

D A : c'est-à-dire parce qu'il aurait pu aller aux urgences ...

Interne 22 : oui mais pour lui c'était une petite douleur de rien du tout donc il venait consulter pour une crampe une courbature qui durait un peu enfin j'ai l'impression je comprends pas trop cette compétence dans le premier recours parce que j'ai

l'impression qu'on est le premier recours que chaque consultation représente
l'ouverture de quelque chose donc

Dr A : l'ouverture de quoi ?

Interne 22 : ben voilà on vient pour une courbature on découvre un pneumothorax,
ou on vient parce qu'on a mal à la tête on découvre qu'on a de l'hypertension, on
vient... on est le premier recours à tout quoi enfin pas tout mais très souvent

Dr A : oui qu'est-ce qu'en pensent les autres oui Interne 20

Interne 20 : en même temps quand on est aux urgences on a aussi l'impression
d'être du premier recours et d'avoir tout et n'importe quoi, y a des patients qui
arrivent au cabinet avec une vraie urgence on se dit pourquoi ils sont pas allés aux
urgences et quand on est aux urgences pourquoi ils ont pas été voir leur médecin y a
un peu des deux quoi (acquiescements et sourires des internes)

Dr A : et donc votre impression les autres sur le fait que finalement vous êtes le
médecin de premier recours donc que tout ou presque est du premier recours, ça
vous fait pas réagir ?

Interne 19 : c'est un peu effrayant quand même par moment

RIRES

Dr A : Interne 19

Interne 19 : oui quand on se dit voilà n'importe quel symptôme on vient nous
consulter, nous, voilà il faut quand même maîtriser vraiment tous les domaines,
(sourires des internes) il faut avoir réponse à tout, faut rassurer le patient et

Dr A : Oui

Interne 23 : pas tous mais y a des fois ils arrivent il faut la réponse là tout de suite maintenant et des fois moi parfois la réponse je l'ai pas trop, j'galère quoi c'est pas très clair, c'est jamais vraiment comme dans les bouquins bon on tâtonne un peu mais j'pense que parfois quand on est les premiers vraiment on s'prend le boulet de canon et après il faut arriver à l'attraper à le poser et à c'est pas facile tous les jours c'est bien d'être le premier recours mais y a des jours c'est sportif

Dr A : hum hum c'est être aux premières loges quoi

Interne 23 : oui c'est ça en première ligne

Dr A : première ligne oui ok, d'autres difficultés que vous avez identifiées pour le premier recours ?

Interne 21: ben le premier recours ce qui me pose problème c'est justement ce que tu disais c'est de rassurer les gens parce que justement faut qu'tu, y viennent avec un symptôme, il faut que t'évoques des choses mais il faut que tu les évoques devant eux aussi pour combler la consultation mais faut pas le dire trop violemment parce que faut pas leur faire peur, il faut rassurer les gens enfin moi j'ai un petit peu de mal avec ça

Dr A : comment expliquer les choses sans sans susciter d'inquiétudes

Interne 21: ben voilà ça s'apprend avec l'expérience

Interne 23 : faut maîtriser ben un peu maîtriser son angoisse on s'est pris le truc il faut que ça ressorte quoi moi des fois on me dit un truc je pense à dix choses en même temps avec des trucs super graves alors après je redescends je me dis non on va se poser cinq minutes c'est sûrement pas tout ça mais c'est vrai qu'après si on

se retient pas ça peut sortir et alors là c'est la consultation elle est finie quoi tu dis le gros mot enfin j'ai pas d'idée là

Dr A : tu n'as pas d'exemples qui te viennent à l'esprit

Interne 23 : tu dis le gros mot et après c'est foutu quoi je peux dire tout ce que je veux c'est pas grave tout ça il m'écouterait plus ça arrive j'ai pas d'exemple là

Dr A : ça t'es arrivé on sent qu'il y a du vécu mais euh

Interne 23 : je pense que c'est arrivé à tout le monde peut être pas forcément ce semestre là mais dans mon cursus j'ai ben qui n'a pas fait de gaffe quoi je veux dire le haussement de sourcil un peu inquiet j'en sais rien

Dr A : Interne 21 tu as un exemple

Interne 21 : ben justement oui (RIRES) pas plus tard que la semaine dernière où je vois une mère de 48 ans tabagique qui vient parce qu'elle tousse depuis plus d'un mois ça passe pas sous macrolides et elle fait une radio thorax qui montre un petit épanchement pleural et un foyer à la base gauche je crois et euh elle tousse jaune etc. elle sait pas trop si elle a de la fièvre mais elle a perdu l'appétit elle est très fatiguée tout ça ben j'évoque les choses et dans les choses à évoquer y a la tuberculose et voilà et donc je lui ai dit que ça se soignait très bien etc. j'ai été trop à l'avance à mon avis parce que bon après je lui ai dit de faire le scanner elle a fait le scanner et après elle a rappelé son médecin que je remplaçais et en disant ah c'est pas la tuberculose qu'est-ce qu'il faut faire et très alarmiste quoi donc j'ai pas su la rassurer sur ce point-là il fallait peut-être pas que j'évoque la tuberculose mais elle me demande qu'est-ce que ça peut être donc forcément moi j'évoque tout quoi

Dr A : est ce qu'il y en a d'autres qui ont eu des difficultés sur jusqu'où aller sur les explications qu'on donne aux patients est ce que est ce qu'elle aurait fait le scanner si tu n'avais pas évoqué les autres diagnostics

Interne 18 : moi j'avais eu un autre souci c'était dans mon stage de niveau un pas en S.A.S.P.A.S. où j'ai reçu une patiente qui n'était pas suivie en cabinet qui venait là parce qu'elle habitait à côté et qu'elle avait son médecin traitant à côté de son travail et en fait elle voulait juste une ordonnance elle était en début de grossesse et il lui fallait l'ordonnance pour aller faire la prise de sang pour la toxoplasmose et donc moi j'avais eu l'habitude en cabinet pour un nouveau patient de toujours ouvrir un dossier et donc faire tout l'interrogatoire et l'examen clinique et en fait ça l'a dès le début ça l'a agacée que je lui pose plein de questions déjà sur les antécédents et ensuite sur la prise en charge de la grossesse et je sais pas ce qui a fait le déclic mais elle s'est mise à pleurer à me demander pourquoi vous me posez toutes ces questions ça vous regarde pas euh et là j'ai eu vraiment du mal à terminer la consultation et je me suis au début c'était déjà ben je comprenais pas pourquoi elle réagissait comme ça alors après j'essayais de réfléchir sur ce que j'avais pu lui dire qui avait pu la déstabiliser à ce point-là et au final au début enfin au début j'étais elle me prend pour un distributeur d'ordonnance donc déjà il fallait pas que je lui montre mon agacement de sa réaction et ensuite euh j'ai quand même essayé de terminer la consultation de façon sereine et puis en fait elle était pas du tout pas du tout apaisée et moi ça m'énervait parce que j'me suis dit enfin j'ai essayé oui j'pense y avait quelques trucs où elle s'est dit mais elle me prend pour une débile j'lui ai juste demandé mais est-ce que vous avez déjà commencé à chercher une maternité euh est ce que vous avez fait toutes la prise de sang qu'il fallait dès le début etc. etc. ... et du coup en voulant bien faire j'ai eu l'impression de mal faire

Dr A : c'était pas forcément son motif euh de...

Interne 18 : voilà

Dr A : c'était pas ça qu'elle venait chercher et puis

Interne 18 : et puis elle était fatiguée elle voulait aussi un arrêt de travail mais donc voilà

Dr A : est-ce que c'est arrivé à d'autres d'aller au-delà, de vouloir faire trop bien et de d'être allé au-delà de la demande du patient et d'être contre-productif ça a pu vous arriver ...oui Interne 22

Interne 22 : un patient qui est pas connu donc pas de dossier médical ils sont juste là à attendre leur ordonnance moi ils se sont pas énervés mais bon on sent qu'ils sont agacés quoi et je suis bien contente parce qu'au moins on leur montre qu'on est pas des distributeurs tu me demandes quelque chose et ben moi je me renseigne je suis médecin je suis pas (acquiescement Interne 20)

Dr A : par rapport à ça par exemple ou entre autre vous avez l'impression d'avoir progressé enfin j'veux dire par rapport au stage de niveau 1 est ce que vous vous sentez plus à l'aise sur ce genre de situation ou c'est encore difficile

Interne 22 : ça dépend toujours mais euh j'prends plus confiance en moi justement en m'imposant plus comme le médecin et pas juste comme le distributeur ça commence à être très agaçant qu'ils viennent avec leurs listes (acquiescements des internes)

DR A : ça nous agace aussi vous inquiétez pas

Rires

Interne 22 : oui et même quand ils ont déjà un dossier ils viennent avec leurs listes au moins là je rends un peu la monnaie

Dr A : pour revenir à ce que tu évoquais le patient finalement le patient avec son pneumothorax on était dans le premier recours typiquement et finalement c'est toi qui a géré le transport enfin le non transport euh enfin le transport non médicalisé si je puis dire est ce que ça c'est quelque chose que tu aurais su gérer en niveau un

Interne 22 : c'était en niveau un justement

Dr A : c'était en niveau un

Interne 22 : c'était en niveau un et c'était la question que je me posais sur le transport et j'ai appelé mon prat qui m'a dit

Dr A : il était pas sur place ?

Interne 22 : non il était en visite et euh enfin juste à côté dans le quartier et de là j'ai fait ça avec lui en accord avec lui par téléphone

Dr A : est-ce que vous avez d'autres exemples de situations qu'en niveau un vous auriez eu du mal à gérer et euh finalement

Interne 23 : je sais pas si j'aurai eu du mal à gérer parce que je l'ai pas eu mais c'est j'étais c'était un jeudi j'étais au cabinet mon prat était pas là je reçois un coup de fil d'une assistante sociale complètement paniquée pour un des patients du cabinet que je connais pas du tout que j'ai jamais vu qui lui a écrit une lettre horrible où il dit qu'il va se jeter par la fenêtre. Elle pense qu'il va le faire. Alors moi, mon dieu, mais qu'est-ce que alors écoutez, je vais déjà essayer de l'appeler voir si il veut pas venir maintenant au cabinet ou que je passe le voir voir si il est pas déjà en train de sauter.

Je l'appelle euh il me dit non non non je viendrai vous voir mais tout à l'heure pour l'instant c'est pas dans mon programme, un peu bizarre quand même non j'ai pas prévu de oui non je vais pas bien mais je vais pas sauter j'ai mal au dos je viens vous voir tout à l'heure. Vous êtes sûr parce que bon je peux passer vous êtes pas loin. Non non j'ai ma machine à faire mon programme. Donc bref, je rappelle l'assistante sociale, je lui dis que je vais le voir pour la rassurer, elle était paniquée la pauvre je lui dis que je vais le voir le soir et qu'on va peut-être essayer de donner rendez-vous en CMP mais dans pas dans trois plombes. Donc on a essayé de voir toutes les deux on a réussi à arranger le rendez-vous au lendemain où elle devait l'accompagner donc ça se passe bien mais ça m'a pris vachement de temps entre deux consultations machin. Je le vois le soir bon ben il avait mal au dos effectivement il avait porté un carton bon ben il allait pas se suicider dans la seconde mais quand même un contact très particulier euh en fait il disait qu'il rêvait qu'il se suicidait, il se voyait vraiment le faire donc ça l'angoissait énormément de le faire pour de vrai mais bon il était jamais allé ouvrir sa fenêtre ou quoi que ce soit donc je l'ai tranquilisé il allait au CMP le lendemain avec l'assistante sociale donc voilà ça s'est un peu tassé comme ça. Bon j'ai appris après qu'il avait été hospitalisé en psy je pense pour je pense qu'il a décompensé un truc psychotique pas une dépression c'était autre chose et moi ce qui m'a perturbé j'me suis dit si il saute je sais pas si il faut que j'y aille que j'empêche est ce que j'y vais-je toque à la porte jusqu'à temps qu'il m'ouvre parce que j'en sais rien donc c'était intéressant parce que ça c'est relativement bien passé

Dr A : bien gérer les choses

Interne 23 : y a un moment ça m'a pris du temps c'était bien mais c'est vrai que le premier coup de fil de l'assistante sociale complètement alarmée il va sauter voilà

Dr A : là encore une fois dans le premier recours

Interne 23 : ah oui et puis l'avantage du niveau deux en S.A.S.P.A.S. c'est qu'il y a que nous donc autant en niveau un y a le prat on peut le crocher il est là il sait souvent ce qui faut faire au pire on est deux on y réfléchit ensemble là

Dr A : le fait d'être seule être obligée de se dépatouiller tu vois ça plutôt comme

Interne 23 : toute seule c'est plutôt bénéfique parce que ça force un peu à le faire et euh on y arrive quoi ça paraît infaisable et puis finalement on y arrive c'est un peu comme le premier vaccin à un bébé finalement c'est un peu dur et puis on y arrive

Dr A : on peut le faire

Interne 23 : voilà ça c'était du bon premier recours

Dr A : d'autres situations un peu difficiles à gérer que finalement avec un peu d'expérience que vous vous sentez plus à l'aise

Interne 24 : euh moi c'était plus par rapport à certains gestes aussi dont j'avais pas suffisamment d'expérience pour pouvoir les pratiquer seule euh je pense notamment à des gestes de gynécologie poser un stérilet ou ce genre de enlever un implant la première fois que j'avais fait ça j'avais dû vraiment chercher charcuter un peu et j'avais eu le recours de de mon prat et là effectivement l'expérience que l'on acquiert en S.A.S.P.A.S. ou peut être que c'est le je me sens plus à l'aise et plus en confiance pour pouvoir les pratiquer seule compléter un peu

Interne 25 : sur les demandes vis-à-vis des patients ce que j'avais peut-être du mal à faire en niveau un parce que c'est vrai que j'étais je consultais tout le temps avec dans le même cabinet avec le praticien bon il était c'est moi qui menait les consultations mais il était toujours là donc j'avais du mal à résister à certaines demandes de ses patients et des choses type mucomyst des choses comme ça et je suis très très content en S.A.S.P.A.S. d'être tout seul parce que je peux arriver à faire partir des gens qui ont des rhinites sans ordonnance et ça je trouve ça hyper bien euh c'est vraiment ça c'est un exemple mais vraiment arriver à tenir tête on n'est pas là non plus pour être en conflit avec des patients mais arriver vraiment à être sûr de soi et dire non là je vous donnerai rien parce qu' y a rien à vous donner (sourires des autres internes) chose que je ne pouvais pas faire ou avec difficulté ou avec gêne en tout cas quand j'étais en niveau un euh avec le praticien à côté

Dr A : c'est une lutte perpétuelle ce que tu décris finalement le patient il repart satisfait

Interne 25 : oui oui oui il est satisfait je rentre pas en conflit avec lui pour le plaisir, c'est pas du tout ça, c'est vraiment voilà parce que là je suis tout seul derrière le bureau donc déjà il a pas l'appui la demande d'un autre et je lui explique vraiment bien pourquoi je pense que ça sert à rien et parfois ce qui était un peu désagréable en niveau un par rapport au S.A.S.P.A.S. c'est que le praticien pouvait contredire avec ses arguments aussi ça c'est que je préfère dans le S.A.S.P.A.S. par rapport au niveau un

Interne 18 : par rapport au niveau un je sais pas si c'est le fait d'être en sixième semestre ou le fait que en fait que mon niveau un c'était des consultations sur rendez-vous, où c'était, il m'avait laissé toutes les demi-heures donc ça c'était assez

confortable et là en fait au cabinet j'suis sans rendez-vous et c'est la course contre la montre donc quand je sais qu'il y a un tas de patients qui attendent euh j'arrive à boucler une consultation en 15 minutes sans être frustrée ni dire que euh j'ai oublié de parler de tel truc ou et du coup c'est largement faisable quoi et du coup j'y arrivais pas du tout avant que ce soit hors cabinet aux urgences ou j'étais toujours trop lente et là

Dr A : la gestion du temps finalement

Interne 18 : la gestion de la consultation, ne pas laisser parler le patient pendant des heures et des heures inutilement euh

Petits rires

Interne 18 : aller droit au but et ça j'ai gagné en ça

Interne 19 : l'avantage aussi en S.A.S.P.A.S. c'est que voilà quand les patients viennent pour un symptôme assez simple on peut entre guillemets bâcler rapidement en leur disant qu'c'est pas grave mais on peut profiter du reste du temps pour parler d'autres choses faire du dépistage comme ça en fait les patients sont même un peu satisfaits en fait, on leur a parlé d'autres choses, on leur a appris des choses et les premiers symptômes ils les ont oubliés ils se sont rendus compte que c'était pas très important. C'est vrai qu'on est plus, en tout cas j'me trouve plus sûre de moi et du coup qu'on peut parler d'autres choses.

Dr A : tu as l'impression que tu peux, tu arrives à amener d'autres choses peut-être plus facilement qu'auparavant

Interne 19 : voilà, c'est ça

Dr A : moins difficile à et mieux vécu par le patient, qu'est ce qui a changé par rapport à ça, qu'est-ce que t'as l'impression d'avoir mis en.

Interne 19 : en fait, les patients y arrivent, y sont même pas au courant de c'qui existe comme dépistage, y sont intéressés, on leur parle de vitamine D : y sont épatés face à tout c'qu'on peut faire avec la vitamine D. Donc c'est vrai que j'ai l'impression de leur apprendre des choses y sont satisfaits en fait y disent ah ben ça j'savais pas.

Dr A : même si c'était pas leur demande initialement

Interne 19 : oui voilà ça passe bien j'trouve en fait

Dr A : Interne 20 ?

Interne 20 : j'ai un peu le même cas mais c'est surtout pour tout ce qui est vaccin c'est que en fait on s'rend compte, en niveau un j'arrivais pas du tout, parce que j'ai pas consulté toute seule en niveau un et quand on a un prat à côté euh qui parle quand même avec le patient parce qu'il le connaît donc y va pas juste se taire et nous laisser faire finalement y a deux personnes qui parlent on arrive pas à nous s'exprimer correctement et le fait d'être tout seul ,et ben le conseil minimal contre le tabac on arrive à le faire euh demander si les vaccins sont à jour on arrive à l'faire et quand le patient y revient avec le carnet de vaccination c'est que quelque part le message il est passé qu'il a compris et ça fait vachement plaisir et c'est quelque chose que quand on est deux on arrive pas à faire

Dr A : donc un petit peu ce que disait Interne 25 c'est plus facile finalement d'être seul maître à bord quoi quelque part euh , quelque part ...

Interne 20 : et puis en même temps on se sent pas écouté parce que quand on a le prat qui est dans le cabinet globalement tout ce qu'on dit c'est écouté et on se sent un peu jugé quoi enfin que quand on est tout seul quoi enfin moi j' préfère en tout cas

Dr A : oui en fait, le fait d'avoir quelqu'un à côté de toi ça peut pas aussi t'aider à améliorer certains points, non, toi t'as plus l'impression qu'c'est plutôt une gêne

Interne 20 : Oui

Interne 18 : Et puis les patients on peut dire tout ce qu'on veut ,de toute façon, si on dit pas la même chose que leur praticien alors attend, alors même si on est sûre d'avoir raison euh qu'on trouve que c'est un petit peu mieux de faire comme ça, ouais mais là ils sont contents, ouais mais ils parlent au prat

Murmures : le regard du prat, acquiescements oui ouais

Dr A : c'est plus valorisant le rôle que vous occupez maintenant

Interne 19 : là j'me sens enfin j'me sens comme une remplaçante et clairement je suis présentée comme ça

Dr A : Et ça te dérange ?

Interne 19 : ah non non pas du tout justement ça donne plus on nous écoute plus on n'est pas juste la stagiaire ils comprennent mieux qu'on est un médecin

Dr A : le terme de stagiaire c'est plutôt péjoratif

Interne 19 : oui je trouve un peu

Dr A : est-ce que imaginons que je sais pas soit on rallonge le D.E.S., soit vous puissiez encore faire du remplacement tutoré est ce que vous avez l'impression que

vous pourriez encore faire des progrès qu'on pourrait encore vous aider sur le premier recours ou qu'est-ce que vous en pensez

Interne 22 : j'ai pas l'impression de beaucoup évoluer pendant ce stage c'est le problème justement je suis toute seule donc je fais sur mes acquis enfin je lis ce dont je m'étais rendu compte en niveau un j'apprends plus rien donc je me suis abonnée à des revues à ce moment-là et euh alors que quand il y avait le prat je l'écoutais dire certains trucs j'apprenais des trucs ou en stage où y a des staffs tout le temps à l'hôpital là c'est mon regret enfin j'ai pas beaucoup de supervision et euh je bosse avec mes acquis enfin donc j'ai l'impression de pas évoluer des masses ça dépend aussi des gens c'est sur

Interne 25 : je pense que ça doit vraiment dépendre des terrains de stage parce que moi au contraire en tout cas le lundi mardi au planning et en gynéco j'apprends vraiment énormément sans être tout le temps justement avec la gynécologue qui est avec moi qui est un médecin généraliste d'ailleurs euh et qui euh qui me laisse là de plus en plus d'autonomie qui me laisse gérer les après-midi de planning tout seul même si elle est à côté en train de faire autre chose là clairement moi j'ai vraiment l'impression de progresser beaucoup plus euh qu'en niveau un sincèrement même si j'ai beaucoup progressé en niveau un ça je vraiment je mets pas en cause ça du tout euh j'ai vraiment cette sensation là en tout cas

Interne 23 : peut-être pas sur les acquis qu'on progresse le plus sur les connaissances, c'est surtout l'aspect relationnel je trouve que on parle qu'en deux mois je sais que je parle plus pareil aux patients j'arrive mieux à m'imposer pour certaines choses que je me fais moins envahir enfin pas tous les jours mais bon ça c'est plus la phase des connaissances on se forme un peu seul mais bon c'est la

médecine gé en même temps et c'est plus dans l'assurance l'autonomie je trouve qu'on apprend beaucoup bon peut être un peu sur le tas parce que finalement on est seul et donc mais après en en reparlant avec le prat des fois il donne des petites clés en plus des situations qui auraient pu se débloquer un peu plus facilement et ça c'est pas mal

Dr A : les patients il les connaît en plus

Interne 23 : oui voilà lui je connais pas bien machin voilà donc ça pour ça on apprend beaucoup

Dr A : sur la relation

Interne 23 : ouais et puis apprendre à gérer son temps voilà plus ça que sur la connaissance médicale pure

Interne 18 : euh oui ça rejoint un peu ce qu'a dit Interne 23 en tout cas en niveau un c'était le topissime pour la médecine de premier recours j'ai vraiment découvert une autre façon de travailler j'étais là euh c'est dommage que ce soit qu'en 4^e semestre qu'on mette les pieds dans un cabinet parce que vraiment pour le coup ça n'a rien à voir avec l'hôpital et du coup là c'était vraiment puis là c'était l'été donc très rapidement j'ai consulté toute seule et euh voilà la manière dont j'ai fonctionné aussi faisait que j'avais vraiment l'impression de tout prendre en charge par rapport au dépistage, prévention, traitement des symptômes, suivi, etc. et là en fait comme pour mon S.A.S.P.A.S. c'est pas du tout comme ça du coup voilà ça va être le côté euh en tout cas par rapport au cabinet parce que en fait moi finalement j'ai qu'une journée dans mon S.A.S.P.A.S. où j'ai ça et c'est vrai que du coup j'ai vraiment le sentiment d'apprendre dans les autres structures et du coup en cabinet ça va être voilà la

confiance en soi, la manière dont on gère la consultation toute seule, le temps, et du coup j'me rapporte vachement à ce que j'avais fait en niveau un et euh du coup mon S.A.S.P.A.S. c'est plus voir d'autres choses que d'me dire ben tiens j'apprends de nouvelles choses en cabinet par rapport à cette journée en tout cas

Dr A : tu penses que oui... enfin tu dis ça par rapport à ton stage en fait parce que le niveau un avait été particulièrement...

Interne 18 : oui, j'ai vraiment l'impression d'avoir fait

Dr A : le tour du premier recours

Interne 18 : ah oui enfin au niveau un et même le sentiment d'avoir fait deux fois plus dans mon stage de niveau un qu'au S.A.S.P.A.S.

Dr A : c'est pas fini... d'autres avis en particulier sur le premier recours pas est ce que entre le niveau un et le S.A.S.P.A.S. est ce que vous avez encore des marges de progression ou des choses qui sont euh difficiles

Interne 24 : je trouve que le S.A.S.P.A.S. justement complétait bien mon stage de niveau un

Dr A : tu n'avais pas ce sentiment d'avoir fait le tour de la question

Interne 24 : non non non pas du tout, peut-être qu'aussi ça dépend probablement des différents cabinets dans lesquels on était mais la marge de progression c'était plus comme c qu'e disait Interne 23 par rapport au relationnel ou p't'être que c'est aussi par rapport à l'expérience d'être en sixième semestre que du coup j'ai un peu plus confiance pour aborder les différents sujets de consultation que j'veux aborder euh dans la structure de ma consultation la manière dont je j'veux la gérer également

le temps euh ça j'ai pas mal appris justement en S.A.S.P.A.S. par rapport au niveau un ou j'me laissais même encore en fin de niveau un des fois déborder par ma consultation en laissant une salle d'attente assez pleine et en finissant du coup tardivement la consultation et

Dr A : par rapport à la gestion du temps

Interne 24 : La gestion du temps, la gestion du relationnel, après au niveau des acquis euh j'ai appris pas mal de chose aussi en S.A.S.P.A.S. j pense que à mon avis je pense que j'peux encore progresser parce que j'ai encore beaucoup de choses à apprendre à mon avis euh mais c'est vrai que ça dépend beaucoup de la qualité du débriefing en fin de journée, de la disponibilité du maître de stage

Dr A : ponctuellement

Interne 24 : Oui ponctuellement

Dr A : la qualité de la supervision

Interne 19 : oui ça c'est évident, j'ai un prat avec qui j'ai une supervision en effet où on retire les points importants on va faire des recherches et on en reparle la semaine d'après et l'autre avec lequel j'ai aucune supervision donc c'est vrai que si ça s'trouve y a des choses que j'suis passée à travers et on est pas là pour m'le dire j'me suis pas rendu compte c'est vrai qu'ça c'est important j'pense

Dr A : le retour des patients non ça c'est pas une forme de supervision quand vous, parce que j'imagine qu'il est arrivé que vous les revoyez ou ?

Interne 20 : ils viennent pas forcément nous voir nous après ils vont voir le maître de stage et justement si il nous fait pas le retour on n'en a pas on se sent un peu frustré parce qu'on a lancé des choses et on sait pas c'que ça a donné

Dr A : d'abord le retour sur les patients sur ce que vous avez fait c'est important. Et sur le premier recours est ce que vous voyez d'autres choses à ajouter ?

Interne 20 : j'trouve que le stage de niveau un il apprend plein de choses sur le fonctionnement du cabinet tout ça mais passer 6 mois sur 9 ans en ville c'est franchement pas grand-chose pour s'installer ensuite et j'me demande c'que ça aurait donné si on n'avait pas fait de S.A.S.P.A.S. parce que tout le côté relationnel côté voilà mécanisme déroulement si on le fait pas tout seul à un moment donné on peut pas l'apprendre à le faire à l'hôpital parce qu'à l'hôpital c'est quand même pas le même principe, aux urgences quand on sait pas et ben on va dans la pièce à côté on va sur internet on va demander au senior, là on est direct en face du patient et il faut qu'on trouve la réponse maintenant c'est pas quoi

Dr A : faut arriver à terminer la consultation

Interne 20 : voilà

Dr A : c'est ce que disait Interne 23 tout à l'heure

Interne 20 : c'est pas le même premier recours qu'à l'hôpital encore moins en hospitalisation où alors là c'est plus du tout premier recours

Dr A : faut arriver jusqu'au bout de la consultation mais bon y a des situations qui sont des situations d'incertitude ça pose problème où on n'a pas forcément un résultat euh une conclusion

Interne 20 : quand on l'exprime au patient qu'on lui explique nos doutes et que qu'on lui explique pourquoi on fait tel examen il arrive à comprendre et il revient avec les examens et on c'est un travail qu'on fait ensemble quoi c'est pas y a pas une frontière le médecin y sait tout le patient y sait pas c'est un travail ensemble on en discute ensemble euh en posant des questions sur de nouveaux symptômes et une fois y a un patient qui est revenu la semaine d'après en me disant ah mais j'ai réfléchi à votre question que vous m'avez posée oui effectivement parfois j'ai ce symptôme-là parfois ça peut aussi éclairer et c'est pas c'est un travail médecin et patient quoi

Dr A : la décision est partagée

Interne 20 : voilà c'est eux qui vont prendre le traitement enfin quand on trouve une maladie genre hypertension ou quoi c'est eux qui derrière vont prendre le traitement vont gérer leur vie avec ce traitement là avec cette pathologie-là quoi donc c'est

Dr A : c'est sûr, vous serez pas là pour les accompagner

Interne 20 : à l'hôpital y a même parfois des fois où c'est les infirmières qui donnent les ordonnances quoi jamais on leur explique enfin y a pas de proximité je trouve

Dr A : dans la négociation des médicaments, dans l'instauration du traitement ou tu penses le traitement au long cours ça c'est quelque chose qui

Interne 20 : Oui parce qu'on leur explique, parce que justement en cabinet on leur donne pas juste l'ordonnance c'est bon au revoir euh parce que déjà ils la lisent devant nous alors qu'à l'hôpital rarement ils la lisent devant nous ils la mettent avec la tonne de papiers de sortie de machins de trucs de rendez-vous de et finalement ils la lisent chez eux tout seul quoi

Interne 22 : et puis ils vont voir leur médecin généraliste parce qu'ils ont pas compris

Rires

Interne 22 : souvent c'est ça à l'hôpital ils sont un peu dépités on les revoit une semaine après la sortie de l'hôpital c'est quoi les médicaments

Interne 20 : et au final ils savent pas pourquoi ils ont été hospitalisés ils savent pas pourquoi les médicaments

Dr A : et retour au médecin généraliste Interne 24 tu confirmes

Interne 24 : oui oui je confirme des fois ça arrive même qu'ils aillent chez certains spécialistes et qui reviennent malgré tout revenir nous voir alors qu'on a pas compris par exemple les suivis de grossesse où je leur dit bah à 6 mois je vous fais le courrier vous irez voir l'obstétricien etc. et ils reviennent malgré tout après encore une deuxième consultation avec nous on leur dit mais vous êtes pas obligés de venir de faire ça sur les deux terrains et ils veulent quand même

Dr A : tu as une explication ou

Interne 24 : bah d'après certains ils font pas tous ça mais certains patients m'ont expliqué voilà que on leur expliquait peut-être un peu plus qu'on prenait un peu plus le temps que que d'autres spécialistes

Interne 22 : c'est aussi une question de confiance

Interne 23 : des fois c'est même lourd à porter ils ont une confiance aveugle dans leur médecin traitant peut être pas nous parce qu'on les connaît pas depuis très longtemps mais quand ils viennent nous voir de temps en temps parce que leur médecin est pas là quand on les entend parler c'est dieu sur terre quoi même ils

peuvent aller voir le meilleur spécialiste ils iront voir leur médecin traitant pour dire vous êtes sûr que c'est bien c'qu'il a fait

Sourires

Interne 23 : Ah ben oui c'est un grand bonheur quand même

Rires

Interne 23 : j'pense qu'on s'en rend pas compte en S.A.S.P.A.S. parce qu'on les suit pas très longtemps et euh et j'pense que ça c'est le côté sympa de la médecine générale quoi

Dr A : la reconnaissance du patient

Interne 23 : un gros poids à porter y a des moments

Dr A : c'est un peu lourd quand même

Interne 23 : oui des fois la confiance c'est un peu tout le temps leur médecin gé le médecin traitant alors que bon oui il est très compétent il est très fort mais y a pas que lui et euh mais d'un autre côté c'est quelque chose de bien ils reviennent toujours à leur médecin traitant c'est impressionnant

Retranscription du Focus Group niveau « intermédiaire »

8 participants, 3 filles (J., T., S.) et 5 garçons. (A., C, N., R., P.)

En italique : les paroles du modérateur

Date : 28 avril 2011

Durée de l'entretien: 1h55

-N : Je m'appelle N., je suis en troisième semestre, je suis en stage chez le praticien actuellement.

-Si je veux bien que vous me disiez si vous avez un projet plus tard et lequel ?

-N : Oui j'ai le projet de faire le DESC d'urgence.

-Ok.

-A : Je m'appelle A., stage chez le praticien, je suis en quatrième semestre et je veux être généraliste.

-En cabinet du coup ? Tu ne sais peut être pas encore.

-A : Ouais.

-D'accord.

-P : P., cinquième semestre, stage chez le praticien, pense être généraliste et commencer par des remplacements.

-Et tu avais une idée plus précise avant de faire ce stage

-P : Non.

-Ça reste flou. D'accord.

-R : R., troisième semestre aussi, stage chez le praticien et je veux être généraliste en ville

-C : C., troisième semestre, pour moi plutôt en groupe, le plus vite possible.

-S : S., cinquième semestre, stage chez le praticien, je voudrais exercer en ville, faire des remplacements.

-J : J., quatrième semestre, stage chez le praticien aussi, j'aimerais bien essayer de faire le D.U. d'infectieux et de l'humanitaire avant de m'installer en groupe.

-T : T, stage chez le praticien, troisième semestre, projet d'être généraliste, enfin peut être après deux ans de remplacement.

-OK. Donc ça fait trois c'est ça ? Toi tu ne sais pas, A. c'est toi qui veux faire les urgences, et il y a quelqu'un d'autre qui voudrait ne pas s'installer en cabinet de groupe ? D'accord. Je veux bien que vous nous disiez un petit peu comment se passe votre stage chez le praticien. Je suis désolé c'est un petit peu les mêmes questions que ce matin. Mais en gros, si ça c'est bien passé, si ça a répondu à vos attentes, si ça a complètement dévié vos projets personnels ou si ça n'a rien changé.

-N : On fait un tour ?

-Comme vous voulez, soit on fait un tour ...

-N : Le stage chez le praticien, déjà, ça n'a pas modifié mes attentes dans le sens où je voulais faire les urgences avant et éventuellement avoir une activité mixte mi-cabinet, mi-urgence. Après cela m'a permis d'avoir une vision de la médecine générale plus réaliste qu'au cours de mes études. Voilà, ça m'a permis de voir deux pratiques totalement différentes avec lesquelles j'étais plus ou moins d'accord.

-En gros, toi, ça n'a rien changé ?

-N : Moi, ça n'a rien changé. Bah si ça m'a montré de reprendre les trucs que je ferai en tant que généraliste, d'autres que je ne ferai pas, ça permet d'avoir un peu de recul sur la pratique.

-De voir vraiment ce que c'est que la ville.

-N : Ouais.

-OK. A. ?

-A : Moi à peu près pareil, ça n'a rien changé.

-Vous aviez combien de praticiens par interne?

-N : Deux.

-A : Deux.

-P : Pareil.

-A : J'avoue que je n'ai pas grand-chose à dire de plus, à part que je trouve que c'est arrivé tard dans le cursus. Donc moi pareil, j'ai eu deux praticiens très différents, donc des trucs dans chaque pratique qui me plaisaient plus ou moins et certaines moins. Mais moi je vous le dis, quelqu'un qui se découvre là, que le cabinet de ville se n'est pas du tout son truc, c'est un peu tard. Mais sinon non.

-P : Bah moi non, c'est toujours point d'interrogation, je ne sais toujours pas ce que je veux faire. Des praticiens aussi très différents. Le suivi des patients au long cours c'est ..., ça se passe bien mais tu te rends compte quand même qu'on n'est pas là assez longtemps, c'est plutôt une relation courte et intense comme aux urgences, voilà, et parfois les suivis sont plus difficiles. Et on ne voit pas trop « les échappatoires » que l'on peut avoir par rapport à leur personnalité, à leur pratique.

-Et toi, tu avais deux praticiens aussi ?

-P : J'en ai eu une en fait et sa collègue a pris le relai parce qu'elle avait des problèmes personnels à

gérer et on va dire des petites difficultés de gestion psychologique, donc au final, ma prat initiale, ce n'était pas forcément celle avec qui j'étais le plus souvent.

-D'accord.

-A : Moi c'est pareil: plutôt une bonne impression.

-C : Moi à peu près pareil, une bonne impression de la pratique en cabinet de ville, voir un peu comment ça se passe, le suivi, le relationnel, les pathologies à suivre et peut être aussi on se retrouve devant des domaines variés comme la cardio, pneumo et tout ça, c'est très intéressant d'un point de vue intellectuel je trouve, très stimulant. Ça me conforte on va dire dans mon choix.

-D'accord.

-C : Et j'avais un prat.

-Ok, merci.

-T : Moi j'avais deux praticiens traditionnels dans leur pratique, qui n'ont fait que conforter ce que je voulais, la médecine de ville. Plutôt du concret, enfin du concret.

-P : Pareil, j'ai deux maîtres de stage, ça a confirmé mes choix, je veux faire ça, je ne ferai peut être pas de la même façon, mais j'ai vu ce qui me plaisait. Globalement je suis sûr de mon choix, je suis sur le bon chemin.

-D'accord.

-J : Moi j'avais trois praticiens et plutôt cinq, car cinq dans le même cabinet, trois maîtres de stage officiels et en fait deux jeunes, qui sont maîtres de stage pour les externes et qui m'ont en fait aussi pris avec eux. Le problème c'est que c'est cinq pratiques différentes et en même temps, cinq pratiques très cohérentes, parce qu'ils sont en groupe et avec lesquelles j'étais assez en accord, donc plutôt agréable. Après moi, ça m'a conforté dans le fait que la médecine générale : oui, mais moi je pense qu'il me faudra une spécificité en plus, un petit truc en plus qui me permette de ne pas faire que du cabinet tout le temps, ou alors d'orienter l'activité en cabinet avec des compétences un peu différentes. Par exemple, j'en avais un qui s'occupait beaucoup des toxico, un qui faisait de la médecine de sport, enfin voilà. Je ne sais pas encore exactement sous quelle forme cet infectieux, enfin

-Tu aimerais bien avoir une accroche?

-J : Ouais.

-R : Moi j'avais deux praticiens, il y a un qui était assez jeune, donc 34 ans, donc sa pratique effectivement m'a donné envie et m'a conforté dans ce choix là. Après c'est vrai que j'en avais un autre qui était proche de la retraite et qui avait une pratique qui était quand même à mon avis, un peu moins stimulante, parce que c'était quand même, enfin beaucoup de patients chroniques attachés à lui mais finalement peu de médecine comme ça, voilà j'ai moins accroché avec lui mais ça s'est très bien passé. Et de toute façon cela m'a conforté dans mon choix, donc pas de soucis.

-OK.

-S : Moi j'avais deux praticiens, deux approches totalement différentes, une qui prenait 15 minutes par patient, l'autre qui prenait plus le temps pour la prévention, l'éducation etc. Bon après je pense

qu'il y a un juste milieu entre les deux. Moi, ça me conforte dans mon choix, il n'y a pas de soucis, c'est ce que je voulais faire, effectivement ça arrive un peu tard.

- A : Ouais.

-G : Ça arrive un peu tard mais je pense que ça commence à changer.

-A : Maintenant dès que tu as les externes...

-J : Les externes commencent à arriver en stage.

-C : Il y a les externes dans les cabinets maintenant.

-J : Il était temps.

-A : Et après au-delà de ça, ils font leur internat, je sais que ça arrive tard et on en parle trop peu.

-On fera une deuxième thèse la dessus.

-J : C'est en train de changer.

-Oui. Alors, maintenant je vais vous demander de réfléchir à une situation que vous avez déjà rencontrée, chez le praticien, qui était complexe, et donc vous essayez de nous la raconter. Peut être pas tous, mais s'il y en a qui ont eu des situations complexes à nous raconter, en essayant de nous dire, bah voilà, ça a illustré telle compétence.

-G : Juste ce que tu définis comme compétence ?

-Du coup c'est les cinq compétences que j'avais données avant. Vous voulez que je vous les répète ?

-G : Je veux bien.

-Je vais lister les compétences, alors ...

-A : Juste une ?

-Non pas du tout.

-P : Une ou plusieurs.

-Je voudrais que vous trouviez une situation, enfin complexe c'est plus facile parce qu'il y aura certainement plusieurs compétences illustrées. Et du coup on en discutera après. Donc les compétences : premiers recours/incertitude/soins non programmés et urgences, relation/communication/approche centrée sur le patient, continuité/suivi/coordination, vision globale/complexité, et éducation en santé/dépistage/prévention. En gros, vous essayez de réfléchir à une situation qui était un petit peu complexe, et ce n'est pas du tout pour porter un jugement sur votre pratique. C'est juste pour définir les compétences qui ont été mises en œuvre ou qui auraient dû être mises en œuvre, en rapport avec la médecine générale, qu'est-ce que ça a dégagé quoi, comme axe. On t'écoute.

-N : C'est limite comme tu dis, devant des cas typiques je me suis souvent demandé est-ce que c'est la fac qui m'envoie une blague, un acteur...

-C : Je me suis souvent posé la question, est-ce qu'il n'y a pas quelqu'un ...

-N : C'était un Monsieur de 50 ans qui arrive et qui me dit voilà, j'étais SDF, je ne le suis plus et je voudrais prendre en main ma santé. Et il me dit, enfin j'essaye de voir un peu ce qu'il a comme antécédents et là il me dit, j'ai eu des problèmes, il m'a amené un vieux papier de quand il était SDF, un vieux compte rendu, tout chiffonné, et dessus je vois, abcès péri-diverticulaire, cardiopathie ischémique avec infarctus stenté. Et puis je lui demande ce qu'il prend et puis il dit « ça fait bien deux ans que je n'ai plus de médicament, donc je ne prends plus rien ». Et puis il venait me voir parce qu'il avait une douleur abdominale en fosse iliaque gauche, avec de la fièvre. Et donc je pense que c'est une situation parfaitement complexe, donc c'était un peu dur à gérer, parce qu'à la fois il fallait reprendre ... il voulait..., il fallait hiérarchiser les priorités, enfin c'est assez compliqué à gérer, il y avait un million de problèmes à gérer...

-Il avait quel âge ton patient ?

-N : Une cinquantaine d'années.

-D'accord.

-N : Il faut que je raconte la suite...

-Si tu veux comme ça on aura la suite de l'histoire, mais surtout pour toi, quelles sont les compétences que tu as dû mettre en œuvre pour gérer cette situation.

-N : Bah là je pense qu'il y avait des compétences à tous les niveaux. Il voulait se reprendre en main, donc, je l'ai vu trois ou quatre fois et à chaque fois, j'ai fais exprès, j'ai bloqué, enfin j'avais une heure, la première fois j'avais quelqu'un qui était dernière donc c'était vingt ou trente minutes plus tard, j'ai quand même pris une heure et c'était le bordel après, donc je me suis dis OK, donc il faut du temps, parce qu'il y avait aussi, enfin si tu redis les cinq compétences à la suite, il y avait l'urgence. Et la deuxième fois qu'il est revenu, il m'a dit qu'il avait à nouveau des douleurs dans la poitrine.

-La première fois par contre, il est venu te voir pour la première fois et il est venu te voir toi ou ton praticien ?

-N : Là, c'est moi qu'il a vu.

-Donc c'est toi. Comment tu as géré ta première consultation devant tout ça ? Comment tu t'es dépatouillé pour

-N : Bah j'ai, concrètement, je me suis dis bah temps pis pour le temps et j'ai mis en vrac tous les problèmes qu'il allait falloir aborder et une fois que j'ai, je ne sais plus combien mais j'ai du en avoir au moins huit ou dix, je me suis dit, là, qu'est-ce qui faut que je gère aujourd'hui ? Puis après je le reconvoque pour voir les uns après les autres, ou par groupe, peu importe. Donc voilà, il a fallu hiérarchiser, c'est-à-dire, voir d'abord en un le problème abdominal, en un prime le problème cardiaque. Je sais que j'ai appelé un correspondant cardiologue de mon praticien pour voir avec lui qu'est-ce qu'il avait. Il avait 17 de tension, en même temps il avait mal au bide, je n'avais pas de lecteur ECG, donc j'ai vu avec le cardiologue comment on pouvait gérer ça aussi. Donc voilà. Donc j'ai d'abord traité le problème digestif, en réintroduisant quand même du KARDEGIC. Même si c'était discutable, parce que s'il fallait le passer au bloc, ça se discutait, en même temps en chirurgie digestive ils s'en fiche. Donc dans le doute j'ai réintroduit le KARDEGIC et je ne sais plus, si on a hésiter à remettre un IEC et une statine, je ne sais plus si on l'a fait ou si on s'est dit « avec ce patient il faut peut être mieux faire les choses une par une », et donc prendre en charge le problème aigu. Et après on l'a revu ...

-Petite question pour le coup, pour le problème digestif, tu as fait quoi ?

-N : J'ai fait quoi ? Alors là c'est assez pareil, je lui ai fait un bilan qu'il a fait direct en sortant.

-Prise de sang, enfin biologique tu veux dire ?

-N : Ouais et je voulais lui faire un scan mais en fait, ce qui était compliqué dans le fait de lui faire faire un scan, c'est que l'on n'avait pas de créatinine récente et que l'on ne pouvait pas avoir de scanner facilement sans l'envoyer aux urgences. C'était compliqué, parce que le tableau digestif en même temps il évoluait de façon progressive depuis une dizaine de jours, je me dis si je l'envoie aux urgences et que c'est le rush, ils vont dire c'est quoi ce généraliste qui m'envoie sa bouse, son SDF pourri dont il ne veut pas s'occuper alors que ça fait dix jours qu'il a ça. Donc du coup, je l'ai programmé et j'ai quand même revu avec mon praticien pour qu'il valide la conduite, c'est ce que le radiologue pouvait lui faire, de voir tout de suite pour lui faire une ASP et une écho, pour voir s'il voyait un abcès tout de suite, bah dans ce cas là, les choses auraient été orientées tout de suite. S'il avait des signes à l'ASP, pareil. Mais ça permettait, entre le bilan et ce premier bilan radio, qui n'étaient carrément pas le bilan recommandé que l'on nous apprend, d'attendre le scanner qui allait être fait le lendemain ou le surlendemain. Et il est repassé le soir avec les résultats de la prise de sang. On avait démarré entre temps l'antibiothérapie. Et le bilan n'était pas..., je ne me souviens pas des chiffres de la CRP mais il n'avait pas 300 de CRP, 30000 blancs. C'était des chiffres qui correspondaient un petit peu au tableau, effectivement qu'il n'allait pas bien, mais il n'y avait pas de signes chirurgicaux et la bio est allée un peu dans ce sens là.

-Donc ça c'est votre première consultation ?

-N : Ouais.

-Ensuite vous lui avez demandé de revenir, comment ça s'est passé ?

-N : On l'a reconvoqué pour qu'il revienne me voir. Bah en fait, c'était le bordel, c'est vraiment compliqué, du coup ça s'est fini à l'hôpital. Parce qu'on s'est dit là, on marche trop sur des œufs. Pour l'hôpital en même temps, j'avais fait un courrier de cinq pages expliquant ce qu'on avait déjà fait. Pour dire la suite, il est revenu une semaine plus tard, non un peu plus, à peu près dix jours plus tard, le KARDEGIC, qu'on lui avait donné, il nous dit, « ah oui mais le KARDEGIC, je saigne au niveau du tube digestif », donc du coup je l'ai ré-arrêté. Et en fait il avait des grosses hémorroïdes, et peut-être pas que ça, en tout cas il avait des grosses hémorroïdes. Donc du coup, j'avais revu avec la cardio, il fallait qu'il revoie le gastro rapidement, pour ... enfin bref, un merdier pas possible. Et derrière, à la troisième consultation où je l'ai vu, donc là j'avais organisé que le gastro le voit le lendemain, pour que le cardio le voit la semaine d'après. Et à la consultation d'après où je l'ai vu, là il avait les douleurs thoraciques qui sont réapparues, la fièvre et la douleur abdominale commençaient à revenir, et donc là, j'ai fait un long courrier pour expliquer justement qu'il fallait le prendre en charge et que ce n'était pas une bouse et puis il est repassé par les urgences, parce qu'en fait fallait le mettre dans un lit, et voir tous ces points. Ça faisait trop.

-Pour l'accumulation et pour la gravité potentielle de toutes ses pathologies.

-N : Ouais.

-J : Je pense que c'est une première compétence ça, le degré d'urgence, tout ça. Introduire le KARDEGIC, il y a un peu de prévention.

-N : Il y avait aussi, il fumait beaucoup, donc dans les traits... Enfin il était motivé, le gars il disait, ok c'est bon je reprends goût à la vie. En fait, il est devenu gardien d'immeuble dans une barre d'HLM, de la ville de mon prat, et en fait il était arrivé à poil, enfin avec des vêtements de SDF et aucun meuble. Et c'est en fait que des gens de l'immeuble, pas du tout hyper-aisés, qui ont tous amené une

chaise, un truc, un bidule, et qui lui ont meublé son appart et qui lui ont fillé des fringues, donc il était un peu en mode dépareillement. Enfin voilà. Il était reconnaissant et donc spontanément, il avait repris goût à la vie donc là il voulait se reprendre en main.

-Donc en finalité, il a été à l'hôpital, qu'à la fin ?

-N : Ouais.

-J : Et pas dès le début lorsqu'il a eu son problème digestif.

-Tu nous as raconté ton histoire, après il est allé à l'hôpital, bon voilà. Pour vous, et même sans tenir compte des compétences que je vous ai dites avant, on peut en discuter tous ensemble, quelles sont les compétences qui ont été mises en œuvre dans cette situation ? Mais voilà, ce qui vous passe par la tête.

-P : Hiérarchiser selon le degré d'urgence, sachant que c'est un homme qui venait juste de reprendre contact, comment faire pour ne pas le perdre.

-T : Arriver à accrocher, créer un lien pour pouvoir maintenir un suivi.

-J : Surtout que c'est un tout nouveau patient, parce que si c'est pour l'envoyer à l'hôpital dès le début, il risque de ne pas revenir, de ne pas accrocher. Peut-être reperdu après.

-T : Il faut peut-être trouver dans la première consultation, un seul motif qui lui permette d'accrocher pour la suite. On peut dire, son problème cardiaque, ça fait deux ans qu'il ne prend plus rien, il vient d'arriver, ça peut attendre quinze jours de plus. Potentiellement le danger c'est plutôt le niveau digestif, et partir de là, pour le réinsérer dans un circuit de soins et de prévention par la suite.

-J : Et c'est aussi adapter la pratique en ville versus que si on l'avait vu à l'hôpital, là typiquement, on l'aurait vu aux urgences, on aurait tous eu envie de l'hospitaliser dès le début: et pour ses antécédents et pour l'immensité du chantier qu'il amène avec lui et là, vous avez quand même essayé au maximum d'avancer les choses en ville et d'organiser les choses en appelant des correspondants, en essayant de hiérarchiser les trucs. Enfin c'est quelque chose que l'on n'apprend pas à faire avant.

-N : Oui mais moi je me disais, c'est vrai que les urgences sont là d'abord

-J : Non, non mais je suis d'accord, c'est dans le côté positif que je le dis. Tout le monde n'a pas l'habitude de le faire et qu'on y est souvent confronté en ville. C'est-à-dire essayer de ne pas balancer tout le monde aux urgences dès que l'on a une petite appréhension.

-C : De toute façon ...

-N : Ouais.

-C : Il faut vraiment bien se débrouiller.

-T : Surtout un ancien SDF, c'est vrai que l'on a, je ne sais pas, envie, si je peux éviter d'être trop invasif tout de suite.

-N : Il a été traité chirurgicalement.

-A : Il a prise en charge sociale aussi ?

-N : Bah étonnamment oui. Mais je pense qu'en fait il était dans un bon centre d'hébergement, justement où les travailleurs sociaux avaient vachement bien bossé. En fait, il n'avait pas la CMU parce que maintenant il bossait, mais il avait une SECU/mutuelle avec un tiers payant avec le nouveau système. Déjà avec la carte vitale...

-J : Il n'avancait pas les frais.

-N : Ouais.

-Est-ce que quelqu'un d'autre à une autre situation complexe à nous raconter ?

- S : Je veux bien en raconter une, mais qui est un peu courte, parce que je n'ai vu la patiente qu'une fois. C'est une jeune femme de 20 ans, qui n'était jamais venue au cabinet et qui venait pour la première fois pour un malaise, une jeune femme d'origine africaine, qui en fait était arrivée en France depuis le début de l'année scolaire, donc depuis quelques mois, pour une formation en alternance en fait, et donc son malaise, qui était le premier motif de consultation, qui était donc un malaise vagal, assez typique, qu'elle avait fait en fin de matinée, sans avoir mangé le matin, en étant dans un contexte un peu étriqué. Donc voilà, il y avait le bilan de ce truc là aigu. Et puis en fait, en discutant un petit peu avec elle, il y avait une découverte de sérologie Hépatite B positive récemment. Elle, en plus, elle ne savait pas si c'était B ou C. Bon finalement c'était B. Et se posait la question d'un bilan éventuel médical de cette hépatite B découverte. Et du coup en déroulant ce truc là, elle n'avait pas de prise en charge sociale, parce que l'endroit où elle faisait sa formation, s'était un peu emparé du truc, et avait dit c'est nous qui nous en occupons et on récupère les papiers de tout le monde pour faire la SECU et en fait ça faisait trois mois que tout traînait et donc ça limitait son recours aux soins à cause de ça, donc tout le côté prise en charge sociale où je ne savais pas très bien comment organiser ces choses. Son bilan où il a été découvert l'hépatite B avait été fait aux urgences en fait lors d'une consultation, où elle était venue pour un malaise qui était hypoglycémique. Et du coup, donc en déroulant un peu plus loin, en fait, elle avait de vraies difficultés d'adaptation à vivre en France. Elle était très isolée, venant d'une famille très nombreuse et quand tu arrives à un isolement presque total ici, et avec tous les changements culturels qui vont avec, l'éloignement des proches. Il n'y avait pas de syndrome dépressif mais en tout cas elle avait des difficultés là-dessus et un rapport avec l'alimentation qui était complètement pathologique, sans qu'elle soit anorexique, c'est-à-dire qu'elle avait un poids qui était normal, mais elle me décrivait réellement, elle avait vraiment un discours totalement anorexique quoi, avec vraiment une image du corps très perturbée, une répulsion alimentaire importante. Et dans l'hépatite B, bah du coup, les conduites à risque, finalement elle n'avait jamais été ni éduquée, ni bilantée complètement. Donc voilà, elle était repartie avec il me semble avec un bilan sanguin pour l'instant.

-Oui.

-S : Et je lui avais dit que je voulais la revoir la semaine d'après, parce que déjà psychologiquement je la sentais fragile et parce que j'avais envie de faire par petits bouts. Alors elle m'avait dit, bah oui mais mon bilan sanguin, je préférerais quand même attendre d'avoir ma SECU pour le faire, parce que je n'ai pas d'argent et elle n'est jamais revenue.

-D'accord. Et ça s'est passé il y a combien de temps ?

-S : Ça fait deux mois. Donc je crois qu'elle ne reviendra pas.

-Donc même question, pour toi quelles sont les compétences dont tu as eu besoin pour gérer cette situation ?

-S : Bon il y a toujours hiérarchiser les motifs de consultation. Il y a faire un diagnostic sur quelque

chose d'aigu qui là a été un malaise vagal finalement sans conséquence. Bah après j'ai vu aussi le côté de l'organisation des soins, au niveau social et purement financier. Enfin oui, et purement financier, qu'on ne sait pas forcément bien faire je trouve. Et d'ailleurs, je n'ai pas été bonne, parce que je m'étais dit qu'à la deuxième consultation, j'avais eu le temps de réfléchir un peu, et j'avais dit bah que j'essaierais d'appeler moi son école, pour savoir où ils en sont, pour essayer de faire avancer un peu plus les choses quoi. Le bilan d'une pathologie chronique, l'éducation sur la prévention des risques, sur les rapports sexuels à risque. Il y avait beaucoup à faire quoi. La vigilance sur les troubles du comportement alimentaire. C'était une jeune, un peu isolée.

-Et dans ton bilan, à défaut de savoir exactement ce que tu as prescrit, tu t'es basée sur quel axe ?

-S : Bah un peu tout, parce que du coup, j'ai fait un bilan par rapport aux troubles du comportement alimentaire, mais ça, je n'étais pas très inquiète finalement, d'apparence, elle ne m'inquiétait pas, donc un peu nutritionnel. J'ai fait un bilan hépatique. Je n'avais pas prescrit d'imagerie dans un premier temps, donc bilan hépatique pour l'Hépatite B et quoi d'autre, bah bilan de MST, bilan sanguin.

-D'accord.

-N : Et elle a tout compris ce que tu lui disais ou...

-S : Non, elle comprenait, mais je voyais bien que l'organisation allait être compliquée.

-P : Tu savais qu'elle allait ne pas revenir ?

-S : Bah j'espérais qu'elle revienne.

-P : Mais tu t'en doutais un peu quand même ?

-S : Ouais je m'en doutais un peu et même, ne serait-ce que parce que les raisons économiques sont suffisantes, après il y avait peut être d'autres raisons, mais lorsqu'elle n'est pas venue, je me suis dit en premier, peut être juste qu'elle n'a pas eu de quoi faire le bilan, peut être qu'elle n'a pas eu de quoi payer 25 euros, mine de rien, une fois par semaine. Donc bon.

-P : Ok.

-Est-ce que quelqu'un d'autre à une autre situation ?

-T : Bah moi j'en ai eu une hier.

-Ouais.

-T : Une femme de 54 ans qui est venue accompagnée de sa fille en consultation, sans rendez-vous, parce que mon praticien était plein, il ne pouvait pas la recevoir.

-Donc c'est toi qui l'as reçue. Juste je fais une parenthèse. S., du coup, tu l'as vue toute seule ta patiente ?

-S : Oui.

-Ouais d'accord.

-T : C'est moi qui l'aie reçue, parce que ça ne pouvait pas attendre. Elle vient accompagnée de sa fille, pour une fois j'ai laissé la fille rester avec elle, parce que c'était une adolescente, qui avait 16 ans. La

mère, je la sentais très paniquée, très angoissée. Et elle me parle de son sein, en fait qu'elle a une douleur au niveau du sein gauche, qui est apparue hier de façon brutale, en portant un enfant et ça l'inquiète énormément. Donc je l'examine et effectivement je trouve une masse, de 3cm inflammatoire, très très douloureuse au contact. La femme est un petit peu très angoissée par ça, c'est compréhensible. Plus angoissée, parce que ça fait mal, c'est brutal. Pour elle, elle avait un cancer en tête dès le début, elle me l'a dit: « C'est un cancer », tout ça. Donc moi, je ne peux pas forcément la rassurer, il y avait quand même un tableau. Donc voilà, je lui ai dit que c'était une possibilité parmi tant d'autres, qu'il y avait d'autres choses, qu'il fallait faire des examens. Donc j'ai appelé le cabinet de radiologie juste à côté, donc j'ai téléphoné pour savoir s'il pouvait la recevoir pour une écho, il ne pouvait pas et mais qu'il la prenait que demain matin. Et ensuite, j'ai pris un rendez-vous avec mon praticien dans l'après midi pour les résultats, pour ne pas qu'elle attende de trop, parce qu'elle était très angoissée. Donc j'ai discuté avec elle et tout ça et j'ai surtout appris au bout d'un moment que, c'est sa fille qui m'a dit qu'elle était très anxieuse, elle est dépressive depuis que son mari est mort et il a été découvert une tumeur rénale et il est décédé trois mois plus tard, parce qu'elle était métastasée. Donc voilà, il y a trois ans et depuis, elle ne va pas très bien, elle angoisse énormément.

-Donc du coup, tu as rencontré quelles difficultés pour gérer ça ?

-T : Bah surtout la relation avec la patiente. Je ne la sentais pas très bien, j'ai préféré mettre un tiers en laissant la fille dans la consultation, pour voir si elle m'apportait autre chose, mais la difficulté c'était plutôt essayer de rassurer une patiente qui était très angoissée et qui avait des raisons de l'être, sans lui dire que non elle va s'en sortir, alors que potentiellement ça sent la fin. Donc ça c'était vraiment assez dur de lui faire comprendre, oui s'en est peut être un, mais il y a des choses à faire et qu'il ne faut pas s'effondrer. Il faut continuer à

-Et tu penses que tu as réussi à la rassurer un peu ou pas ?

-T : Bah c'était très dur et je ne suis pas énormément sûr. Je pense que ce qui va la faire avancer, c'est les résultats de l'échographie.

-D'accord.

-C : En tout cas, tu as organisé les choses, pour qu'elle soit le moins..., enfin que la réponse soit la plus rapide possible.

-T : Qu'elle soit rapide et puis voilà, il y a une chose urgente qui m'inquiète, je ne peux pas forcément lui donner de réponse claire: « c'est peut être pas ça, c'est peut être pas ça, il faut vous faire des examens pour savoir ». Donc ouais je sais mais ce n'était pas simple avec elle.

- P : Avec sa fille qui est à côté, qui est inquiète car c'est sa mère, qui est consciente de la situation...

-A : Et elle n'avait pas consulté avant?

-T : Elle m'a ramené une mammographie qu'elle a faite il y a un an et qui est tout à fait normale. Il n'y a rien.

-D'accord. Quelqu'un d'autre ?

- Je peux expliquer un autre cas rapidement.

-Ouais.

-C : Donc il y a la compétence de premier recours comme dans tous les cas dont on a parlé jusqu'à présent. Il y a également la relation avec le patient. Alors c'est une patiente que j'ai vue avec mon praticien en visite à domicile mardi, qui appelait pour dyspnée au moindre effort, douleur thoracique, avec comme principal antécédent une intoxication éthylo-tabagique et un cancer du sein traité il y a plus de cinq ans. C'était une dame qui vit dans des conditions très précaires assez flagrantes, un appartement à la limite de l'insalubrité. Et à l'examen, à ce moment là, elle avait la douleur thoracique, tachycardie, on lui a fait une radio du thorax, pour pouvoir la ponctionner. Il y a une grande partie de la visite qui était en fait dédiée à de la négociation avec la patiente pour l'emmener aux urgences pour une injection d'Innohep® mais la dame, elle disait « non non je ne vais pas à l'hôpital, je ne peux pas rester là, j'ai des enfants etc. ». Donc il y a eu pas mal de négociation à ce niveau là, on a fait l'Innohep® etc. Elle a finalement été aux urgences, où ils lui ont fait l'angio-scan, lorsque j'ai appelé après pour avoir des nouvelles. Donc en fait, elle n'avait pas d'EP mais elle avait en revanche une grosse masse médiastinale, de localisation..., enfin assez moche quoi. Donc là, au niveau des compétences, il y a tout le côté relationnel qui est abordé et donc expliquer à la patiente ce qui fallait faire, ce qui est le mieux pour elle quoi, puis côté premier recours, urgence pas urgence, besoin d'un examen, quel traitement donner directement pendant la visite...

- Justement je vais rebondir un peu sur ce que tu disais. Si vous vous deviez définir la compétence de premier recours, comment vous la définiriez ? Vous êtes avec quelqu'un qui ne fait pas médecine, il vous demande, voilà c'est quoi la compétence de premier recours en médecine générale, qu'est-ce que vous lui répondez ? A un non médecin ou à un médecin.

-P : C'est un premier travail de hiérarchisation.

-S : De planification et d'organisation des soins.

-J : Ce qui est grave, ce qui n'est pas grave.

-Ouais.

-S : Ce qui est urgent, ce qui n'est pas urgent.

-R : Ce qui est réalisable pour le patient aussi et ce qui est un peu moins réalisable.

-C'est à dire ?

-R : Bah par exemple une petite grand-mère, on ne va pas lui dire bah va au laboratoire faire la prise de sang, puis vous revenez etc. Donc savoir s'adapter aussi, savoir à qui on a à faire et s'assurer de la compréhension.

-S : Ouais c'est savoir s'adapter pour rendre le plus service au gens.

-R : Et d'être efficace dans la démarche.

-J : Des gens qui ont la même plainte, on ne va pas du tout réagir de la même manière en fonction de leur niveau social, au niveau de plein de facteurs.

-T : Tu connais ta patiente.

-J : Le premier recours c'est aussi le premier médecin.

-C : Le premier, le plus...

-P : Son rôle sera ensuite d'aiguiller, se sera celui qui va prendre en charge, qui va savoir pour que les soins soient le mieux coordonnés.

-J : Savoir quand passer la main.

-Le premier recours par opposition à quoi alors ?

-J : Bah moi quand je dis ça, c'est par rapport à une consultation de cardio, enfin de spécialité ou plus théoriquement, le patient, il n'est pas censé venir de ses propres moyens.

-T : Il ne va pas aller voir le cardiologue lui-même.

-J : Oui voilà.

-S : Où j'ai eu le cas d'une dame là, qui était, qu'elle nous a avoué après, que c'était son neveu qui voulait absolument qu'elle voit un orthopédiste, avec les radios de bassin et de hanche, il a dit l'orthopédiste, ça ne sert à rien de me les montrer, revient dans dix ans, lorsqu'éventuellement j'aurais quelque chose à faire pour vous et justement c'est le premier travail à..., en tout cas si le rôle avait été laissé au médecin généraliste, ça sert d'aiguillage, de dire, non ça c'est bon je prends en charge, je vois éventuellement avec un rhumato si je ne m'en sors pas et après on verra ...

-C : C'est aussi la coordination entre les différentes spécialités.

-Ca vous évoque quoi d'autre ? On met tout dans un sac.

-S : Pour moi c'est l'identification de la plainte, savoir son motif, il y a une entente ou pas, s'il n'y a pas, tu fais tout pour l'aider, tu vois s'il faut d'autres compétences ou pas, s'il faut ... Un patient que l'on voit en premier recours, on l'identifie, faut l'envoyer aux urgences s'il a besoin d'une prise en charge immédiate hospitalière, une prise en charge immédiate qui peut se faire en ville et qui peut attendre et que l'on peut temporiser, où l'on a plus de temps.

-A : Pour moi c'est quelque chose qui..., le patient vient pour soit une première consultation, soit il a des difficultés avec une plainte, il vient nous voir pour le premier recours voilà. On est là pour répondre à sa demande et identifier un petit peu.

-R : Moi je trouve qu'il a aussi, enfin c'est un peu ce qu'on a dit, mais dans le premier recours, il y a aussi le premier lieu où l'on peut venir en cas de détresse. Ce n'est pas forcément une détresse médicale ou typiquement organique, mais c'est aussi la première personne à qui s'adresser dans une situation qui n'est pas forcément médicale. Parce que lorsqu'on est en ville, c'est aussi « j'ai découvert que ma fille fumait du cannabis, je veux... », enfin il y a aussi plein de choses, enfin ce n'est pas ce qui fait les difficultés et l'intérêt, mais dans le premier recours, il y a aussi les patients un peu particuliers que peut avoir le médecin, et le fait d'être en ville, avec la proximité et la connivence des gens, fait aussi que parfois ils ont un recours à nous qui est très large pour un premier recours.

-Ouais.

-R : Il y a aussi, ils nous demandent des certificats des choses comme cela qui ont une valeur légale. Enfin moi j'avais une patiente qui avait besoin d'un certificat pour son fils qui était asthmatique et tout ça, et elle avait un logement qui était très très mal isolé avec de l'humidité, des moisissures, des choses comme ça, qui contribuaient à aggraver son état et elle demandait un certificat pour l'aider à changer de domicile. Donc sa demande était un premier recours où il fallait l'aider à avancer dans ses démarches. Ce n'est pas forcément que médical, c'est aussi administratif ou des choses...

-Ok.

-J : Par exemple, je rejoins un peu ce que tu dis, l'administratif où on utilise des connaissances sur la législation du travail, ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire. Par ce qu'on est aussi des prescripteurs, par exemple d'arrêt de travail ou d'accident de travail, on est souvent confronté à des questions...

-T : Ou parfois encore plus large, il y en a aussi qui demandent des avis sur des problèmes juridiques, ça peut être est-ce que vous pensez que je dois porter plainte, à qui je dois m'adresser, enfin ce genre de choses, ce qui parfois dépasse nos compétences, faut le dire. Ça m'est arrivé, il y en a une qui m'a demandé à quel type d'avocat elle devait s'adresser pour un problème de je ne sais plus quoi, j'en sais rien je ne suis pas ... On n'a pas la science infuse. On a des connaissances qui sont larges dans le domaine médical mais il y a quand même des limites dans la vie.

-Et du coup, lorsque l'on vous pose des questions qui sont « pas de nos compétences », par exemple ça, des questions juridiques, vous faites quoi en pratique ?

-T : Bah faut savoir reconnaître ses limites.

-J : Non mais je pense avoir l'honnêteté de dire bah je ne sais pas, je vais me renseigner.

-C : Enfin on peut se renseigner et leur répondre une prochaine fois.

-S : Ca dépend, en l'occurrence si ce n'est pas médical, si c'est des qualités d'avocat c'est impossible.

-P : Ce n'est pas ton job.

-S : Si c'est mon employeur qui ne veut pas me donner le numéro du médecin du travail ...

-C : Si ça dépasse mes compétences, je peux aller me renseigner.

Tout le monde réagit en même temps

-A : Non mais je ne dis pas ça, mais par exemple, un patient qui, on reprend le problème juridique, on n'a pas forcément le temps de dire à bah oui je vais me renseigner et je vous dirais ça la prochaine fois. Il peut aussi se renseigner lui-même, bah voilà.

-C : Dans le premier recours, il y a aussi cette question des demandes..., enfin, c'est dans le bon sens ou dans le mauvais sens, un peu abusif parfois. On peut être vu comme le ...

-A : Enfin, non je ne parle pas de ce problème particulier. Il y a des problèmes sociaux ou des choses comme ça, une personne âgée seule, elle ne saura pas, elle ne pourra pas gérer toute seule, enfin, s'occuper de ce genre de chose, on peut se renseigner. Il y a des choses que l'on ne connaît pas ou voilà. Ça je me dis, on peut le faire, si on a le temps et si on a la volonté de le faire.

-Et pour vous, ça rentre dans les compétences d'un médecin enfin, pas dans les compétences mais dans ce que devrait faire un médecin généraliste, ou pas ?

-T : Un médecin de famille, pour moi ça peut ...

-Pour toi ça l'englobe ?

-T : Oui ça peut l'être.

-S : Il ne doit pas absolument le faire, ce n'est pas un devoir qui pourrait lui être reproché si cela n'est pas fait.

-J : Oui c'est une histoire de conscience.

-S : Voilà.

-J : C'est quelque chose d'implicite, si on est dans l'aide de personne, bah oui ça peut en découler, mais de là à le prendre comme un devoir, non. Je pense que ça fait partie des compétences que l'on doit exiger de quelqu'un.

-S : Il y a le contexte, si par exemple, c'est une personne qui est en difficulté, on pourra plus facilement l'aider qu'un cadre de trente ans en pleine santé qui peut se débrouiller, je pense que l'on peut l'aider facilement et ...

Plusieurs personnes réagissent en même temps

-N : Tu peux aussi déléguer à une assistante sociale, enfin tu vois il y a d'autre ... C'est vrai qu'après, je vois quand même mes praticiens, ils ont l'air d'avoir déjà beaucoup de travail avec leurs patients , mais si en plus on rajoute comme cela des ...

-S : Je pense que ça devrait rester quand même limité, on ne peut pas tout faire, on ne peut pas prendre des rendez-vous pour le patient, on ne peut pas les tenir par la main. Mais dans certaines situations, il faut le faire. Je pense qu'il faut être volontaire, et se dire là faut faire ...

-On peut prendre un peu de temps pour parler des difficultés que représente la compétence de premier recours. On pourrait citer quelques exemples. D'abord les deux situations que vous avez expliquées tous les deux, des situations qui étaient très touchantes médicalement parlant. Tous les deux vous avez été un peu perturbés j'ai l'impression, et bon bah, la situation de la masse: tu as expliqué la difficulté, tu dois rassurer mais je ne peux pas trop rassurer et puis toi par rapport à ta situation extrêmement douloureuse de la patiente, mère de famille, qui a une maladie d'évolution fatale probablement. Donc votre ressenti vous, en tant que médecin, à ce stade de votre cursus, par rapport au premier recours, parce que vous recevez tout en pleine figure et pourtant vous avez une expérience, vous êtes passés aux urgences, à l'hôpital pareil, vous êtes aussi au contact de situations très difficiles souvent. Essayez de prendre un petit peu de temps pour parler de ces difficultés, de ce ressenti, de comment vous vous faites pour résister à cela. Vous en parlez ? Vous en parlez avec qui ? Et puis par rapport, je sens couper le lien avec la question précédente, par rapport à la difficulté de la mission sociale du médecin généraliste et donc, est-ce que ça fait partie du premier recours ? Oui ou non. Vous dites que vos praticiens, ils ont tellement de boulot, mais finalement est-ce qu'ils savent hiérarchiser les problèmes ? Est-ce que vous savez hiérarchiser les problèmes ? Hiérarchiser votre prise de décision ? Voilà, si vous pouvez passer un peu de temps pour parler de ça. Je crois que c'est très intéressant.

-T : Sur le coup le ressenti, oui c'est ça, une certaine détresse et un certain déni aussi. Moi sur le coup, en gros ce que j'ai dit, c'est: « je ne sais pas ce que vous avez, ça peut être telle ou telle chose, de toute manière pour faire avancer les choses, il faut que vous alliez à l'hôpital. Si ce n'est pas grave, ils vous renverront chez vous et si c'est grave, ils vont vous garder et puis ils feront le nécessaire ». Moi je me dis que tout le reste c'est plutôt secondaire. Voilà. Et puis bon, il y avait quand même l'avantage qu'il y avait sa fille qui était sur place, qui était aide soignante aux urgences, qui en a rajouté une couche avec un contact qui était déjà plus établi... enfin, elle était plus proche de la patiente, donc ça facilitait un peu les choses. Mais après, mon ressenti...

-S : C'est assez difficile, d'encaisser, quand tu rentres dans l'intimité du patient. Nous on a plus

l'habitude à l'hôpital, derrière nos blouses etc. Enfin il y a une grosse différence entre traiter un patient qui est au lit et..., ce n'est pas pareil, là tu es à domicile.

-Tu as eu l'impression d'être pris à partie?

-S : Ouais

-Et toi ?

-T : Bah je n'y suis pas allé tout seul. C'est un peu dur. Donc j'ai essayé de ... Je pense que la patiente a clairement vu que je ne pouvais pas la rassurer, que je ne pouvais pas ... et voilà, une situation inconfortable, surtout pour elle, enfin moi ce n'est pas grave, mais c'est surtout pour elle que c'était inconfortable.

-A : Ça dépend aussi du vécu, déjà de la patiente.

-T : Ouais c'est sûr, mais en plus avec ...

-C : Mais en plus toi, si toi tu penses à un cancer du sein que potentiellement ils vont mourir, les patients eux, n'ont pas la même vision.

-T : Oui c'est sûr mais en plus, après la patiente, je l'ai faite un peu se poser, elle n'a pas arrêté de pleurer et tout ça, elle a perdu son mari... Ouais c'est dur, de toute façon on est dans la pratique, de principe ça nous touche. Mais après comment faire pour évacuer tout ça et bien, discuter un peu de la situation et trouver quelqu'un pour en discuter, surtout là, on est au début, on ne sait pas ce qu'elle a. Et le doute de ne pas savoir, enfin je trouve, ça c'est un peu le bénéfice du doute, on ne sait pas pour l'instant. C'est une possibilité, on ne va pas être pessimiste, on essaye les examens, on voit après. Donc là, bah pas de bol, j'ai fini mon stage avec lui mercredi et je n'aurai pas la suite. Mais c'est vrai que c'est souvent dur, dès que l'on doit avancer quelque chose que nous on sait que c'est forcément grave, à l'examen, sa masse, ils ont du penser à quelque chose d'adhérent, de douloureux, c'est un début de mastite, mais voilà, ce n'est pas engageant. Et ce que je vois en clinique. Temporiser en faisant l'examen, ça a déjà permis à la patiente de ..., peut être je ne sais pas, si elle va se poser, si elle va repartir en se disant bon il faut que j'y aille, il faut que je traite, il y a des choses à faire, ou au contraire, si elle va se démoraliser, sûrement avoir des périodes de creux et que voilà, on va être là pour la remotiver et il faut que nous on soit motivés.

-C : Moi je trouve ce qui est difficile dans ta situation ou même, en fait ça arrive tout le temps même dans d'autres contextes, c'est que tu es pris entre deux trucs, c'est-à-dire entre ce que tu aimerais faire et ce que tu as l'impression de ce qu'elle te demande, c'est-à-dire en admettant de la rassurer, parce qu'elle est mal et que c'est un truc douloureux, et évident tu as envie d'être dans l'empathie donc évidemment tu as envie de la rassurer, d'aller dans son sens . Et en même temps pour le truc médical et ta demande aussi médicale qui est de faire un diagnostic et être obligé de tirer une conclusion, enfin médicalement parlant, tu ne peux pas du tout la rassurer. Donc cette espèce de tiraillement entre les deux trucs, c'est très inconfortable finalement.

-N : Moi j'aimerais rebondir sur ta situation, on est souvent confronté à des gens qui refusent des soins, alors qu'il y a peut être une urgence, un danger imminent et on se sent investi d'une mission et toute la frustration que l'on a lorsqu'on n'arrive pas à convaincre les gens à aller aux urgences, c'est une responsabilité. Moi, que j'ai eu du mal à gérer au début parce que je me disais : « et mince, j'ai cette responsabilité, je suis tout seul, il faut que ce gars aille consulter. Que dois-je faire ? Quels sont les mots à employer ? Pourquoi il ne perçoit pas le danger ? Pourquoi il n'a pas cette notion ? » Voilà, je n'arrivais pas à me dire, est-ce que c'est mes mots ? Est-ce moi qui n'arrive pas à le convaincre ? Est-ce qu'il n'a pas conscience de son état de santé ? Enfin, ...

-S : Ou ils peuvent en avoir conscience. Moi, la patiente, j'ai été étonné qu'elle soit allée aux urgences par la suite. Je n'ai pas laissé tomber le truc, j'insistais, j'expliquais, avec plusieurs approches différentes pour lui faire comprendre qu'elle n'avait pas trop le choix en fait, mais j'ai quand même été étonné qu'elle ait fait la démarche. Après je pense qu'il y a une responsabilité certes, mais elle a des limites aussi. C'est comme tout, parce que tu as, tu ne peux pas contraindre les gens à faire les choses qu'ils ne veulent pas faire, c'est tout.

-P : Oui bah justement, là on débute, on a du mal à jeter l'éponge, à laisser les gens...

-S : Non je n'ai pas jeté l'éponge.

-P : Non pas jeter l'éponge, mais ce n'est pas par rapport à cette situation je veux dire. Moi j'ai eu une situation d'une dame de 42 ans, qui avait un cancer pulmonaire, qui vient, qui refuse tous les soins, je la vois, elle me dit oui je refuse tous les soins, et là j'ai eu une rage, enfin une rage ...

-J : C'était peut être du à la patiente ?

-P : Oui peut être, je me disais, elle a 42 ans, elle a une petite masse, elle a toutes ses chances, pourquoi, tout ça. Essayer de la convaincre sans pour autant ... Elle est libre. Elle me dit : « non moi j'aime bien me traiter qu'avec des choses naturelles », donc voilà. Alors j'en ai parlé avec mon praticien qui m'a dit mais tu as peut être été un peu dur, tu pouvais lui dire qu'il n'y a pas plus naturel que la mort.

Rires

-T : Mais des fois aussi les démarches, ça peut mettre un certain temps à les admettre sur le coup il faut savoir patienter.

-J : Oui enfin en même temps, c'est aussi ça le premier recours, c'est aussi... Moi je trouve que l'on apprend aussi en étant en médecine générale, le poids que peut avoir des paroles et des répercussions, même si ce n'est pas immédiat. Alors que c'est un truc à l'hôpital justement, c'est très immédiat, ils sont hospitalisés là, ils sont tous là tout d'un coup, ils sont aux urgences, c'est maintenant ou jamais. Et c'est vrai que ce temps qui est différent finalement, il donne aussi un poids, je veux dire quand tu connais les gens, tu connais leur famille, tu connais leur situation, tu vas les revoir, tu prends le temps, enfin tu les découvre tout bêtement, c'est presque ça. Enfin, on n'est pas habitué à avoir ce poids qui est à la fois positif et en même temps une responsabilité.

-Donc tu veux dire que paradoxalement en médecine générale on voit du premier recours, on travaille beaucoup sur le premier recours, enfin vous avez compris, malgré le premier recours, ça laisse du temps ? Ça laisse du temps de revoir et de prendre du temps. Lorsqu'à l'hôpital, tu dis, deuxième et troisième recours, mais on n'a pas le temps?

-J : Le temps est différent et c'est quelque chose que l'on n'est pas habitué à savoir gérer justement.

-A : Il n'y a pas de négociation. A l'hôpital tout est ...

-C : Ouais tout est ...

-J : Et le rapport est différent, le rapport hiérarchique est différent, c'est ce que l'on disait. On est plus « d'égal à égal » en ville, par la situation physique, vestimentaire, enfin tout quoi. Alors que lorsque l'on est à l'hôpital, on impose plus facilement des choses à l'hôpital, on discute beaucoup moins les choses, on a peut être moins le temps.

-T : On a moins le besoin. On n'est pas dans la même relation. A l'hôpital, c'est vraiment une relation, il y a l'hôpital et le patient qui est une chose en soit, alors que là on est dans une relation plus décousue.

-C'est plus difficile pour vous en tant que médecin ?

-T : Oui.

-S : C'est plus dur, ça rend les choses un peu plus dures.

-C : On est plus dans le marchandage...

-A : On investit plus de sa personne et puis c'est ...

-S : Plus intéressant...

-C : Il y a de la frustration aussi ...

-J : Dès que l'on n'arrive pas à lui faire comprendre, on est beaucoup plus frustré... On est beaucoup plus déçu.

-T : On est beaucoup plus quand même faible, enfin... A l'hôpital, on est très vite, même physiquement, entouré par d'autres soignants, médecins ou pas médecins.

-P : Et à l'hôpital, un patient qui refuse c'est très simple, on lui dit bah: dehors.

-J : Oui enfin ce n'est pas compliqué, on lui dit, vous ne voulez pas, vous sortez. Alors que dans le cabinet tu ne peux pas faire ça. Tu es devant ta personne, tu ne vas pas lui dire, ah bah d'accord vous ne voulez pas, vous sortez.

-Il n'y en a pas qui font ça ?

-J : Peut être.

-C : Si, il y en a qui le font mais après...

-T : Après, peut être avec au préalable une tentative de négociation qui s'est avérée infructueuse, ou alors c'est que vraiment c'est particulier comme procédé.

-C : On ne peut pas.

-J : Il y a certainement des médecins expérimentés qui ont réussi à fermer un peu la limite de, voilà, on ne va pas négocier trois heures pour que quelqu'un face une prise de sang, ok vous ne voulez pas... Enfin, j'imagine qu'il y a un moment où l'on se dit bon c'est la limite. Après l'investissement de sa propre personne, est de convaincre quelqu'un, personne ne le fait, enfin ...

-T : Après il y a une limite de protection de soi aussi qu'il faut trouver.

-J : Il faut du temps pour la trouver... Avec quelqu'un il faut savoir jusqu'où on peut aller et comment arriver à le convaincre, et à, partir de quand on peut abandonner. On peut donner toute l'information tout bien avant, ou bien lui il veut pas il veut pas parce qu'il fait beau qu'il veut aller se promener... On ne peut pas lui dire « non, c'est comme ça et pas autrement » ou bien on lui dit « je vous explique ce que vous risquez, vous rentrez chez vous et... »

Puis la personne précédente reprend:

- J : ... le SAMU arrive tant pis pour vous. Je sais pas quoi, vous montez dans le camion et c'est comme ça, c'est tout...».

-T : Oui mais s'il refuse ta prise en charge quand le camion arrive ?

- J : Oui mais toi au moins t'auras fait ton job et... et tu lui auras pas dit, « bon ok vous faites l'infarctus ben tant pis, allez vous balader! »

- T : Oui mais quand tu es en situation avec le patient, tu as fait ce que tu as pu, tu as appelé le SAMU mais ta relation va être forcément biaisée pour l'avenir, et il pourra t'en vouloir pour la suite.

-J : Bien sûr, mais euh...

Plusieurs personnes parlent en même temps.

-J : ... au moins tu ne l'auras pas tué, et il aura pas à te le reprocher, s'il s'en sort, de te dire euh, « ben voila, mais je suis allé à l'hôpital 3 jours après, et on m'a dit « vous auriez du venir il y a 3 jours, c'était vraiment grave ». Vous ne m'avez pas dit ça docteur! Moi je n'ai pas compris qu'il fallait aller à l'hôpital»

Plusieurs personnes acquiescent.

Plusieurs « humm » d'appréciation se font entendre... Elle continue:

-S : Après c'est toujours difficile parce qu'ils ont peur, ils n'ont pas envie d'y aller à l'hôpital. Ce n'est pas parce qu'ils ont autre chose à faire. C'est souvent parce qu'ils ont peur du diagnostic, qu'ils n'ont pas envie d'attendre aux urgences, parce qu'ils n'ont pas envie d'être à l'hôpital parce que ça ne fait plaisir à personne. Et du coup...

-C : C'est ça qui est aussi plus dur dans la relation.

-P : C'est ça aussi qui est dur dans la relation. C'est de discuter avec un patient. Est ce qu'on est là pour lui dire toute l'information que l'on puisse donner et qu'il peut comprendre ou partir les mains libres ou entre les deux, comment on se comporte face au patient?

- C : Il faut essayer de trouver un compromis quoi...

- J : Ca dépend toujours du degré d'urgence. Y'en a je pense que oui, tu peux être, euh, enfin euh, je sais pas, je vais dire, s'il y a un danger vital immédiat, et que la personne s'entête, tu peux lui dire aussi « bon ben voila, je vous demande pas votre avis ».

Plusieurs personnes parlent en même temps, et le débat s'emballe un peu...

Quelqu'un d'autre reprend:

-T : Je pense que leur faire peur ce n'est pas la solution... ça marche avec certains mais, (*plusieurs parlent en même temps*) ce n'est pas toujours adapté aux patients qu'on a devant soi. Mais la négociation, tu vois... moi j'imagine mal pendant une heure...

-T : Moi je parle pendant une heure.

-C : J'imagine...

-T : Il faut toujours essayer de négocier.

-S : Tu négocies sur le temps que tu as en consultation. De toute façon ça sera toujours de la négociation

-Est-ce que vous avez l'impression que vous modifiez vos pratiques parce que vous savez qu'il y a un cadre légal derrière? Pour reprendre un peu ton exemple ...

-J : Ben ouais mais c'est dommage, je pense.

On lui coupe la parole

-P : Je pense qu'on l'a beaucoup en tête. *(Dit à plusieurs reprises par plusieurs personnes)*

Plusieurs personnes parlent en même temps

-A : De toute façon dans notre formation, on nous a quand même initié à ce mouvement. Pas forcément... si alerté, ouais, si... Eduqué à la fois sur le droit, je pense que c'est important, et en même temps, tout ce que ça implique derrière...

-N : Après le risque, c'est que tu vas toujours avoir tendance à te protéger derrière des trucs...

-A : Non mais je suis d'accord.

-C : Alors qu'au final tu peux quand même te faire emmerder.

Tout le monde est d'accord

-J : Oui mais c'est la formation qu'on a.

-T : Ça fait partie de la médecine aussi.

-N : De toute façon aux urgences, tu es obligé de tout écrire.

Acquiescements multiples, plusieurs personnes parlent en même temps

-N : Quand tu es aux urgences on t'apprend quand même clairement qu'il faut tout écrire, qu'il faut te couvrir.

-C : Alors que d'enseigner les gens...

-Est-ce que vous avez l'impression de faire une meilleure consultation quand vous notez tout, parce qu'il faut se couvrir? Ça change rien ou bien ça vous apporte?

-J : Oui c'est bien de hiérarchiser. Quand on a un patient qui vient avec 10 motifs qui partent dans tous les sens, c'est vrai que si on écrit tout: problème numéro 1, tac, problème numéro 2, tac, et qu'à la fin on conclue point par point je pense que la consultation est de meilleure qualité.

Acquiescements multiples

Plusieurs personnes parlent en même temps

-T : C'est parfois un peu scolaire mais ça permet de clarifier dans ta tête.

-P : Ça permet de mieux s'organiser.

-J : En plus quand tu le revois 2 semaines plus tard, parce que plus tard tu te rappelles pas forcément, ce pourquoi il vient.

-P : En plus, ouais...

-C : C'est pas forcément pour le côté légal...

-J : Oui ça peut être pour ton organisation.

-N : Ça donne un côté moins léger. Telles choses on en parlera plus tard...

-A : C'est aussi pratique quand tu es aux urgences, tu es plus systématique sur les démarches, tu es plus rapide.

-S : Ça, ça prend aussi beaucoup de temps.

-J : Ouais bien sûr, mais c'est du temps utile.

-N : A un moment il faut savoir aussi, je veux dire, tu peux pas tout noter!

-J : Non bien sûr...

-C'est du temps utile au patient ou à toi-même?

-J : Aux deux!

-T : Non mais je ne sais pas, s'il se passe quelque chose... ce n'est pas que dans l'esprit médico-légal, mais admettons que si tu détailles, par exemple ton examen clinique, sur des petites choses...

Humm

-T : ... sur des normalités, ou sur des petites choses que tu vois...

-Humm

-T : ... le mec revient 3 ans après, vraiment pour complètement autre chose. Là tu te dis, ah il a un truc bizarre sur l'épaule. Ah ben non il l'avait déjà il y a 3 ans. Ce sont des trucs qui nous servent surtout à nous, au delà de l'aspect médico-légal, c'est surtout de se dire euh...

-S : Ouais mon praticien, il met 2 lignes, moi je mets une page. Quand tu vois les patients qu'il a vu, tu galères un peu...

-N : Après tu apprends peut-être à trier un peu.

-J : Pour ta consultation c'est ça?

-N : Tu ne prends pas forcément une demi-heure pour ta consultation. Tu fais les choses correctement, tu fais un examen, tu poses les questions et tu tapes en même temps.

-A : Tu vois, tu as un écran,

-J : Ouais ouais...

-C : Je me suis rendu compte quand on écrit beaucoup on regarde peu le patient.

Approbation générale

-S : Moi je finis d'écrire après en général.

-A : Ouais mais après ça prend du temps.

-S : Je prends 3 minutes en général.

-J : Pendant qu'il se rhabille tu notes ton examen. Tu poses des questions en même temps. Je pense qu'il y a plein de techniques justement pour l'organisation.

-S : On n'est pas trop embêté sur ce qu'on note sur l'examen clinique. Ce qui nous embête c'est sur l'information que l'on va donner, qu'on doit prouver qu'on a donné l'information, les choses comme ça, ça c'est plus embêtant. On est beaucoup plus vague. En pédiatrie souvent on a déjà mis qu'on donne l'information. On marque: revoir l'enfant dans 48h si pas d'amélioration. Mais pour les adultes généralement, on donne peu d'informations.

-T : On la donne...

Plusieurs personnes parlent et s'opposent à cette affirmation

-T : ... mais on ne l'écrit pas.

-N : Ce qu'il faut faire c'est noter sur l'ordonnance.

-S : Oui ça serait bien de noter, dans le dossier par exemple, patient informé des risques dans le cadre d'une coloscopie. Médico-légalement c'est hyper important. Je pense que peu de personnes le font, mais s'il y a une expertise après, on se dit ah ok il était au courant.

-P : Le gastro va lui dire avant de lui faire la colo.

-C : Et de toute façon il va signer le consentement.

-J : Mais je pense, en fonction de ton praticien, mais ce que tu écris ça va beaucoup avec ce que tu as envie de faire. Il y en a clairement, pour une consultation de type rhinopharyngite banale, qui ne traitent que la demande du patient. Ils mettent le diagnostic, le traitement, explications et point. Ils n'ont qu'un truc par consultation, et donc derrière, pas vraiment de dépistage ni de prévention. Sa façon de penser c'est qu'il ne faut pas projeter nos angoisses sur le patient et donc du coup, un peu pousser à l'extrême, ça donne : ok il fume, il vient pour la rhino, je ne vais commencer maintenant à essayer de le sevrer et l'embêter avec le tabac.

Beaucoup désapprouvent cette attitude

-S : Moi ça ne me paraissait pas assez complet, en fait je me suis rendu compte, comme il voyait beaucoup de toxicos, sa pratique était plus adaptée à une population à risque très spécifique. C'est vrai que les toxicos, effectivement, ils arrivent avec des multiples pathologies sévères, et il faut hiérarchiser. S'ils viennent pour une substitution, et bien clairement, on traite ce problème, qui est le motif de consultation, et l'hépatite C on la traitera dans une deuxième temps. Appliqué à la médecine générale, c'est moins cohérent, parce que la rhinopharyngite si tu n'élargis pas un peu

autour, tu te lasses un peu. C'est un peu limite comme exercice. Le premier recours, il est aussi, ce que toi tu as envie de faire de ta pratique. Si tu as envie d'être dans l'aigu, et de pas trop t'embêter avec le dépistage et la prévention, les gens viendront moins pour ces problèmes là. Après les patients s'adaptent aussi.

-T : Le premier recours, pour moi aussi comprend dépistage et prévention. Les patients viennent pour un rhume, il faut en profiter pour leur parler d'autre chose. Sinon ils ne reviendront pas pour qu'on leur parle de prévention.

-C : Oui mais ils reviendront pour des rhumes (*en souriant*)

Quelques rires discrets

-A : Si tu ne leur dis pas d'arrêter de fumer, ils ne vont pas le faire...

-Donc pour vous, dépasser la demande premier recours, fait partie de la compétence ?

-J : Bien sûr.

-T : Clairement.

-C : Oui.

-P : Ouais, ouais.

-A : Ça dépend si le patient il vient une fois par an, et pour un rhume, il faut essayer...

-J : C'est le cas des jeunes ...

-T : Ceux qui viennent 10 fois par an, ce sont les vieux qui viennent pour des renouvellements. Les jeunes on les voit une ou deux fois par an, maximum, ce sont pour des motifs banaux, rhinopharyngite, certificat de sport, il faut en profiter quoi.

-Par rapport à tout ce que vous venez de dire là, la tenue du dossier médical (on le remplit plus ou moins), est ce que c'est au détriment du patient, dans la relation avec le patient etc., par rapport au dépassement du motif de plainte, par rapport à la hiérarchie du problème du patient, qu'est ce qui a changé pour vous, entre le début et la fin du stage ? Qu'est ce que vous pensez que vous faites mieux ? Est ce que vous aviez toutes ces notions là en arrivant en stage chez le praticien ?

-C : Non.

Plusieurs personnes ont l'air d'accord avec la réponse

-Comment vous faites différemment ? En quoi vous vous êtes améliorés au vu de cette compétence durant ce stage ? D'abord est ce que ce stage a été important pour cette compétence ?

-S : Carrément!

-Carrément ?

-S : Ben oui, du point de vue gestion du temps, des automatismes, de la prévention des choses auxquelles avant on ne pensait pas. Par exemple pour les jeunes, on sait quelles questions poser, comment les poser, rapidement... Surtout la gestion de temps. Au début on a envie de bien faire, les consultations durent ¾ h, on pose plein de questions, mais là aujourd'hui on essaie quand même de

hiérarchiser, savoir ce qu'il faut faire dans un temps imparti. On a 20 minutes pour la faire et ben on essaie de la faire en 20 min. Même si souvent c'est un peu difficile, mais déjà moi j'ai appris ça.

-Tu me dis que tu es passé de 3/4h à 20 min, tu es plus stéréotypé maintenant? Tu ne vas pas à la pêche, tu vas directement où il faut?

-S : Oui. Exactement. Je pose les questions plus directement. Je ne tourne pas autour.

Approbatons

-N : Si je peux pondérer la beauté de ces paroles (rires), il y a quand même aussi une dimension, une différence entre l'observation du vieux PU, qui passe dans le service une fois tous les 10 ans et l'externe de D4 qui fait une observation parfaite. Je trouve que quand même ce qui est un peu difficile, et je me demande comment réussir à gérer ça, c'est de continuer à faire de la bonne médecine, avec des consultations aussi courtes. Concrètement, taper à l'ordinateur, sans faire une observation de D2, par exemple: pas d'adiadococcinésie dans le suivi d'un diabétique, sans aller jusque là, je trouve que j'ai bien vu la différence justement en négatif! Dans l'évolution. En essayant de gérer le temps, en faisant un bilan en nombre de mots que j'écris dans l'ordi, sachant que je tape à 2 doigts, au fur et à mesure du stage, ça a beaucoup décliné, mais maintenant les patients je les retiens, donc je fonctionne plus comme mon praticien qui se dit: « mon disque dur, c'est ma tête. »

-Qu'est ce qu'il y a d'autre qui a changé?

-J : Ben j'ai remarqué avec un de mes praticiens, y a quand même beaucoup de patients qui arrivent avec 5 ou 6 motifs de consultation, qui profitent d'avoir la gastro ou une rhinopharyngite, pour nous débarrasser la douleur du genou depuis 6 mois, tout, en fait... Et c'est vrai que parfois on n'a pas forcément le temps, et lui me disait que ça l'agaçait, que quelqu'un qu'on a pas vu depuis 5 ans, qui a des problèmes depuis 5 ans, profite d'avoir un problème aigu pour nous balancer tous ses problèmes... et du coup il me dit qu'il ne voit pas de problème à les faire revenir. De traiter le jour même ce qui est le plus important pour le patient le jour J et ce qui est urgent à faire. Et de revenir dans quelques jours ou semaines pour parler des autres problèmes. Et certains patients ne comprennent pas, certains sont même un peu agressifs, ils nous disent, « et ben tant que je suis là, je paie la consultation, on fait tout... » et mon praticien leur répond qu'il ne peut pas se concentrer sur 5 problèmes à la fois, en même temps, en 20 min. « si vous voulez qu'on fasse bien les choses, on fait ça de façon différée. Vu qu'il y a des choses qui ne sont pas urgentes, vous choisissez ce qu'il vous paraît le plus important pour vous. »

-C : Ils reviennent ou pas les gens?

-J : Ils reviennent !! Bien sûr ouais ils reviennent!

Plusieurs personnes surprises ou dubitatives

-J : Ils reviennent et en général ils ne font pas la même erreur. Ils reviennent en disant : « aujourd'hui on parle du genou... ». Mais clairement y en a qui se braquent.

-Et là tu fais comment?

-J : C'est difficile, parce qu'on n'est pas installé, on n'est pas chez nous... Parfois ça s'impose, quand la salle d'attente est pleine, et qu'il y en a qui débarquent avec 36000 problèmes c'est apprendre à différer. Y a des petites choses qui demandent pas beaucoup de temps, comme renouveler une pilule, y a pas de problème, mais il faut lui dire que la prochaine fois on traitera le problème dans son ensemble. Ça me paraît faisable en pratique.

-Et ça vous paraît à tous jouable?

-N : Faut avoir la bonne technique...

-S : Et ça permet de faire de la bonne médecine...

-T : Faut pas être rigide: une consultation = un motif...

-S : Non...

Pas mal de discussions parallèles, acquiescement des 2 cotés

-C : Non mais il faut les éduquer, parce qu'il y en a vraiment qui arrivent avec le format A4 et qui ont 20 items... A un moment stop, quoi...

-A : Oui quand tu as ça, ça n'a aucun intérêt comme consultation...

-J : Mais il y a pas mal de patients qui ne comprennent pas.

-C : Dans ces cas tu les éduques et puis sinon tu te retrouves très vite avec 40 questions. Et tu finis par être envahi. Tu peux plus faire de la bonne médecine parce qu'à un moment, le dernier motif, tu dis « bon ben ok, faites le bilan... »

-J : Et il y a en plus ta frustration à toi, en tant que médecin, dans ton fonctionnement tu es exaspéré, parce qu'ils prennent tout le temps, tu as l'impression d'être une machine à délivrer des traitements.

Plusieurs personnes acquiescent. Elle reprend:

-J : Et en plus derrière tu as une vraie frustration, parce que tu n'as pas bien fait ton boulot de Docteur... je pense que tu as moins de frustration à engueuler tes patients, enfin, en tout cas à les éduquer, clairement au départ.

-T : C'est éduquer au sens propre. Pas sur leur santé...

Hum d'approbation

-J : C'est les éduquer sur comment ça se passe et toi comment tu fonctionnes... Après ils adhèrent ou ils n'adhèrent pas, et si ils ont besoin ils vont voir quelqu'un d'autre qui leur prescrira leur liste de médicaments. De toute façon ils n'hésiteront pas à le faire je pense.

-Moi j'ai une autre question : la compétence de premier recours, quand vous vous êtes engagés en médecine générale, vous aviez ça en tête? L'autre question, maintenant que vous êtes passés par ce stade (stage d'urgence, stage ambulatoire), vous êtes contents d'avoir affaire à ça, ou au contraire, vous vous dites : j'aurais préféré être cardio, parce qu'au moins, je n'aurais pas eu ça à gérer ?

-C : Ben non.

-J : Non!

-S : Ça fait partie de la diversité, de l'intérêt et de la difficulté quoi.

-J : Un médecin généraliste c'est un médecin qu'on va voir pour tout.

-N : Je pense qu'on avait tous un peu cette idée en tête...

-T : Moi je ne pensais pas que c'était si vaste que ça. Les gens peuvent te parler de tout et n'importe quoi! Moi, il y a des choses dont je ne parlerais pas à mon médecin généraliste.

-C : C'est exprès que tu ne nous as pas donné la définition de la compétence de premier recours ?

-Ah oui! C'est d'ailleurs très intéressant...

-C : C'est vrai que de savoir, on peut nous parler de plein de choses, qu'on est au centre de tout, c'est comme ça que je le ressens. C'est très intéressant, ça fait un peu peur, parce qu'il faut être au point sur plein plein de choses...

-T : Ça a un côté valorisant aussi...

-C : Oui ça a un côté valorisant,

-J : Ça va avec la responsabilité qu'il y a derrière.

-N : Il y a un truc qui change entre la fin et le début du stage chez le praticien, c'est l'apprentissage, la gestion, justement, de la « non connaissance... » par plein de techniques.

-C'est quoi ces techniques?

-J : « On se revoit dans une semaine? »

Rires

-C : Ou alors je regarde sur Google.

-P : J'appelle un ami...

Tout le monde rigole et plaisante

-T : L'avis du public...

-N : Il y en a qui ne savent pas, et qui font des petits trucs, qui bottent et out. Et il y en a qui ne savent pas mais qui vont chercher.

-C : Ça dépend du patient, de l'enjeu...

-S : Y a des choses où tu peux différer, et te dire, allez je vais chercher.

-P : Tu vas appeler un ami cardiologue, parce qu'il a un truc qui va pas et il ne faut pas déconner. Parfois tu vas d'emblée adresser à un spécialiste parce que tu n'as pas le temps. Jouer au petit malin, et faire des petits trucs...

-J : Oui mais tu peux aussi chercher en temps réel...

-T : Si tu penses que ça peut être vraiment dangereux pour le patient tout de suite, tu cherches directement.

-J : Et puis il y a toute la difficulté de garder un peu ton image de médecin, ton statut...

-T : Oui

-P : Bien sûr.

-A : Et quand t'es interne c'est encore plus difficile...

-S : Oui, je pense que les gens comprennent. Tu le fais plus facilement et au contraire, ça les rassure.

-P : Oui, oui

-J : Ils comprennent, mais est-ce qu'on n'est pas trop jeune ? Enfin...

-S : C'est le problème d'être jeune!

-T : Est-ce qu'ils ne se disent pas: « tiens il cherche, moi mon médecin il aurait su... »

-J : Au contraire moi je pense qu'ils sont contents que tu cherches l'information...

Approbatons

-J : Ils trouvent que justement, tu te donnes du mal, que tu t'intéresses à leur problème. Pas tous, mais il y en a qui sont contents que tu le fasses, que tu vérifies que tout va bien.

-S : Oui mais... c'est sûr que ça marque le côté consciencieux, mais c'est difficile.

- P : Quand tu as un patient que tu as vu plein de fois, il te dit n'y a pas de soucis...

-T : Y en a pas mal qui en on parlé en groupe d'échange de pratique, une disait : « moi je me souviens quand j'étais en P2, D1, pourtant j'étais en médecine, j'étais allée voir mon généraliste, et il avait regardé dans le Vidal, et je m'étais dit : mais il est nul !! »

Rires

-J : À la rigueur, ils sont biaisés. Quand on arrive et que l'on pose le Vidal sur le bureau, le truc il est épais comme ça, « attendez, désolé je n'ai pas eu le temps de l'apprendre par cœur... » En général, les patients ils le comprennent bien.

Tout le monde intervient en même temps

-N : Je pense que tout le monde réagit différemment, après le tout, c'est d'assumer.

-C : Est-ce que l'on doit se justifier en regardant, moi je ne sais pas.

-J : Moi je n'ai aucun souci à dire à un patient, j'ai un trou de mémoire, je vais regarder.

-S : Je pense que ce qui débloque le truc, ce qui est important c'est d'assumer le truc.

-J : Un patient qui dit oh lala, il ne connaît pas. A partir du moment où toi tu assumes de dire je ne connais pas et que tu fais les choses correctement, que le patient soit passé par une phase de mésestime dans sa tête, à se dire « lui il est nul ! », à la limite...

-C : Le risque c'est qu'il peut ne pas prendre le médicament que tu lui as prescrit.

-J : Après, c'est un truc que tu fais plus facilement lorsque tu n'es pas expérimenté: « Alors oui attendez je réfléchis ... » C'est clair qu'il y a des choses qui sont clairement angoissantes pour les patients.

-Alors justement est-ce que vous avez l'impression que vous avez adopté une autre stratégie entre le début de votre stage, lorsque l'on vous posait une question dont vous ne connaissiez pas la réponse et que vous étiez en panne, et maintenant? Vous n'avez peut être pas la même démarche ?

-C : Il y a la technique de « bottage en touche ».

-Oui mais justement, est-ce que cette technique là vous l'avez acquise au cours du stage ?

-P : Oui.

-C : Ouais.

-A : Ouais.

-J : Et puis tu es plus à l'aise pour dire « non je ne sais pas » qu'au début. Et puis il y a des gens que tu connais.

-N : Il y a des patients qui te demandent des trucs par exemple, je ne sais pas, sur de la physiopathologie par exemple, je ne sais pas des trucs qui leur passent par la tête, des trucs de fou. Et quand bien même on leur dira un truc qui n'est pas scientifiquement parfaitement exact, au lieu de leur dire je n'en sais rien, regardez sur internet. Tu leur sors un truc, ce n'est pas complètement faux mais c'est vrai que tu n'es pas forcément hyper-renseigné sur le sujet, parfois il vaut mieux...

-Et ça c'est quelque chose que vous avez compris au cours du stage ? C'est-à-dire que vous étiez peut-être plus au début du stage « je ne sais pas répondre, c'est l'angoisse », alors que maintenant c'est plus comme tu le dis ...

-N : Bah à voir nos praticiens le faire, peut être qu'on s'est dit « ça marche finalement ».

-Et tu ne trouves pas qu'il y a une différence entre le généraliste et le spécialiste ? Le spécialiste, ça lui arrive plus rarement d'être pris à défaut.

-N : Il a moins de recours.

-T : C'est moins évident.

Tout le monde parle en même temps

-J : Sur la dermato, lui globalement tu lui montre un truc, il saura ce que c'est. Alors que le généraliste, c'est vrai qu'il y a cette gestion de..., ça arrive hyper-souvent que quelqu'un te montre un truc et tu te dis ... Non mais...

-C : Tous les jours.

-J : Et tu apprends aussi à gérer le truc et de se dire, non mais c'est normal ...

-T : Je pense que les spécialistes en ville sont aussi parfois pris à défaut

-J : Je suis d'accord avec toi.

-T : Je pense que l'on ne connaît pas leur pratique en ville.

-S : Surtout qu'ils le font, qu'ils sont là en mode « je suis Dieu tout puissant... ». Et les dermatos c'est ce que tu dis, tu leur montres n'importe quel bouton, s'ils ne savent pas ce que c'est, ils vont mettre

des dermocorticoïdes, ce n'est pas grave ...

-C : C'est leur façon de botter en touche à mon avis.

-N : Tu bottes en touche en mettant ça, ça va très bien se passer. Les internes aussi mettront des corticoïdes...

Rires

-J : Ouais.

-T : Pour moi une des compétences en médecine générale, et même tous les médecins en général.

-Oui.

-T : C'est aussi, enfin pour moi c'est un des trucs fondamentaux, c'est aussi savoir que tu ne sais pas et savoir à quel moment il faut botter en touche. Je veux dire, globalement, jamais on ne te reprochera de t'avoir mis en touche trop tôt, c'est quand même savoir où ce n'est pas bon, savoir éventuellement où tu es plus compétent, savoir se limiter et dire « attendez là stop, bah moi je passe la main » et à partir du moment où tu passes la main, c'est quand même ...

-C : Et ne pas se prendre pour des dieux tous puissants, enfin surtout nous. On est en face de trucs graves, des trucs pas graves, des trucs spécialisés, des trucs ...

-N : C'est comme cela que l'on apprend, si tu envoies à un spécialiste, il te donne la réponse, c'est aussi comme ça que tu apprends et la prochaine fois tu sauras.

-S : C'est vrai que ça nous sort un peu de la toute puissance que l'on a pendant nos études, qui est : tu es médecin, c'est toi qui sais et les patients... Enfin.

-J : C'est difficile comme position.

-T : Et puis à l'hôpital, c'est avis cardio, avis dermato, avis neuro, avis machin, avis psy...

-Bien sûr.

-S : Il n'y a pas moins de soucis.

-C : Les gens, ils vont beaucoup de plus en plus sur internet. Je veux dire, moi les gens qui connaissent très bien la physiopathologie de la surrénale, qui te disent: « ça, vous ne pensez pas que l'hydrocortisone, ça serait mieux pour moi parce que ... »!

-J : Moi, il y a un autre truc aussi, dans ce genre de cas, j'étais étonnée au début: j'avais un praticien qui parlait très très peu en fait en consultation, et au début j'étais vachement interpellée, il voit beaucoup de psy et bah en fait, tu n'es pas obligé de répondre, enfin, je me disais, je la voyais, au début j'étais interpellée, plutôt dans le mauvais sens du terme du genre, elle est vraiment hyper-sèche, et en fait je me suis rendue compte que du coup ce qu'elle disait avait un poids décuplé et ensuite que lorsque les patients te déversent leurs flots de demandes, de trucs et bah tu n'es pas non plus obligé de répondre du tac au tac à tout quoi, tu peux aussi ...

-S : Ouais mais je pense que sur le niveau relationnel c'est un peu bizarre.

-J : Non mais c'est une caricature, mais c'est aussi un exemple pour dire que tu n'es pas non plus obligé. Tu imagines: il appuie sur le bouton et tu réponds du tac au tac!

-Là vous êtes en fin de stage chez le praticien. Il vous reste quelques semestres, entre un et trois. Pour vous, qu'est-ce qu'il vous reste encore à apprendre ? Les compétences que vous allez encore améliorer, avant de pouvoir voler de vos propres ailes de façon tout à fait tranquille.

-C : Là, je crois que l'on peut dire : liste non exhaustive!

Rires

-D'accord.

-J : Pour en revenir au premier recours, on se rend compte que par rapport à la pratique de nos praticiens, on a des praticiens qui vont faire plutôt de la psy, d'autres plutôt des gamins, qui sont des premiers recours, mais orientés vers une voie. Et nous du coup on arrivait en stage chez le praticien, avec la clientèle effectivement de ce praticien qui est déjà un peu orientée vers la tension ou le diabète, l'autre il ne prend que des vieux parce qu'il adore ça. Et nous on arrive comme cela et parfois on est pris en défaut, on peut se retrouver avec un praticien qui adore la dermato et puis nous on est des billes! Enfin voilà, c'est facile de mettre des dermocorticoïdes quand on ne sait pas. Et je pense que lorsque l'on arrivera nous après, peut être installés, on va se faire notre patientèle à nous, avec les premiers recours dans lesquels on sera bons et à mon avis, on sera beaucoup plus à l'aise et ça sera plus facile.

-Du coup tu penses toi, que comme ton praticien a fait sa patientèle à son image, il est moins lié à des situations l'ayant mis en défaut.

-J : Je pense.

-C : Ouais.

-C'est paradoxal. Il y a moins de mises en défaut. Vous avez des savoirs comme jamais plus vous ne les aurez.

-J : Non.

Tout le monde parle

-S : Je pense qu'ils sont quand même mis en défaut et tout simplement ils le gèrent peut être d'une façon qui est moins flagrante que nous quand on a un filet de bave comme ça, en train de se dire...

-C : De toute façon on a le savoir sur les grosses maladies. C'est-à-dire que sur le névrome de Morton, on n'en avait jamais entendu parler avant d'arriver chez un généraliste. Sur tous les trucs qui pendouillent de la peau, enfin en dermato, on n'a jamais fait le top 20 des trucs foireux de dermato...

-P : Même sur tous les virus.

-C : Non mais c'est des questions hors sujet au programme du CHU.

-J : Ouais mais il y en a beaucoup.

-T : Mais pourtant qui sont de vastes sujets de médecine générale mais ça n'intéresse pas vraiment...

-N : Et les traitements des hémorroïdes!

-Lorsqu'on ne peut pas apporter de réponse il y a des hypothèses: c'est soit parce qu'on n'a pas réussi à cerner le problème parce qu'on a un défaut de connaissance, soit parce qu'on n'arrive pas à

identifier le problème, soit parce qu'on n'a pas la possibilité de résoudre le problème parce qu'on est dans l'incertitude, parce qu'en première ligne, on est dans des situations d'incertitude! Mais bien sûr, elle est proportionnellement liée à l'importance ou au défaut de connaissances. Moins tu as de connaissances, moins tu arrives à élucider des choses, moins tu arrives à éliminer les choses graves, etc. Mais tout de même, tu as une part d'incertitude. Donc par rapport à toute ta théorie que tu faisais en disant le cardiologue, lui, il est plus dans la certitude, parce que tu mettais en évidence qu'il a un champs pathologique plus étroit, donc du coup, il est plus censé connaître tout sur son champs pathologique. Est-ce que tu penses franchement qu'il n'y a pas des situations d'incertitude, même chez les cardiologues ?

-C : Ouais mais moins.

-P : Oui mais ce cas-là, il va dire ça ne relève pas de mes compétences, allez voir un autre de mes confrères. Ou parlez-en à votre généraliste.

-T : Aller voir un rythmologue.

-N : Ou parlez-en à votre généraliste!

-T : Et en fait, il va tout à fait pouvoir dire, ce n'est pas dans mon cadre restreint. Moi j'ai éliminé les choses qui me concernaient.

-J : Si mais le problème c'est lorsque l'on ne sait pas de quelles compétences ça relève!

-D'accord.

-C : Si c'est quelqu'un qui vient avec un truc complètement farfelu... Et puis parfois ce n'est pas qu'on ne sait pas ce qu'il a, c'est aussi parfois que ça ne correspond à rien.

-D'accord. Alors j'aimerais que l'on pointe cinq minutes sur les choses du coup. Mais lorsque ça ne correspond à rien, pourquoi ça ne correspond à rien ? Je veux dire soit il vous raconte n'importe quoi, il y a peut être la demande dite et puis il y a la demande cachée. Est-ce que vous arrivez à identifier les demandes cachées ? Est-ce que vous avez réussi à travailler ça durant votre semestre ?

-N : Bah on arrive à analyser les demandes avant de partir en général. C'est d'abord ça, c'est le dernier motif. Il faut savoir être patient.

-Le truc à la porte ?

-N : Oui c'est toujours ça. Au fait Docteur...

-S : Ou alors un motif, enfin explique moi la rhinopharyngite, c'est-ce qu'on disait tout à l'heure, mais c'est un bon exemple. Mes praticiens ils m'ont fait passer le message, ils m'ont dit on ne vient pas, enfin c'est rare de venir pour une rhino, donc cherche un peu ce qui peut y avoir autour, en tout cas cherche, même s'il n'y a rien de caché. Il ne faut pas non plus être tout le temps à chercher la souffrance cachée derrière.

Tout le monde parle...

-T : Mais on a travaillé un peu ça dans les groupes Balint.

-D'accord. Donc vous avez développé ce travail dans les jeudis matins, dans le groupe Balint, les problèmes cachés des patients.

-T : La face cachée.

-La face masquée. Et alors, est-ce que vous avez l'impression d'être un peu meilleur maintenant à ce stade de votre cursus ?

-T : Je ne sais pas.

-J : Au début, je m'occupais vraiment du premier motif.

-N : Ouais et tu ne t'occupais que de ça!

-J : Maintenant je leur dis « vous venez pur quoi? Ah ok, quoi d'autre? »

-C : Je leur laisse un temps et après ils répondent, comme ça je note les trois/quatre choses intéressantes qu'ils disent, après je les examine, j'ai moins de retenue et du coup j'ai moins de « ah au fait Docteur... » « Bah re-déshabillez vous... »

-P : Bah là tu tolères, quatre, cinq, six motifs tu veux.

-C : Oui mais tu les élimines.

-Ah oui d'accord.

-C : Tu n'en tiens pas compte en fait. Tu leur dis oui ce n'est rien, ce n'est pas grave. La plupart du temps tu leur dis que ce n'est pas grave et puis ça suffit.

-Il y en a d'autres qui ont d'autres stratégies comme cela ?

-N : On leur demande: « est-ce que vous avez des problèmes, des questions, des interrogations? », des trucs comme ça.

-P : « Et puis est-ce que vous aviez quelque chose d'autre dont il fallait que l'on parle? » Des choses comme cela.

-J : Laisser un temps en parole, ça peut être lorsque l'on rédige notre examen clinique, ça peut être lorsqu'on fait l'ordonnance, il y a souvent un temps sans parole, et donc souvent, lorsqu'on a un peu de temps et la disponibilité aussi... C'est vrai que parfois on est un peu pressé par le temps, et c'est à ce moment là, et en fait ...

-C : De toute façon, que tu le fasses pour l'argent ou pas, tu ne vas pas leur demander plus à la fin. Tu ne gagnes pas plus. Tu ne fais pas payer au nombre de plaintes.

-J : Je pense qu'il faut aussi connaître les patients. Parce que les gens que l'on voit pour la première fois, que l'on voit à l'extérieur ou non, ils ont peut être des problèmes à la maison.

-S : Et puis plus on les connaît, moins on est dépendant de ce qu'il nous dise explicitement en fait. Plus on connaît le contexte sur la durée et plus on arrive un peu à élargir la vision du patient.

-Ça c'est quelque chose que vous gérez mieux maintenant qu'avant ? Avant c'était carrément inconnu ou c'était ...

-P : On connaît les gens, on a appris à connaître certains patients en six mois aussi.

-T : On connaît aussi nos praticiens...

-P : Ouais aussi.

-T : Je n'osais pas poser de questions au début, je me disais c'est une intrusion, si je pose cette question, voilà, de quoi je me mêle. Mais en fait non, les gens aiment bien ça.

-Vous avez eu l'occasion justement de mieux connaître les gens en six mois ? Certains patients ?

Nombreux sont ceux qui répondent oui

-Pour beaucoup d'entre vous. Est-ce que connaître des gens, du coup ça facilite par rapport au premier recours vous pensez ?

-P : Ça peut biaiser.

-C : Ou ça peut biaiser...

-Vous avez des exemples en tête?

-S : J'ai un exemple, une patiente qui, comment dire ça, elle était un peu neuneu pour dire les choses non médicalement et très particulière. Et qui ne prend pas jamais ses médicaments et qui a un tic, elle déchire toujours ses ordonnances. A chaque fois qu'elle revient, elle revient avec son ordonnance qui a été chiffonnée, déchirée et recollée au scotch, donc très particulière. Et la première fois que je la vois, elle me dit qu'elle a des douleurs, bah je pense dans la poitrine. Et puis je me souviens, j'avais appelé mon praticien et je lui avais dit: « Madame Machin, elle a des douleurs à tel niveau...je suis embêté... ». Il me dit attend. C'est-à-dire qu'il y avait vraiment l'effet de la connaître et c'était un bien et un mal, parce qu'en fait je l'ai vu pas mal de fois sur six mois, et la deuxième fois justement, on prend les choses très différemment, du fait de la connaître, on est plus dans le rassurer, et essayer de faire du dépistage, on sait il y a un jour où on risque de passer à côté de quelque chose, donc on essaye de poser des questions ciblées. Mais je pense qu'il y a quand même une grosse évolution entre le début et la fin de ce stage.

-C : Mais il y a aussi cette vision qui est difficile à garder.

-P : Ouais.

-J : Mais je pense qu'avec le temps ça a tendance à s'émousser...

-S : Je pense qu'effectivement il y a un biais, parfois on s'enkyste dans une relation qui est un peu ancienne, avec des problèmes que l'on a identifiés. Parfois cela m'est arrivé de revoir seule des patients chroniques que mon praticien suivait depuis des années, de voir du coup avec un regard neuf et d'essayer de lui dire, ah bah tiens en fait, finalement tu n'as pas fait ça depuis très longtemps, tu n'as pas revu ça et c'est une plainte chez lui ... C'est des choses comme ça, je trouve que c'est bien de revoir les patients parfois avec un œil neuf et il y a un biais. Par exemple, je ne sais plus, on avait vu une dame âgée qui avait besoin d'être hospitalisée, qui ne le voulait pas, mais elle avait des raisons d'être dirigée à l'hôpital, elle avait une pneumopathie hypoxémiante et tout ça. Puis mon praticien me dit, oui mais tu comprends, elle a perdu son mari à l'hôpital l'année dernière d'une pneumonie, bah oui mais je m'en fiche, faut qu'elle y aille, tant pis quoi. C'est vrai que du coup, je ne le savais pas et parfois oui, à très bien connaître les gens, c'est sûr...

-Donc ça rentre en compte dans votre prise en charge en fait ?

-S : Bah oui.

-J : Il faut l'avoir en tête justement. Toujours avoir un peu de recul de se dire, est-ce que finalement

la relation de confiance que l'on a établie n'est pas en train de nous jouer un tour aussi.

-S : On a besoin d'être toujours vigilant.

-C : Ils ont le droit d'avoir des trucs aigus.

-P : Quelqu'un qui vient et qui somatise toujours sur une douleur thoracique, un jour ça peut être grave...

-T : Ou bien une douleur abdominale.

-P : Ca peut être une vraie urgence chirurgicale.

-N : Je pense que malgré la chronicité de la relation, il faut toujours pouvoir se remettre en question.

-P : Je veux dire, jusque là je ne veux pas passer à côté de quelque chose.

-J : Non pas que des trucs aigus, même s'ils viennent pour le dépistage. C'est-à-dire que lorsqu'on a eu le cours sur le VIH, qu'on nous a expliqué qu'il fallait dépister de façon large et assez systématique, bah oui on pense plus chez le mec qui débarque d'Afrique, chez la jeune toxico. On a des profils très établis dans la tête et du coup voilà. La nana très anxieuse avec la douleur thoracique, bon bah on va être moins vigilant aussi.

-P : Quand tu parlais du dépistage, la patiente que tu connais depuis des années, 50 ans, tu ne vas pas oser demander, enfin voilà... « Vous avez déjà fait une sérologie ? »

-J : Alors que cela peut être important.

-C : Mais justement, comment le présenter ?

-P : Ouais mais ça passe bien généralement.

-C : Oui mais par exemple lorsque tu les connais depuis des années ?

-N : C'est marrant parce que de faire une recherche d'ACE, ça ne pose aucun problème par contre la sérologie VIH.

-J : Pour le coup, il le présentait comme le diabète, il disait que c'est une maladie chronique qui se soigne et le diabète c'est aussi une éducation et un taux de mortalité, on peut le présenter comme ça. Maintenant il faudrait que ça soit quelque chose ... Mais bon concrètement, j'en ai parlé à mon praticien, si jamais je faisais une étude, de type : on fait le test, on propose une sérologie à tous les gens de 15 à 70 ans. Bon moi, je me sens à peu près confortable pour les 20 à 30, encore que je ne connais pas bien, mais aller dire à la patiente de 60 ans ... Enfin ça véhicule plein de choses.

-A : Moi j'ai eu mon praticien qui suivait une gamine depuis sa naissance, là elle a 17 ans, il n'avait pas encore abordé la prévention et tout ça, il l'avait vacciné pour le GARDASIL. Il avait commencé un peu la prévention sexuelle, à 17 ans, un moment donné il m'a laissé seul donc j'ai commencé à aborder la prévention sexuelle, les MST et tout ça et de voir un peu : « ah bah oui j'ai des rapports sexuels, ça fait deux ans. » « Vous vous protégez ? » « Ah non. » Alors que mon praticien il me disait : « ah non je ne pensais pas du tout. » Voilà, des fois ça joue des tours.

-T : Tu ne sais pas quand tu connais toute la famille, des fois les enfants ont peur de parler, on connaît leurs parents ...

-N : Ouais.

-A : C'est un des avantages à être en groupe quand même.

-Est-ce que vous avez senti des différences dans le premier recours justement par rapport aux gens qui venaient voir votre praticien habituellement ? Et vous dans votre phase d'autonomie, quand vous voyez des consultations, est-ce que c'était différent au niveau type de consultation pour vous et votre praticien ? Et j'irais même dire pour vous, est-ce qu'entre le début du stage et la fin du stage, les gens s'habituent à vous, prenant confiance en vous, est-ce que ça a modifié également les motifs de consultation et les contenus de consultation un petit peu ?

-S : Pour les motifs non, je ne pense pas entre le début et la fin du stage à ce niveau là. En revanche, on sent que les gens sont peut être plus à l'aise, ont plus confiance, dans le sens qu'ils nous ont déjà vus, et nous connaissent. Après je crois que non, le motif n'a pas évolué.

-R : Après c'est ce qu'on enseigne aussi. On a entre temps appris aussi à élargir un peu justement le premier recours.

-P : Pour les patients, les praticiens ont aussi d'autres techniques pour les internes, soit c'est annoncé clairement à la prise de rendez-vous, soit ils omettent de dire que c'est un interne et du coup ça c'est vachement difficile à gérer, tu as l'ouverture de la salle d'attente et les personnes qui...

-J : Au début pour moi ils consultaient juste pour une rhino, maintenant ils consultent plus pour autre chose. Comme mon praticien, il a beaucoup moins de rhino que ce que moi j'ai vu. Il faisait beaucoup plus d'autres choses. Il en voyait pourtant autant mais les rhino, c'était devenu le troisième motif. Ça a changé un peu l'ordre.

-P : Pour toi ?

-J : Oui pour moi ça a changé un peu l'ordre.

-C : Pour ton praticien c'était toujours le premier motif ?

-J : Non c'était toujours le troisième, mais pour moi...

-C : Mais par contre ça a plus collé comme le praticien ?

-J : Pour un des deux, pour l'autre ce n'était pas...

-S : Moi je pense que j'étais seule, enfin une des praticiens elle choisissait les motifs et elle me collait les rhino... Elle me disait: « ah oui mais lui il est compliqué, parce que c'est un chronique. » Enfin je ne vois pas où est ... Alors que l'autre, elle me laissait tout voir, c'était beaucoup plus intéressant. Mais en fait, même dans les gatros, rhino et tout, je pense que ce n'est peut être pas les motifs qui ont changé, c'est peut être ma façon d'aborder les choses qui a changé et du coup ça devenait beaucoup plus intéressant parce que j'allais plus loin. Et elle me dit: « ah oui, il t'a parlé de ça ! ». Bah oui oui, voilà. Je pense que c'est nous, je ne pense pas que ce soit les patients qui...

-N : Ils s'habituent. Bah moi ça m'est arrivé des chroniques qui viennent tous les mois. La première fois qu'ils m'ont vu ils ont dit: « ah non, je viens pour mon renouvellement, du coup je repasserais. », comme si j'étais incapable de le faire. Et bon tu leur montres que oui tu vas quand même être capable de renouveler leur traitement anti-hypertenseur et puis en fait les fois d'après, ils ne se posent même pas la question. Il faut peut être juste qu'il soit en confiance et qu'ils se disent, ah bah oui...

-C : Oui mais là c'est parce qu'ils ne t'avaient pas choisi, ce n'était pas ton praticien.

- N : Ah bah non, ils n'avaient pas vraiment le choix. Mais le praticien en question était parti en clinique de façon urgente. Ils se retrouvent face à moi, en tirant la tronche la première fois.

-A : Après ils ne savent pas forcément où on en est. Enfin moi, ça m'est arrivé assez souvent, ils sont surpris au début puis après ils se disent « ah bah en fait c'est une étudiante. », puis après « bah vous êtes en quelle année : 4,5,6, ah non, 8!... Ah oui c'est ça interne, d'accord. »

-On va passer à une dernière question et après on va vous lâcher. Est-ce qu'il y en a parmi vous qui ont envie de faire un SASPAS et est-ce que vous avez comme motivations? Essayez de me dire: « pourquoi je veux faire un SASPAS » et pour toujours revenir à notre compétence de premier recours, est-ce qu'il y a des choses que vous avez envie d'approfondir en faisant un SASPAS justement ?

-S : Je veux en faire un mais pour une raison un peu particulière pour le motif du premier recours, après mon stage j'aimerais travailler en zone très reculée et j'aimerais bien être un petit peu formé par des sages-femmes sur les accouchements et du coup je me dis que ça peut être une bonne manière de faire des consultations non spécialisées, donc variées, donc de ville, en prenant un tiers temps en maternité.

-D'accord.

-R : Oui moi je veux faire un SASPAS, pour continuer à me remettre en question après chaque consultation, je me dis qu'il ne faut pas que je passe à côté de quelque chose, c'est peut être le truc grave qu'il ne faut pas que je loupe. Donc revoir toutes les consultations.

-D'accord.

-T : Faire un SASPAS pour voir d'autres pratiques par d'autres généralistes, voir d'autres internes. Et voir justement d'autres techniques et m'enrichir un peu.

-J : Ça va dépendre de mes prochains stages, pourquoi pas, mais ça serait plus pour élargir mes compétences. Un de mes praticiens n'est pas du tout gynéco, l'autre un peu plus mais c'est vrai que les patientes n'étaient pas très à l'aise d'avoir deux personnes... C'est vrai que je n'ai pas fait beaucoup de gynéco.

-Vous pensez que vous apprenez plus en stage chez le praticien qu'à l'hôpital ? Que c'est bien pour élargir les compétences ?

-T : Mon métier ça va être médecin de ville, donc forcément j'ai appris plus sur le métier de ville, le cabinet, des choses comme ça.

-J : Au cabinet tu es forcé de creuser le dernier neurone qui te reste, même s'il est 20h du soir, que tu es crevé, tu n'en peux plus et tu n'as qu'une envie c'est de te coucher, tu es obligé de creuser le dernier neurone, parce que tu te dis si c'est un truc grave, il ne faut pas passer à côté, si c'est un truc pas grave bah tant mieux mais... Voilà, je n'ai pas tel moyen à ma disposition. Je n'ai pas de scanner à côté, pas de biologie, tout seul, et le patient il doit ressortir au bout des 15-20 minutes de consultation avec quelque chose.

-S : Quand tu as l'intention de travailler en ville, ça paraît tellement logique. Moi j'aurais adoré faire un SASPAS mais c'est trop tard, parce que je n'ai pas validé ma thèse, donc je ne peux pas.

-D'accord.

-C : Mais euh, je pense qu'il y a vraiment un intérêt à être en ville pour être médecin généraliste, par contre je trouve quand même que les spécialistes ouverts, bien sûr il y en a qui sont cons comme des balais (ceux qui te demandent de faire des topos sur je ne sais quelle maladie où il y a cinq cas en France), mais il y a quand même des spécialistes qui participent à notre formation.

Tout le monde réagit en même temps

-N : Un bon stage à l'hôpital ça peut t'apporter une compétence en plus.

-R : Avec des avis, des bons diagnostics, les spécialistes qui donnent des avis, qui prennent le temps, qui t'expliquent les trucs, enfin je trouve...

-A : Cela peut élargir tes compétences.

-T : Moi c'est le fonctionnement de l'hôpital, c'est-à-dire que je ne me projette pas dans cette pratique, je ne parle pas des compétences, des connaissances biomédicales tu vois.

-N : Mais à la limite, je trouve que ce serait bien que le stage de premier niveau soit un peu plus tôt parce qu'en fait ce qui est dommage, dans les premiers stages, on choisit entre 700 et 800^{ème} les postes qui restent et on a toujours d'assez mauvais stages, où c'est soit vraiment pas bon, pas pédagogue...

-Tu te vois toi en premier semestre en stage chez le praticien ? Est-ce que tu penses que ça pourrait t'apporter quand même ?

-N : Je pense que pour un stage de premier niveau..., on peut le faire en deuxième ou troisième semestre. J'ai des copains dans une autre faculté, c'est en premier semestre, si franchement tu es dans une fac..., enfin nous je ne sais pas. Nous à Paris Ouest, on avait vraiment des terrains de stage, on avait déjà fait de la médecine avant d'être interne et au début tu es sûr tu peux passer à côté de certaines choses...

-Mais tu n'as pas fait les urgences avant d'être passé chez le praticien?

-N : Si.

-Est-ce que tu ne penses pas que cela t'a apporté aussi une autre vision d'avoir fait des urgences à l'hôpital ?

-N : Oui mais pour un stage de niveau 1, théoriquement tu as quand même une longue phase où tu n'es pas tout seul.

-C : Ça dépend des praticiens.

-N : Oui mais après c'est évident, ça dépend de ce que la fac demande au praticien, c'est un stage je crois qui s'intitule « d'observation et de mise en autonomie. » Ça pourrait être un stage qui se fait, je ne sais pas, en deuxième semestre et qui permettrait aussi d'aborder... Par exemple là, en sixième semestre et je vais sûrement faire un SASPAS mais j'ai tout de même une hésitation, je me dis: « enfin tu es quand même vraiment con, là je suis en décalé, je vais choisir en cinquième, en sixième ou septième sur les stages de Paris. Et là je me dis, je pourrais avoir tout ce que je veux, tous les meilleurs stages où il y a des gars qui t'apprennent hyper-bien, où tu apprends plein de trucs, bah oui mais j'aimerais bien faire un SASPAS. »

-Dans ce cas là, il aurait été bien de faire ça en externat ou de bien rajouter une année d'internat ?

-J : Bah oui mais le problème avec la rigidité de notre maquette, on est tout de même très distancés, on a très peu de choix. C'est-à-dire entre ce que l'on doit caser dans la maquette, nos stages et notre vie professionnelle qui se dessine au fur et à mesure, le fait de faire le stage chez le praticien un peu tard et pas beaucoup. Le stage chez le praticien ça nous oriente pas mal sur ce qu'on veut faire après, ça ne nous a pas changé radicalement, mais bon ça t'oriente de façon quand même importante.

-C : Mais celui qui ne se retrouve pas à aimer ça ,ou en fait qui se dit ça me botte trop, je trouve ça dommage. Moi je trouve que le niveau 1, ça serait bien qu'il soit plus tôt.

-T : Bah c'est sûr que la formation hospitalière est importante en tant qu'interne et très complémentaire et je pense qu'il est très important de passer aux urgences, même en tant que généraliste, avoir les deux versions du truc. Quant à retarder jusqu'au quatrième semestre le stage chez le praticien, je ne sais pas trop.

-A : Troisième!

-J : En ce moment à l'heure actuelle chez nous, c'est troisième/quatrième semestre.

-S : Moi je l'ai fait en cinquième semestre pour des raisons personnelles.

-C : Oui on peut le faire, mais moi je suis l'un des derniers à le faire sur cette fac et pourtant voilà, je ne suis pas un des moins bien classé de cette fac mais j'étais l'un des derniers. Il y a eu 40 terrains de stage, on est 90 d'inscrits au troisième semestre, donc voilà. Ça veut dire qu'il y en a qui vont être en quatrième d'autres en cinquième et qu'ils n'auront pas le choix.

-J : Oui. Mais c'est un peu déstabilisant d'arriver à bac+8 et de mettre les pieds dans un cabinet et au début du stage chez le praticien (c'est vrai, qu'on oublie un peu maintenant qu'on est plus à l'aise) mais c'est un peu déstabilisant, tu mets les pieds dans le cabinet et tu te dis « ah ouais, quand même, je ne connais rien! » Tu as l'impression d'être nul.

-N : Enfin faire ça pendant l'externat je trouve cela plus opportun, plus logique, enfin quand tu veux faire de la médecine générale. Evidemment si tu envisages une spécialisation, je trouve que ce n'est pas cohérent. Alors que là ...

-Qu'est-ce que tu trouves que les stages hospitaliers t'ont apporté plus ?

-N : Bah une confiance dans la pratique.

-J'ai entendu vos discussions. Je voudrais juste vous faire parler toujours sur... J'ai entendu l'argumentaire, c'est-à-dire ce stage chez le praticien de niveau 1 plus tôt parce qu'au début c'est dommage on a des stages hospitaliers plutôt merdiques parce que l'on est trois ou quatre cents et qu'on est mal classé, parce que c'est d'abord les T3, les T2 etc., et c'est dommage de mettre en concurrence le SASPAS avec les meilleurs stages hospitaliers que l'on pourrait avoir, parce qu'on arrive en T3 et que là on est dans les premiers à choisir. Et j'ai entendu qu'il serait logique de mettre les stages différemment par rapport au classement et au choix du grand classement. En terme, si l'on revient à notre thématique de première compétence: première question, pour vous est-ce que le premier recours ça s'apprend au stage chez le praticien ou ailleurs aussi ou pas ?

-R : Aux urgences.

-P : Bah aux urgences, je pense qu'il y a encore du premier recours.

-C : Aux urgences il y a encore du premier recours.

-J : En consultation aussi.

-A : Les consultations à l'hôpital.

-OK. Donc est-ce que vous pensez qu'il y a une logique à mettre le stage chez le praticien plus tôt par rapport à l'acquisition des compétences ? Parce que finalement, ça vous a apporté quoi le stage chez le praticien ?

-S : Ça pourrait, parce que si c'est au départ, ça nous permettrait de comprendre lorsque l'on est en milieu hospitalier, les patients avant d'arriver, avant d'être un patient nu sous une blouse, avant il était chez lui et puis il y a quelqu'un qui a négocié. Une des phrases classiques c'est: « ah quel con de généraliste et ce n'est que maintenant qu'il nous envoie son patient. ». Alors qu'en fait, ce n'est pas forcément que maintenant, ça fait peut être plus de cinq ans qu'il négocie avec le patient pour qu'il aille à l'hôpital.

-Alors ça, c'est plus par rapport à la compréhension qu'au cursus du patient. Tu n'as toujours pas répondu par rapport à ta compétence à toi. Comment tu acquières des compétences. Tout bêtement, si je mesure un petit peu différemment les mesures de compétences, que vous avez utilisées pour le moment d'une manière théorique, si vous avez pigé, par rapport au boulot lorsque l'on vous demande les RCA, les tutorats, les trucs galères à écrire, etc. Est-ce que ça apporte un peu plus de consistance à la lumière du stage chez le praticien, les compétences ou pas vraiment ? C'est encore trop théorique ?

-P : Oui, on ne peut pas tout faire en même temps. Je ne pense pas qu'il y ait de différences.

-R : On le fait tous, mais on ne met pas de nom dessus, on apprend plus à écouter mais voilà. Je n'appelle pas ça une compétence, c'est juste notre apprentissage qui se fait.

-T : Et puis il y a vraiment un intérêt comme ça à identifier réellement, à se dire aujourd'hui j'ai progressé ... ?

Tout le monde parle

-Ce n'est pas très grave, finalement ce que vous dites c'est que l'important c'est que l'on progresse globalement.

-J : Oui voilà.

-Mais du coup est-ce que le stage vous a permis de pointer vos carences pour exercer votre métier futur, est-ce que vous savez mieux maintenant en fin de semestre chez le praticien, ce qu'il va falloir qui vous travailliez un peu plus à l'hôpital, ce qu'il va falloir moins travailler à l'hôpital parce que vous en aurez plus ou moins besoin dans votre vie, votre futur métier ? Comme tu l'as dit, moi je me distingue dans une logique ambulatoire et pas hospitalier et donc je voudrais me préparer à affronter l'ambulatoire et pas l'hospitalier. Est-ce que vous y voyez plus claire ?

-S : Ce n'est pas forcément identifiable en: là je ne suis pas bon, là je le suis.

-C : D'accord.

-T : C'est parfois des ressentis ou des petites choses mais on progresse, on l'analyse en même temps qu'on le fait et du coup on avance. Mais ce n'est pas évident de se dire: bah là je sais que je ne fais pas de bilan.

-S : Bah tu as une impression globale et tu sais que voilà, moi j'avais des réticences par rapport à la

pédiatrie et je sais que là je vais aller en pédiatrie et que je dois apprendre ça, je sais ce que l'on voit en ville et je vais plus m'attacher à apprendre telle ou telle chose.

-Alors du coup est-ce que ça n'aurait pas été mieux si tu le faisais plus tôt du coup ? Toi qui par rapport à ta vie personnelle, a fait ce stage chez le praticien, tardivement.

-S : Non je n'ai pas cette impression. En fait j'ai quand même les deux premiers stages à l'hôpital, j'ai quand même acquis des compétences, j'ai appris des choses, une certaine confiance et je pense que j'ai pu la mettre ... J'ai acquis quand même une petite expérience, je suis passée dans différents stages, je suis passée notamment en diabète et en ville, j'étais beaucoup plus à l'aise que mes praticiens en diabète, à savoir comment gérer un patient.

-Je vais retourner à l'inverse. Est-ce que du fait d'être passé chez le prat, en revoyant les stages que tu as fait à l'hôpital, tu les aurais vécus différemment ? Ou tu en aurais retiré différemment la substance psychique, la moelle, par rapport à ce que tu en as besoin, par rapport à ton futur métier ?

-S : Oui, peut être que je me suis rattachée peut être à des choses un peu plus spécialisées.

-J : Voilà, qui ne te serviront pas en ville.

-S : Qui ne me serviront pas en ville. Oui effectivement, on m'a fait faire des topos sur des trucs hyper spécialisés. Voilà, c'est sûr, mais maintenant, peut être que j'ai aussi eu la chance à l'hôpital d'être avec des gens qui étaient plutôt axés médecine générale et qui on peut être ...

-T : Oui mais voilà, après cela te donne peut être une « sur compétence » qui fera que dans le cadre de ton premier recours tu auras un peu plus de diabète à gérer. Ce n'est pas mal aussi.

-J : Moi qui du coup mets en compétition en sixième semestre: SASPAS et stage hospitalier, justement là où j'aurais bien aimé faire mon stage chez le praticien plus tôt, c'est que ce n'est pas un stage hospitalier qui va combler les lacunes potentielles que je vois, mais à la limite, plus un SASPAS où on prendra le temps d'aller regarder les recommandations, parce que j'apprendrais encore une fois plein de choses. Alors que je me dis, si j'avais fait mon stage plus tôt et bien peut être que j'aurais pu identifier, j'aurais pu combler des lacunes en passant dans les services hospitaliers, en me disant: « ah il faut absolument... » Justement, je pense que passer dans un service où il y a une activité de diabète importante, c'est hyper-bien pour être généraliste.

-S : Ouais mais je ne m'en rendais pas compte en le faisant, là je m'en rends compte.

-J : Et en même temps je me dis, en sixième semestre faire un stage de diabète, ça me saoule. Là je me dis, je perds mon temps par rapport à tout ce qu'il y a d'autre ...

-R : Tu pourras faire des choses comme de la médecine interne ou de l'hôpital de jour, tu as toujours des stages où tu peux faire deux mois de diabète.

-C : Oui mais en médecine interne tu vas te taper des trucs...

-P : Ah non pas du tout.

-A : Pas forcément.

-P : Pas forcément, là où j'étais en médecine interne, on avait un peu de tout, tu peux choisir rhumato, tu peux faire un mois de diabète.

-J : Oui mais ça dépend aussi de l'orientation, de la spécialité de l'hôpital.

-Donc finalement ce que tu dis, vu le champ vaste de la médecine générale, tu ne vois plus tellement de stages qui peuvent me permettre de développer mes compétences, pour faire face au premier recours, justement du côté tellement vaste du premier recours, que revenir en stage chez le praticien, c'est ça que tu dis ? Même si je choisis un excellent stage de médecine interne ou de diabéto, ça sera encore un champ trop réduit, c'est ça que tu veux dire ? Je serais très bon à la fin très bon à la fin de mon stage de diabéto...

-J : Cela aurait été bien que je fasse mon stage chez le praticien plus tôt. Cela m'aurait permis de mieux cibler mes stages hospitaliers.

-A : Trois mois dans le service hospitalier à faire toujours la même chose, c'est suffisant pour apprendre. J'ai fait trois mois en rhumato, trois mois en diabéto, cela m'a permis d'être bon en rhumato, et bon en diabéto. Voilà.

-C : Mais c'est ce que l'on voit dans les commentaires des stages d'urgences gynéco. Les gens disent souvent six mois aux urgences gynéco c'est sympa, mais trois mois ça suffit.

-N : Mais après nos connaissances, nos compétences , je veux dire il y a plein de choses à connaître, tu ne peux pas tout connaître. Il y a trop choses à savoir.

-J : Les lacunes que l'on a, on les connaît. Ce n'est pas pour autant que...

-T : En fait, tu as toujours plus envie de te former là où tu es bon que sur...

-A : Bah je ne sais pas mais je n'ai pas eu besoin d'un stage chez le praticien pour me dire que je ne connais rien en dermato. Cela je le savais très bien avant.

-Oui on va y réfléchir. ...

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

PREMIER FOCUS GROUP DU 17 MARS 2011

Participants : Internes de troisième semestre

Animateur : Dr AUBIN-AUGER Isabelle

Observateur : PERROT Laure

TOUR DE TABLE

Interne 1 : Je suis donc en 3^{ème} semestre en stage chez le en stage de niveau un pour l'instant ça se passe bien

Dr A : ça se passe bien tu es chez qui en stage ?

Interne 1 : chez Dr M. et Dr G.

Dr A : d'accord tu as deux maîtres de stage.

Interne 1 : j'ai deux maîtres de stages mais qui travaillent dans le même cabinet

Dr A : dans un beau cabinet tout neuf que j'ai visité il n'y a pas longtemps

Interne 1 : exactement

Dr A : Interne 2 à toi

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 2 : donc moi aussi je suis en 3^{ème} semestre, je suis chez le Dr M. euh ça se passe très bien euh ça se passe plutôt bien

Dr A : d'accord on a le droit de dire que ça se passe mal à part le micro ça sera pas exploité pour d'autres

Interne 2 : il y a des choses positives et des choses négatives

Dr A : d'accord, donc on y reviendra peut être dans un deuxième temps. Ok Interne 3

Interne 3 : Interne 3, je suis en 3^{ème} semestre en stage de niveau un chez le DR D. et ça se passe bien

Dr A : ok Interne 4

Interne 4 : moi aussi je suis en 3^{ème} semestre donc en niveau un pareil et je suis chez le Dr W. et Dr R. qui sont pas du tout au même cabinet en fait ils sont dans deux villes distinctes donc deux patientèles différentes et c'est très intéressant ça se passe bien des deux côtés donc voilà.

Dr A : d'accord Interne 5

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 5 : donc moi je suis en stage aussi de niveau un je suis dans le cabinet du Dr N. : donc principalement avec lui et aussi un petit peu avec ses deux nouvelles associées euh voilà Dr D. et Dr C.

Dr A : ok Interne 6

Interne 6 : moi je suis aussi en stage de niveau un chez Dr S. et Dr S. donc c'est aussi deux cabinets différents et c'est assez euh chez un chez l'un je fais des visites à domicile donc c'est complètement différent et chez l'autre je suis en cabinet. C'est très intéressant voilà et ça se passe bien.

Dr A : Interne 8

Interne 8 : Interne 8 je suis en 3^{ème} semestre en stage de niveau un chez Dr F. où y a des, là ça se passe bien il y a eu des hauts et des bas c'est vrai qu'il y a une patientèle très diverse c'est intéressant euh et euh il y a des moments ça se passe aussi plus ou moins bien quoi

Dr A : on y reviendra peut être après Interne 9

Interne 9 : Interne 9 3^{ème} semestre niveau un je suis chez le Dr H. et Dr Z. ça se passe

Dr A : ça se passe ? (rires)

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 9 : Le contraste est intéressant

Dr A : ok Interne 7

Interne 7 : moi c'est Interne 7 3^{ème} semestre je suis en stage chez Dr L. ça va (rire de la salle)

Dr A : alors il y en a un certain nombre d'entre vous qui ont dit qu'il y avait des choses qui se passaient bien d'autres un peu moins bien c'est Interne 2 qui a commencé sur ce registre, est ce que tu veux nous dire un petit peu peut être on peut commencer par les points positifs et puis après on abordera peut être ce qui ce qui fâche un peu plus. Sur le stage les points positifs ?

Interne 2 : alors les points positifs c'est que bon on est dans le 18^{ème} donc en fait on a une patientèle qui est très diversifiée autant il y a des patients âgés euh d'un certain milieu social euh qui sont assez aisés et qui ont une autre euh une autre perspective du docteur et une patientèle un peu plus défavorisée et avec des pathologies très variées et y a aussi pas mal de pédiatrie donc ça c'est

Dr A : la diversité c'est quelque chose de positif

Interne 2 : la diversité c'est quelque chose de positif au niveau relationnel ça se passe bien, y a pas de problème ni avec les patients ni avec moi y a pas y a pas de soucis aussi au sein du cabinet les secrétaires, les autres l'ambiance de travail ça se passe très bien

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : on reviendra après au point négatif est ce que quelqu'un veut rajouter des choses sur Interne 4 tu disais que c'était enrichissant le fait d'avoir

Interne 4 : ben en fait pour le coup moi mes deux mes deux médecins ils ont deux vraiment patientèles presque opposées ; parce que Xavier est installé depuis 25 ans au même endroit donc c'est vraiment dans dans la médecine de famille il a une grande euh un grand pourcentage de personnes âgées de plus de 70 ans, donc on fait beaucoup beaucoup de de pathologie du vieux , il est aussi coordonnateur en maison de retraite donc une demi-journée, je la passe avec lui en maison de retraite donc finalement on est axé gériatrie et il est médecin du sport donc il a le côté des pathologies du jeune sportif, très peu de pédiatrie pas du tout de gynéco ou alors exceptionnellement et euh donc du coup c'est très intéressant et Sébastien donc sur Cergy lui c'est exactement le contraire : la moyenne d'âge elle est autour de 30/35 ans donc tous ses patients y sont relativement jeunes c'est aussi pas mal de jeunes parents avec beaucoup beaucoup de pédiatrie, pas mal de gynéco , suivi de grossesse, enfin voilà et c'est vraiment

Dr A : c'est complémentaire

Interne 4 : c'est très complémentaire. Et du coup, ils ont par contre ils ont tous les deux un peu la même façon très proche des recommandations de faire leur médecine et donc ce qui fait que finalement c'est je m'y perds pas trop d'un côté de l'autre

Dr A : tu fais pas trop le grand écart

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 4 : non voilà voilà

Dr A : D'autres personnes qui veulent revenir sur les points positifs du stage ? La diversité ? euh je sais pas on n'a vu la médecine de famille. Interne 8

Interne 8 : euh le gros point positif dans ce cabinet c'est vraiment la diversité des patients en fait on se retrouve avec de la pédiatrie, y a de la toxicomanie avec tous types au niveau de la toxicomanie que ce soit aux opiacés, aux anxiolytiques, ou l'alcoolisme. Et tout ça ça peut très bien tenir dans la même dans la même salle d'attente ça pose aucun problème parfois il y a quelques événements euh euh qui sont pas faciles à gérer avec certains toxicomanes mais ça peut arriver enfin voilà c'est c'est vraiment très rare et c'est épisodique et sinon c'est c'est vraiment intéressant d'avoir toute la patientèle et de pouvoir voir effectivement qu'on peut quand même avoir des toxicomanes en même temps avoir autre chose ça pose pas de problème

Interne 5 : moi j'ai découvert quelque chose d'intéressant aussi c'est la médecine en réseau

Dr A : oui

Interne 5 : à la fois de façon informelle avec les collègues

Dr A : les correspondants

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 5 : les correspondants les gens qu'on connaît et aussi de façon formelle au sein de vrais réseaux de santé organisés et vraiment j'ai trouvé ça euh

Dr A : ça t'a impressionné

Interne 5 : vraiment parce que c'est quelque chose que j'avais euh enfin qu'on m'avait jamais appris et que théoriquement on savait inscrire des patients dans un réseau mais sur dans les faits

Dr A : tu as vu ce que ça apportait

Interne 5 : oui voir que des gens qui se réunissent pour réfléchir ensemble à comment améliorer le quotidien de personnes en difficultés, d'ailleurs des difficultés très diverses, que ce soit vraiment à tous les points de vue j'ai trouvé ça impec

Dr A : oui. Des points négatifs ? J'ai cru qu'il y en avait quelques-uns ? On va pas y passer, il y aura une réunion d'évaluation en fin de stage ça nous fera plaisir de se revoir de rediscuter de tout ça mais bon je sais pas. Succinctement est ce que vous voulez résumer quelques points négatifs ou euh ?

Interne 5 : J'en ai pas

Dr A : T'en as pas

Interne 5 : Franchement j'en ai pas

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : trop bien

Interne 5 : trop bien (rires)

Interne 2 : déjà c'est pas la médecine comme moi je la vois pratiquer plus tard

Dr A : hun hun

Interne 2 (gênée tort ses mains) : parce que déjà au niveau de l'organisation du cabinet le cabinet est un peu vieillot et aussi les instruments enfin y a pas d' ECG, y a pas de saturomètre, y a pas de de thermomètre, euh enfin c'est un peu c'est un peu compliqué parfois y a moi quand je vois des patients y a pas d'ordinateur, donc j'ai pas les dossiers patients, y a pas de dossiers patients papier, j'ai pas les dossiers patients donc je patauge

Dr A : c'est compliqué

Interne 2 : voilà alors des fois même souvent j'appelle j'appelle le docteur M. pour avoir des informations sur les patients, et aussi au niveau de l'organisation il fait beaucoup de visites à domicile et des consultations sans rendez-vous qui sont soit intercalées entre deux plages de rendez-vous soit en fin de journée et euh alors parfois il y a des après-midi où on reste tout seul enfin voilà à rien faire en attendant le patient enfin c'est pas quelque chose que je pense faire.

Dr A : D'accord

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 2 : et beaucoup de visite à domicile non plus

Dr A : Interne 1 hoche la tête tu approuves ? Ce genre de ...

Interne 1 : Non oui non c'est vrai que les après-midi où on attend le patient ça arrive, c'est voilà c'est un peu enfin enfin c'est pas démoralisant mais ça me ça me fait poser des questions sur quand je vais m'installer et que voilà....

Dr A : Est-ce que c'est pas ça qui est important enfin tout bêtement de voir même au niveau organisation ce qui vous plaît ou pas enfin ça permet après de ça permet après de hein je crois que pour vraiment réaliser ça c'est vraiment le S.A.S.P.A.S. qu'il faut faire ensuite. Y en a parmi vous qui veulent faire le S.A.S.P.A.S. ?

La salle : ouais

Dr A : Interne 9 oui, oui Interne 2, Interne 5 ? Je crois que vraiment c'est une bonne façon de d'aller jusqu' au bout de cette démarche.

Alors au cours de ce stage chez le praticien forcément enfin ça me paraît incontournable vous avez dû rencontrer des situations complexes, que vous avez sans doute décrites. Je vois Interne 4 lever les yeux au ciel (Rires) pour un truc qui s'appelle le port folio non ça te dit quelque chose Interne 7 ?

(Rires de la salle)

Interne 7 : c'est nouveau pour moi

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : des compétences tout ça est ce que vous avez déjà donc j'espère parce que le stage est quand même déjà entamé depuis un certain temps est ce que vous avez déjà au cours du stage identifié une situation complexe oui ? Qui veut en parler ?

Interne 1? Oui

Interne 1 : est-ce que c'est une situation complexe qui a pris qui s'est pas réglée en une fois ou une situation qui a posé problème parce que ça peut être deux situations différentes.

Dr A : oui oui mais peu importe, ça c'est pas, voilà la complexité ne vient pas forcément de du fait qu'il ait fallu plusieurs épisodes pour la résoudre mais ça peut venir du fait qu'on est dans un contexte bio psycho sociaux euh voilà tout ce que comporte la médecine générale hein euh

Interne 5 : au fur et à mesure tous les jours quoi

Dr A : tous les jours

Interne 5 : oui voilà tous les jours dans la quantité de patients qu'on voit que ce soit quand je suis toute seule ou quand je suis avec le Dr N. il y a au moins une fois par jour où on se dit qu'est-ce qu'on fait, on connaissait pas, on cherche euh

Dr A : d'accord est-ce qu'il y en a ? Interne 5 puisque c'est toi qui as la parole est-ce qu'il y en a que tu as gardé pour ton portfolio ou pas ?

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 5 : pour mon journal de bord

Dr A : pour ton journal de bord

Interne 5 : je fais un journal de bord

Dr A : tu fais un journal de bord. Tu fais t'as pas de récit qu'on peut RSCA ?

Interne 5 : euh j'ai fait deux enfin c'est pas des RSCA mais comme j'ai participé à des actions de prévention à côté j'ai plutôt fait deux récits d'actions que j'ai fait à côté

Dr A : d'accord de la prévention

Interne 5 : voilà mais du coup je me suis c'est des mini RSCA dans le journal de bord

Dr A : d'accord ok

Interne 5 : où je décris la situation soit c'était un épisode soit c'est des gens qui reviennent et même plusieurs fois et je rajoute la suite et puis je rajoute beaucoup les lettres justement les lettres avec les correspondants et les e-mails que j'ai pu envoyer pour avoir des avis euh des retours

Dr A : des retours ça ça te paraît intéressant ouais

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 5 : Moi spontanément honnêtement j'aurais pas fait de journal de bord pour ma propre personne mais bon on est obligé de faire des choses voilà et je trouve que c'est pas si contraignant à faire euh.

Dr A : oui Interne 6 tu as écrit des choses ?

Interne 6 : sur une situation complexe ?

Dr A : Oui

INTERNE 6 : non j'ai pas je suis pas encore dans la rédaction je suis plutôt encore dans la réflexion il y a eu plusieurs situations en fait là j'en ai pas en fait j'étais en train de chercher euh après si si il faut je raconte enfin, bah j'ai eu des situations en fait on fait des visites à domicile et c'est vrai je me suis retrouvée une fois chez une patiente qu'on voyait euh , moi j'avais pas le dossier, et je suis allée la voir plusieurs fois et le problème majeur, parce que c'est un peu long comme histoire, ça a été surtout par rapport à parce qu'en fait c'est une patiente suivie par des spécialistes en hématologie ça a été en fait de faire le lien en fait avec le spécialiste pour par rapport à la bonne prise en charge de la patiente quoi donc après ça s'est fait sur place où on lui a téléphoné tout ça mais il a fallu plusieurs fois où moi j'avais parce qu'au début je n'avais pas le dossier j'avais pas les examens et c'est après aux visites successives où on a où j'ai pu vraiment un peu comment dire améliorer la situation de la patiente

Dr A : Bien alors

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 1 : en fait c'est pour essayer de rebondir sur l'histoire enfin c'était pareil une visite à domicile mais là ça a été une hospitalisation que j'ai trouvé ratée peut-être maintenant avec la réflexion que j'ai pas trouvé ratée. C'est une dame démente à domicile euh j'ai essayé d'organiser une hospitalisation de répit en gros que je la vois le mercredi et j'ai réussi à avoir une date le lundi suivant à Bretonneau tout ça enfin elle habite dans le 19^e arrondissement et que le lundi elle est normalement hospitalisée le lundi matin. Le lundi après-midi la gériatre m'appelle : on n'a pas reçu Mme X j'apprends qu'en fait elle est arrivée à l'hôpital Bretonneau, qu'à l'accueil on lui a dit ah bah non elle est pas attendue qu'elle se retrouve aux urgences de Bichat. J'avais fait l'organisation je ne pensais pas vraiment la retrouver aux urgences de Bichat euh et que après j'apprends 2 jours plus tard : bon c'est pas grave. Je réussis pas à joindre l'interne aux urgences parce qu'on me raccroche au nez parce que

Dr A : la vraie vie quoi ! hein (rires)

Interne 1 : voilà, j'apprends par le fils de la patiente deux jours plus tard qui me téléphone que finalement elle a pas été hospitalisée à Bretonneau qu'elle se retrouve à Charles Richet dans le 95 sachant que cette dame avait 100 ans et que son mari a 85 ans et il allait la voir à Charles Richet c'était un peu compliqué. Euh et en fait alors rétrospectivement, c'est peut-être pas oui je vais expliquer pourquoi c'est peut-être ça pas été plus mal c'est qu'en fait l'hospitalisation de répit ça aurait été 15 jours et ça aurait été 15 jours. Alors que là en fait elle a été hospitalisée finalement en unité de gériatrie aiguë et que là après elle se retrouve en SSR et peut-être qu'on a mieux posé les bases et que parce que le fils a commencé à me poser des questions sur le

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

placement et tout et tout et que voilà peut-être que finalement elle est rentrée dans une filière de gériatrie.

Dr A : c'était un mal pour un bien quoi

Interne 1 : oui mais bon voilà enfin euh j'étais un peu c'était un peu

Dr A : c'était un peu décevant

Interne 1 : c'était un peu décevant parce que finalement tout ce que j'avais essayé de faire euh

Interne 5 : c'est toujours décevant quand on passe beaucoup de temps à essayer d'organiser un truc et que ça tombe à l'eau pour une

Dr A : c'est pas voilà, quelle compétence votre dans le fameux port folio ça met en

Interne 1 : alors il y avait donc la compétence relation avec les soignants

Dr A : professionnels de santé

Interne 1 : professionnel de santé je sais plus, et puis en fait y a y a parce que je en fait j'ai pas détaillé l'histoire mais moi quand je l'ai vu elle refusait comme elle était démente et agressive elle refusait de se faire examiner et en fait euh j'ai appris après qu'en fait elle avait une anémie à 5 grammes et qu'elle avait un fécalome enfin tout

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

ça. Ils l'ont découvert en gériatrie aiguë et donc c'était aussi j'avais dans la mesure où je n'avais pas pu l'examiner j'avais mal évalué probablement l'urgence de la situation

Dr A : de la situation ?

Interne 1 : donc c'était euh la compétence urgence potentielle ou je sais plus comment ça s'appelle exactement potentielle

Dr A : un un ok

Interne 5 : il y a se préparer à l'exercice futur aussi

Dr A : oui

Interne 5 : parce que avoir à hospitaliser les gens

Dr A : se préparer à l'exercice professionnel oui tout à fait, de multiples compétences sur une histoire comme ça surtout, Interne 3 des une

Interne 3 : un problème que j'ai rencontré essentiellement et c'était une dame qui vient avec le scanner de son mari qu'elle a juste récupéré et elle voudrait avoir notre avis parce qu'elle comprend pas bien la conclusion. Il me donne le scanner en me disant ben va le voir, euh le scanner avait été fait pour une douleur thoracique atypique on n'arrivait pas bien à savoir ce qui s'est passé. Je regarde gentiment le

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

scanner dans mon coin sans que personne me regarde et puis je trouve une masse et plein d'adénopathies dans les loges ou faut pas qu'il y en ait.

Et là je fais j'ai dû faire une drôle de tête parce que là lui me regarde et me fait ben quoi et ben ben quoi euh avec une patiente alors c'était il y a eu deux problèmes : moi je connaissais pas bien la et c'était pas le patient c'était sa femme donc déjà quoi dire à la femme et lui le second problème il les connaissait trop bien c'est-à-dire qu' il a dû assimiler parce que lui il a une patientèle aussi un peu comme

Dr A : Qu'il connaît de longue date.

Interne 3 : Et puis ça fait trente qu'il y est donc enfin il les connaît on a trois générations donc c'est vraiment une médecine familiale etc. donc pour lui c'était d'annoncer aussi ce truc là et de l'annoncer enfin comment faire venir le patient, sans inquiéter la femme, mais que ça mette pas dix ans euh et d'autre part d'appeler le cancérologue pour l'hospitaliser pour faire la fibro bronchique etc. donc voilà

Dr A : donc expérience euh

Interne 3 : une expérience

(Rires un peu gênés)

Interne 3 : Je suis pas sûr qu'on est fait enfin avec le recul je suis pas sûr qu'on ait dit les bons mots on est toujours un peu maladroit je trouve dans ces circonstances-là. Parce que clairement ça ressemblait à un cancer et clairement euh on n'avait pas

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

envie de le dire et qu'en même temps fallait que ça sorte à moment donné quoi et euh voilà.

Dr A : à ton avis quelle compétence ?

Interne 3 : y a un truc annonce d'une maladie grave

Dr A : communication

Interne 3 : oui truc de communication

Dr A : par rapport à la compétence premier recours est ce qu'il y en a qui ont enfin pour vous ça comporte quoi la compétence premier recours et est-ce que vous avez euh des traces d'apprentissage soit dans le journal de bord enfin par rapport à votre stage chez le praticien. Oui Interne 1

Interne 1 : alors pour moi premier recours ça veut dire c'est les choses qu'on voit fréquemment enfin les situations qui se présentent fréquemment en médecine générale

Dr A : ouais

Interne 1 : et paradoxalement les la trace que j'ai faite pour l'instant sur ce truc c'était à propos de de toutes les femmes battues qu'on recevait aux urgences que je trouvais qu'on recevait pas bien enfin qu'on était pas bon aux urgences et en fait je

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

me suis rendu compte donc j'ai commencé à en recevoir après je me suis dit après voilà j'ai un peu lu des trucs là-dessus et je me suis posée la question comment comment en médecine générale comment on pouvait avoir une action là-dessus enfin au moins la dépister ou je sais pas et en fait je me suis rendu compte que c'était assez difficile parce que ben peut-être c'est moi qui ai ciblé je me disais c'était les femmes globalement jeunes et en couple et en fait elles viennent très souvent elles viennent avec leurs enfants ou enfin et j'ai pas réussi à aborder ça

Dr A : à aborder le sujet. Donc le premier recours si j'ai bien compris pour toi ça peut-être le patient vu aux urgences, le patient vu en médecine générale ?

Interne 1 : ouais

Dr A : d'autres avis sur la question Interne 9 qui s'endort ?

Rires

Interne 9 : Pas du tout qui écoute.

Dr A : Premier recours c'est quoi pour toi ?

Interne 9 : moi je pense à l'histoire des carrés là où on voit la

Dr A : les carrés de white

Interne 9 : les carrés de white 200 millions de patients dont un qui finit au CHU voilà

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

DR A : 200 millions de patients ?

Interne 9 : déjà c'est considérable

Dr A : c'est 1000

(Rires)

Interne 9 : c'est la notion générale. C'est peut-être la moitié de notre activité premier recours en fait en médecine de ville

Dr A : c'est à dire

Interne 9 : la moitié c'est du suivi de gens qu'on c'est du suivi de choses qui sont déjà prises en compte et déjà traitées en partie ou en cours d'exploration tout ça et la moitié c'est des gens qui viennent pour un motif et qui viennent voir un médecin

Dr A : donc des gens qui n'auraient pas consulté pour ça ailleurs auparavant ?

Interne 9 : oui c'est ça les gens qui viennent pour un truc en premier recours les gens y viennent pour un parce que c'est un premier recours ils viennent voir le grand Dr A.

Rires

Dr A : Merci docteur

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : Interne 8 c'est quoi pour toi le premier recours ?

Interne 8 : en fait oui enfin le premier rempart local c'est le premier contact après enfin quelle pathologie que ce soit

Dr A : donc le premier rempart ? C'est ça qui a été dit

Interne 8 : oui enfin le premier

Dr A : non non mais c'est intéressant c'est rempart par rapport à quoi ? Un rempart pour moi c'est un truc (mime un mur) un mur c'est quelque chose c'est un peu protecteur non je sais pas moi un rempart

Interne 8 : euh le premier recours c'est le cheminement enfin ça dépend si la personne n'aura besoin que de soins en ville et aussi comment elle elle entend avoir son suivi parce qu'il y a des gens qui voudront aller à l'hôpital et y en a d'autres qui ne voudront pas

Dr A : bien

Interne 8 : Euh est ce que un rempart est ce que c'est une personne qui a besoin d'être aiguillée vers l'hôpital ou pas mais euh donc après c'est à nous d'essayer d'aider la personne quand

Dr A : dans son orientation

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 8 : oui

Dr A : tu vois les choses comme ça ? Oui. Interne 6 ?

Interne 6 : euh oui moi aussi je vois aussi le premier soit y a les urgences soit alors c'est le premier là ce que disait Interne 9 par rapport au premier motif en fait on est la première personne qu'il voit pour un motif particulier et après c'est un peu l'entrée dans la filière de soins c'est pour ça c'est le premier recours

Dr A : Interne 8 ?

Interne 8 : le premier rempart c'est le premier contact

Dr A : oui

Interne 8 : le premier contact médical

Dr A : excuse-moi de chipoter sur les mots mais

Interne 8 : oui

Dr A : Un premier contact ?

Dr A : Interne 5 ?

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 5 : un premier interlocuteur quoi !

Dr A : un premier interlocuteur. Qu'est ce qui fait que c'est le premier interlocuteur ?

Interne 5 : Ben pour tout le monde ce n'est pas pareil après avoir fait le stage aux urgences y a des gens pour qui les urgences médicale c'est le premier l'entrée pour même des problèmes quels qu'ils soient mais là chez le généraliste c'est le pour toute inquiétude c'est la première personne à qui on s'adresse

Dr A : qu'est ce qui fait que c'est la première personne ?

Interne 6 : Ben parce que soit c'est le médecin qu'il connaît depuis euh quand c'est des vieux médecins parce que moi c'est des vieux médecins ils se connaissent depuis très longtemps du coup c'est un peu la personne en qui ils vont avoir confiance pour un souci particulier euh

Dr A : une personne de confiance ? D'accord oui

Interne 6 : ben dans la relation que j'ai pu observer oui y a beaucoup ils leur font vraiment confiance quoi, après c'est aussi peut-être on est habitué à des fois pour un souci donné d'aller voir le médecin en fait dans notre manière de voir notre santé ou je ne sais pas la manière dont on a été éduqué par nos parents ou euh parce qu'après tout le monde va pas voir le même médecin pour la même raison quoi

Dr A : d'accord oui

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 6 : y a des raisons

Dr A : par exemple tu penses à des choses précises ?

Interne 6 : ben oui enfin je sais pas ce que y a des gens qui vont venir pour des, entre guillemets des choses moins graves que d'autres ou des gens qui se soignent par eux-mêmes d'abord et après qui viennent voir le médecin ça dépend comment les dans quel contexte y sont au niveau social quoi

Dr A : au niveau social tu penses que c'est le côté social qui influe ?

Interne 6 : ben familial c'est comme ça que je l'ai ressenti un peu quoi mais

Dr A : tu as un exemple qui te ?

Interne 6 : ben par exemple là au cabinet où j'suis y a je pense qui se passent le mot mais y viennent tous me voir pour me demander un pot un tube de Dexeryl

Rires

Interne 6 : mais non en fait voilà ils ont tous leur tube de crème Dexeryl et ils le veulent tous à la fin de leur consult je pense qui se passent le mot parce que c'est remboursé que c'est c'est assez efficace après c'est souvent des communautés du même là y a eu pas mal de population immigrée et souvent c'est un peu la même communauté (acquiescement de Interne 1)

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : ok Interne 1

Interne 1 : je te rassure y a pas qu'avec toi c'est sur l'exemple du Dexeryl par exemple c'est comme y savent ceux qui savent que c'est remboursé c'est-à-dire ceux ils vont tous te le demander y a pas de négociation possible

Interne 6 : oui oui des fois on a l'impression d'être un peu un vendeur de Dexeryl
quoi

Rires

Interne 9 : non un donneur

Rires

Interne 6 : oui un donneur de Dexeryl

Rires

Interne 1 : c'est le supermarché

Rires

Interne 6 : oui y a des fois

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Rires

Interne 6 : quand vous allez proposer autre chose des fois on peut discuter hein mais euh j'essaie toujours un peu de discuter là-dessus bon mais voilà après je

Dr A : ça vous semble une difficulté ? En premier recours c'est quelque chose que vous avez acquis donc cette possibilité de négocier un petit peu avec les patients donc est ce que vous avez l'impression d'avoir progressé Interne 2 ?

Interne 2 : C'est pas facile de négocier avec les patients (acquiescement de plusieurs internes) moi par exemple, j'ai une patiente qui est venue euh une une adolescente de quinze ans qui avait mal à la gorge donc en même temps elle me dit je suis asthmatique j'ai plus de Ventoline. Moi je lui mets la Ventoline et elle me dit trois flacons s'il vous plaît. Mais pourquoi ah bah parce que j'en ai besoin. Je fais oui mais bon je vous en mets deux comme ça mais pas trois. Et puis je voudrais un sirop pour la toux mais alors je lui dit mais quand vous tousez c'est à cause de l'asthme c'est pas c'est pas un sirop pour la toux au contraire je vais pas vous donner un sirop pour la toux ah mais si et j'en veux deux boites c'est pour mon frère.

Rires

Interne 2 : d'accord et en fait au fur et à mesure de la consultation elle me faisait sa liste que sa mère a dû lui demander au début et en fait elle ça avait beau être une adolescente elle était très dure et très tenace et au final moi je disais non non non à tout

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Rires

Interne 2 : au final je lui ai quand même donné du Dexeryl et du Doliprane

Rires soutenus

Interne 2 : Parce que j'ai craqué. Ouais mais au final c'était pas facile de tenir tête c'était un petit bout de femme quoi.

Interne 1 : alors moi je me sens un peu plus libre d'être en conflit avec les patients parce que euh parce que je dépends pas financièrement d'eux

Dr A : c'est pas ta patientèle

Interne 1 : ce n'est pas ma patientèle et voilà ils savent que je suis que je suis l'interne

Dr A : oui

Interne 1 : donc si je leur conviens pas ils auront toujours le choix de revenir voir mon maître de stage donc je sais qu'en gros ça fera pas perdre de patients à mes maîtres de stage et je pense

Dr A : tu te sens plus libre

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 1 : je me sens je me sens un peu plus libre parce que je sais que je suis pas dépendante financièrement d'eux alors ça veut pas dire que y a pas des fois je prescris des trucs que j'ai pas envie de leur prescrire parce que c'est difficile de négocier sur sur cette question

Dr A : oui

Interne 3 : c'est surtout plus long (acquiescement de la salle) moi je me bats pas que sur les médicaments sur les arrêts de travail ou sur les antibiotiques il faut avoir envie de mettre une demi-heure pour expliquer pourquoi c'est pas d'antibiotiques pour un rhume et que on m'a dit bah dans ces cas-là j'ai pas besoin de venir vous voir si c'est pour du Doliprane.

Rires

Interne 3 : Ben merci mais j'avais envie de lui dire qu'en effet je veux dire pour un rhume tant qu'il est pas surinfecté y a pas besoin d'antibiotiques et franchement je comprends que parfois ouah c'est faut avoir envie de mettre une demi-heure à expliquer que dans ces cas-là c'est pas forcément et que même pour elle pour la personne c'est pas la meilleure des solutions c'est pas un service à lui rendre que de lui donner des antibiotiques toute l'année quoi il faut juste avoir envie de mettre un peu de temps et de la patience aussi je sais pas si sur une

Dr A : ouais c'est quelque chose que t'as l'impression d'avoir acquis

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 3 : oui et puis je pense que le fait d'être têtue fait que ça aide aussi mais et puis au bout d'un moment c'est un travail d'éducation je pense aussi que dire que mais c'est vrai que sur dix-sept patients au bout d'un moment on se dit mais bon après c'est qu'on est très fier de nous quand la fois d'après ils quémangent pas le sirop le machin le truc on se dit j'ai gagné quelque chose je lui ai appris il a compris etc. mais c'est vrai que la première fois euh

Dr A : difficile

Interne 5 : du coup je vais revenir sur le fait d'être têtue moi aussi je suis assez têtue et assez directive et en fait j'ai évolué un peu là-dessus aussi en regardant comment font les autres et tout parce que face à justement à une opposition de quelqu'un qui me dit non on propose un vaccin, un dépistage, que sais-je, ils disent au début tout de suite non et en fait en observant comment ils font je trouve que j'ai changé sur le fait que d'accord bon dans les premières minutes ils disent non puis d'y revenir petit à petit après avoir fait autre chose on va les examiner et puis on le on le réaborde et en fait finalement en étant un peu plus moins directive et moins cash sur le

Dr A : plus souple

Interne 5 : oui on y arrive à faire passer on arrive à faire passer les choses

Dr A : certains messages

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 5 : après sur moi je trouve toujours que quand j'dis non je nous vous mets pas d'antibiotiques quand c'est mon maître de stage euh ils disent ok vous avez raison moi c'est jamais euh

Dr A : tu penses que le fait que vous soyez

Interne 5 : ah oui

Dr A : un interlocuteur plus jeune que vous avez encore un statut d'étudiant c'est plus difficile ?

Interne 5 : ah oui alors que je me sens pas du tout ils ont l'habitude d'avoir des internes ça leur pose pas de problème ils prennent rendez-vous avec l'interne, la secrétaire leur dit ce sera avec l'interne mais euh bon

Dr A : un peu moins pris au sérieux

Interne 5 : c'est sûr

Interne 4 : je voulais juste accentuer le fait que c'est la solution de facilité en fait de leur céder et que franchement quand à la fin de la journée

Rires

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 4 : qu'il est 20H30 qu'il en reste 3 à voir parce que y a eu une urgence en début d'après-midi qui a chamboulé tout le programme et qu'on se retrouve à filer le sirop qu'on prescrit jamais parce que c'est pas recommandé ben c'est vrai que quand même on cède parfois après on s'en veut enfin moi personnellement je m'en veux (acquiescements de trois internes) quand je cède euh parce que j'ai un tempérament à être très directive euh le non c'est non, quoi, et le problème c'est ben une fois je me suis vraiment enfin la patiente elle est partie en claquant la porte bon c'était une hystérique euh d'un point de vue psychiatrique donc bon c'est pour ça que c'était tourné un peu version théâtrale et tout ben elle est partie en claquant la porte sans régler la consultation euh parce que j'ai j'ai refusé enfin clairement c'était pas indiqué donc je lui ai expliqué j'ai passé quarante minutes quand même à expliquer avant qu'elle parte en claquant la porte mais j'ai essayé de lui expliquer toutes les façons possibles et imaginables que cet avis rhumatologique était pas indiqué parce qu'on avait déjà fait le point avec mon maître de stage avant et que de toute façon il m'avait aussi un peu laissé la porte ouverte en me disant ben s'il faut aller à la confrontation ben voilà ça t'arrivera aussi dans ta pratique à toi donc c'est possible qu'je te préviens avec cette patiente et effectivement ça a été le clash et ce jour-là je n'ai pas cédé mais ça aurait été en fin de journée est ce que j'aurais fait de la même façon j'suis pas sûre là c'était mon deuxième rendez-vous de l'après-midi, euh on est plus énergique euh enfin ouais

Dr A : même après vingt ans d'expérience on peut avoir ce genre de souci en fin de journée, un petit peu moins performant sans doute, Interne 9 tu voulais dire ?

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 9 : moi je voulais dire j' pense que c'est si un jour je me décide à faire de la médecine générale de ville ce qui me motiverait c'est que je pense que je serai différent entre le remplacement et l'installation (acquiescement Interne 5, Interne 4, Interne 3) c'est le fait que quand on remplace on subit les habitudes et des fois c'est complètement insupportable et c'est même des choses qui sont complètement à l'encontre

Dr A : de ta façon de

Interne 9 : ça m'est arrivé de prescrire de l'éther par exemple à quelqu'un qui était manucure, il lui fallait de l'éther pour les manucures au début je lui ai dit non, au bout d'un moment j'ai j'ai cédé parce que la dame comprenait vraiment pas quoi et j'ai eu beau lui expliquer elle comprenait pas

Dr A : Interne 3, Interne 2, après on va oui peut être revenir sur certaines choses

Interne 3 : moi je trouve ça dépend aussi enfin ça j'ai eu plus l'impression quand je suis toute seule il me dit mais euh il me donne ça machin j'dis mais dans ces cas-là peut-être qu'il vous le donne mais dans cette indication là aujourd'hui je n'ai pas l'indication et ce que je trouve très agréable avec mon maître de stage et je le vois déjà quand il voit les ordonnances de ses remplaçants c'est qu'il critique enfin à moi quand je fais une ordonnance il me critique euh mais à part mais euh devant le patient il a ce côté où il dit ben non c'était justifié à ce moment-là sa façon de faire était bien donc je trouve que du coup le patient il critique enfin y a toujours la négociation ça on y échappe pas mais il est moins revendicatif ben voyez votre

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

remplaçant, votre interne, il fait pas ça comme ça quoi du coup je trouve que c'est assez agréable

Interne 2 : pour revenir un peu c'est difficile de négocier quand le maître de stage, moi en l'occurrence le médecin qui travaille dans le même cabinet a pas du tout les mêmes habitudes, alors lui il a un peu l'arrêt de travail facile, les antibiotiques faciles mon maître de stage moins mais euh parfois il cède et donc quand on a un patient qui a l'habitude de voir un autre médecin et qui vient on dit ah ben non pas d'antibiotique ah mais si mais le docteur il me donne tout le temps parce que ça tombe dans les bronches donc je vais être malade après j'en aurai besoin

Dr A : C'est compliqué d'aller à l'encontre de tout ça. Pour revenir sur le premier recours plus spécifiquement donc vous avez dit si j'ai bien entendu hein y a souvent les gens y ont plusieurs plaintes c'est compliqué c'est complexe y a une espèce de hiérarchisation hein on peut pas tout gérer forcément.

Est-ce que vous avez l'impression d'avoir appris des choses au cours du semestre par rapport à ça ?

Interne 8 : la souplesse (acquiescement de Interne 6)

Dr A : la souplesse

Interne 8 : oui au début quand je suis arrivée dans le cabinet j'étais un peu trop euh euh on va dire brut entre guillemets et j'ai appris à moduler mon langage et à m'adapter un peu plus euh mieux au patient euh qu'au tout début

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : que les choses soient pas toutes identiques

Interne 8 : figées

Dr A : par rapport au patient et que tu puisses adapter par rapport au patient que tu avais en face de toi, c'est ça que tu veux dire ?

Interne 8 : oui tout en essayant quand même de d'être au plus près des recommandations mais parfois on peut pas quoi et même si j'ai le souvenir là d'un patient que j'ai vu arriver qui a un diabète de type 2 qui pour lui n'était pas malade parce qu'il mangeait plus de sucre, il prenait ses médicaments, donc pour lui il y avait aucune utilité d'avoir un suivi de faire des prises de sang tout ça et euh j'ai essayé de lui expliquer le bien-fondé de la chose que pour lui ça serait mieux quand même et en fait le résultat a été complètement à l'inverse de ce que je voulais parce que finalement le patient ben il a appelé pour avoir une ordonnance et il est pas venu au cabinet

Interne 3 : Moi j'ai appris à aller au rythme du patient (acquiescement de plusieurs internes) dans le sens où quand il vient avec ses problèmes et que j'en vois d'autres de pas faire tout tout de suite et de pas d'y aller à son rythme et d'accepter de faire un problème à la fois si ils ont envie de faire un problème à la fois ou de si par contre ils préfèrent que leurs bilans soit fait d'un seul coup ben d'organiser en fonction aussi de leur demande, de les prévenir que ça sera à faire de toute façon avec leur accord bien sûr, mais de pas euh est ce que quand ils venaient avec des trucs moi j'étais là en train de dire faut aller voir le diabète faut aller voir le machin enfin faut aller faire

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

ça ça et puis au bout d'un moment ils disaient mais tout tout de suite la euh (rires)
donc j'ai appris aussi à en fonction de leur demande à la gestion et puis que tout
n'était pas l'urgence extrême (acquiescement de trois internes) et que j'avais que la
consultation c'était pas comme à l'hôpital où c'était ils sont là pendant une semaine il
faut tout gérer en une semaine d'apprendre à les revoir et que ça avance par petit
pas quoi que c'est pas tout tout de suite

Interne 4 : oui ben j'allais dire en fait la même chose mais concentré même sur les
motifs simples de consultation c'est vrai qu'il y a des malades qui arrivent ils vous
disent d'emblée euh bon alors docteur comme je ne viens pas vous voir souvent euh
j'ai fait ma petite liste alors déjà ça commence mal en général

Rires

Interne 4 : Et alors moi au début je voulais répondre à toute la liste

Dr A : oui

Interne 4 : euh et alors en fait du coup ma consultation elle durait 45 minutes

Rires

Interne 4 : alors ça c'était généralement avec mon maître de stage de Cergy, il me
laissait faire exprès et puis il me disait est ce que tu as regardé l'heure

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Rires

Interne 4 : et puis du coup à la fin il me dit tu vois la prochaine fois ben il faut que tu écoutes la liste mais c'est toi qui choisis ce qu'on fait aujourd'hui et tu dis au patient écoutez voilà il faut qu'on se revoit, vous avez des motifs qui peuvent pas être réglés là en une consultation et ça moi j'y arrivais pas au début c'était euh

Dr A : qu'est ce qui t'embêtait ?

Interne 4 : je sais pas pour moi c'était pas possible de laisser repartir avec une plainte à laquelle j'aurai pas pu répondre et le côté d'échec en fait j'avais l'impression d'échouer dans un truc le fait de pas arriver en 15 minutes à répondre à cinq motifs de consultation c'était pas normal alors que en fait c'est juste pas possible

Rires

Interne 4 : et puis ce que ce que je trouvais difficile c'était comment juger ce qui est le plus ce qui est à faire aujourd'hui pour que le patient soit satisfait quand même parce qu'il y a quand même ce côté-là euh est-ce que je peux décevement me permettre de reporter tout en lui expliquant en lui donnant une échéance éventuellement déjà en fixant déjà un rendez-vous et tout et je trouve que c'est pas toujours simple ça parce que c'est pas toujours hiérarchisé un motif aiguë un truc un peu sous-jacent et puis un truc chronique que du coup on peut échelonner plus simplement parfois ils ont cinq trucs un peu voilà un certificat et puis un petit rhume

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

et puis quand même j'ai toujours un peu mon mal de dos et puis mon vaccin et c'est voilà

Dr A : une hiérarchie qui te semble difficile à faire ?

Interne 4 oui

Dr A : ce qui te semble important pour toi est pas forcément ce qui semble important au patient

Interne 4 : pas forcément ce qui est important pour le patient

Dr A : oui ça c'est, Interne 5

Interne 5 : sentir ce qui est important pour le patient c'est pas évident

(acquiescement Interne 1) par exemple l'inquiétude qui peut être aussi une urgence quoi une vraie urgence un monsieur auquel on a découvert euh c'était une hyper lymphocytose on a éliminé l'urgence disons clinique et tout ça mais l'urgence c'était surtout de le rassurer et on lui a dit vous verrez le spécialiste la consultation était dans un mois je lui ai trouvé un mois pour lui c'était impossible d'attendre un mois alors qu'il se serait rien passé non plus il allait pas le traiter mais là la vraie urgence c'était juste de qui soit rassuré ok on va trouver un truc mais pour l'instant

Dr A : et ça le médecin généraliste il est vraiment en première ligne en première loge pour ça

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 5 : oui

Dr A : oui

Interne 5 : juste rassuré

Dr A : rassuré

Interne 5 : juste leur dire j'ai entendu que c'était inquiétant

Dr A : et ça te paraît quelque chose plus facile à faire maintenant en fin de semestre
là c'est

Interne 5 : plus facile

Dr A : déjà de repérer l'inquiétude des gens enfin c'est vous avez l'impression que
c'est

Interne 8 : euh enfin je sais pas par rapport à l'inquiétude y a aussi quand on a un
patient qui vient finalement on fait un diagnostic qui est potentiellement grave comme
un AVC et euh gérer sa propre inquiétude, sans inquiéter le patient (acquiescement
plusieurs internes), et essayer de l'orienter quelque part c'est pas toujours évident
parce que lui il va pas vouloir faire forcément pareil que nous ce qu'on aurait envie
de faire et après comment sans l'inquiéter réussir à l'amener à aller quand même
rapidement à l'hôpital c'est pas

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 1 : j'ai eu exactement le même

Dr A : donc la difficulté c'est quoi c'est finalement de toi tu es inquiète devant un patient mais euh la difficulté c'est quoi trouver les bons mots pour le lui faire comprendre que quand même il faut faire quelque chose ?

Interne 8 : à la base moi je pensais pas ce que ça pourrait poser problème parce que euh le patient enfin ça dépend des patients hein là j'ai eu un problème récemment mais c'est sur un mot je pensais pas du tout que ça pouvait être un problème c'était sur le mot ambulance mais ça c'était en rapport avec l'expérience vécue et là ça a tout fait

Rires

Dr A : c'est-à-dire qu'est ce qui s'est passé ?

Interne 8 : et ben au final il a pas voulu prendre d'ambulance il voulait que ça soit sa famille qui l'accompagne ça évoluait déjà depuis 24 h

Dr A : un AVC ?

Interne 8 : un AVC

Dr A : oui

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 8 : voilà donc l'ambulance SMUR ou quoi que ce soit c'était impossible parce qu'il fallait que ce soit sa famille qui l'emmène et euh comme moi j'ai commencé à montrer une certaine inquiétude au final il est parti en disant que j'étais un mauvais médecin et euh voilà donc

Dr A : tu penses que de révéler sa propre inquiétude justement tu te décrédibilises aux yeux

Interne 8 : oui je (acquiescement Interne 6)

Interne 6 : ben oui parce que si nous on n'a pas confiance il pourra jamais avoir confiance en nous quoi

Dr A : si tu n'as pas confiance en toi

Interne 6 : si on montre qu'on doute en face il va se dire est-ce que ce qu'il dit il y croit vraiment est-ce que je peux vraiment croire avec lui quoi en fait

Dr A : oui et ça au cours du semestre tu as vécu des choses euh

Interne 6 : ben c'est vrai parce qu'on parlait par rapport aux traitements dans les rhinopharyngites traitements symptomatiques euh

Dr A : ça c'est du premier recours ça

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 6 : oui parce que c'est vrai que moi je me suis retrouvée avec les habitudes de mon médecin qui prescrivait plein de choses et ce qu'on nous apprenait en théorie à la fac et en fait allier les deux ça a été au début difficile parce que moi je leur disais que ouais y avait pas besoin de traitement en plus et après je euh y a eu des remarques faites des patients auprès de mon maître de stage du coup j'ai dû un peu changer aussi ma manière de faire et peut-être, aussi plus être dans la discussion avec le patient voir ses habitudes euh ce qui faisait et du coup un peu adapter à chaque fois à chaque patient euh le traitement euh le traitement qu'il fallait leur donner c'est vrai qu'au départ j'étais peut-être pas sûre de moi dans ce que je leur proposais et puis petit à petit euh en en faisant l'expérience j'ai plus acquis de confiance par rapport à ça

Dr A : de la confiance par rapport au message que tu délivres par rapport au diagnostic ?

Interne 6 : oui par rapport au

Dr A :oui

Interne 6 : par rapport au diagnostic parce que des fois c'est vrai que les premières fois on n'est pas très sûre en fait est-ce que vraiment je fais pas une erreur de pas lui donner d'antibiotiques

Rires

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 6 : c'est vrai que c'est les toutes premières choses qui en fait ça paraît rien mais c'est un peu un peu stressant

Interne 5 : en fait j'ai sur au début sur les prescriptions je me disais jamais tu peux regarder j'avais mon guide de thérapeutique dans mon sac, internet à côté je me disais si tu commences à regarder ils vont te regarder non mais elle sait pas elle elle mais en fait maintenant je leur dis honnêtement ben ça je vais regarder et j'ouvre devant eux en disant on peut pas connaître toutes les posologies par cœur et en fait ça passe j'ai trouvé ça passait mieux de sortir et de dire je vérifie et même ça fait plutôt rigoureux quoi

Dr A : t'arrives à le dire d'une façon

Interne 5 : maintenant je me dis vaut mieux dire je sais pas ou alors j'appelle pour demander un avis et

Dr A : Interne 7 je te vois opiner de la tête donc tu penses que toi aussi tu regardes dans le Vidal

Interne 7 : c'est pas forcément dans le Vidal mais les différentes sources qu'on a euh en présentant les choses correctement par exemple ça fait longtemps que je l'ai pas vu ou

Rires

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 7 : d'après ce que j'ai entendu dire ça a changé on va quand même vérifier un truc comme ça ça doit être comme ça et en général quand ça se ressemble avec ce qu'on dit il dit non mais lui il connaît il veut vraiment être rigoureux dans ses prescriptions donc ça passe nettement mieux

Dr A : donc toi c'est quelque chose que tu as acquis au cours du semestre au début

Interne 7 : au début je le faisais jamais

Dr A : tu le faisais pas

Interne 7 : que ce soit à l'hôpital ou ailleurs je le faisais pas et quand je savais pas quoi j'allais demander directement je vérifiais pas sur les sources moi-même et euh en stage chez le prat c'est pas forcément évident de faire ça devant le patient et je pense qu'aussi si on le fait toutes les deux secondes ça va pas le faire non plus

Dr A : non plus

Interne 7 : non plus avec n'importe quel patient si on le fait rarement et si on présente bien les choses ça passe nettement mieux

Interne 3 : moi je voulais rebondir sur le premier recours et l'inquiétude moi j'ai eu beaucoup de mal au début le côté l'intimité en fait je trouvais qu'au final à l'hôpital on avec en plus la blouse on a une barrière on est froid et puis moi les premières consultations j'étais effarée de de de du de ce que nous donnaient les patients c'est-

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

à-dire que ils disent mais des choses tellement intimes que et enfin j'ai dû apprendre à gérer ça aussi c'est vrai qu'en premier recours ils nous donnent toutes leurs inquiétudes enfin et ça va de de quelques petites choses mais aussi des choses très agréables quoi bonnes nouvelles etc.

Dr A : des choses auxquelles tu t'attendais pas forcément ?

Interne 3 : pas du tout des choses auxquelles

Dr A : des choses médicales

Interne 3 : pas du tout médicales d'ailleurs

Dr A : tu as un exemple ?

Interne 3 : des choses auxquelles à l'hôpital on n'est pas du tout confronté euh j'ai un exemple ben c'était une petite mamie une personne âgée une grand-mère qui venait parce qu'elle était inquiète parce ce que son fils et sa belle-fille était en instance de divorce, son fils avait un problème d'alcool et que du coup la fille avait un peu monté un dossier, en vrai on savait pas vraiment les aboutissants les vrais choses parce qu'après on a vu la mère en fait ça a été un peu y a aussi ce côté là toute la famille et qui nous disait c'est horrible parce que moi que je ne peux plus voir mes petites filles du coup et donc à la base elle est venue parce qu'elle avait mal au dos mais son vrai problème à elle c'était comment mon médecin qui connaît ma belle-fille et qui connaît mes petites filles peut m'aider entre guillemets à la

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

convaincre de me laisser que moi je devrais prendre mes petites filles si je les sens en danger avec mon fils enfin en fait c'était ça et moi la première fois je me suis dit quoi mais elle me connaît depuis 5 minutes quoi c'est à dire que et elle me livre tout ça et moi je fais quoi en vrai c'est-à-dire que et

Dr A : oui et au final qu'est-ce que tu en tires quoi de tout ça

Interne 3 : Au final, ben au début moi j'étais complètement heureusement j'étais pas toute seule parce que voilà et que voilà et que il a l'habitude il sait gérer ce genre de chose et petit à petit c'est surtout de l'écoute et de dire qu'on est là pour les écouter et c'est surtout ça qu'ils attendent de nous en fait qu'on soit présent et que si y a un souci voilà et que moi j'ai été très franche et qu'en même temps moi je ne pouvais pas obliger enfin la mère à apporter ses enfin à apporter ses enfants si elle avait vraiment une crainte et si c'était justifié je et qu'en plus comme ils étaient en instance de divorce probablement le juge allait avoir dire quelque chose et que du coup c'était un peu compliqué aussi d'aller à l'encontre de ça donc elle attendait surtout de nous de l'empathie et moi la première réaction j'avais l'impression d'être submergée c'est-à-dire

Dr A : pourquoi moi ?

Interne 3 : C'est surtout qu'on n'est pas habitué à avoir ce côté euh

Interne 5 : De nous demander notre avis sur des choses de la vie quotidienne

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 3 : Oui. C'est ça

Dr A : tu penses à des choses particulières, Interne 5 sur des choix professionnels des choses de l'intimité, oui Interne 1 ?

Interne 1 : alors la chose que j'aurai pas fait en début de stage et là je me retrouve à discuter avec plutôt plutôt des jeunes et leur dire ah oui l'école enfin des trucs du genre l'école c'est important et tout ça alors que c'est pas mon rôle

Rires

Interne 1 : oui faudrait faudrait quand même faire un effort ou je sais pas la dernière fois j'ai dit aussi à un à un jeune homme enfin un jeune homme il avait 24 ans il avait quasiment mon âge (rires gênés des internes) je lui dis alors qu'il y avait eu une période de toxicomanie enfin d'alcoolisme bon passons et de lui dire bon là il faudrait quand même que vous réfléchissiez à ce que vous avez envie de faire de votre vie et tout et tout alors qu'en fait je suis pas sûre que ce soit mon rôle en fait

Dr A : oui

Interne 1 : et mais en fait, je me rends je me rends je me rends compte qu'on se retrouve aussi à donner beaucoup de conseils enfin c'est effectivement de la réassurance mais aussi beaucoup de conseils un peu enfin moi je sortais d'un stage aux urgences où pour un problème un traitement symptomatique et que là il faut leur il faut faire de l'éducation sur bah quand vous êtes constipés

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : on va au-delà de la simple thérapeutique et il y a un rôle de conseil auquel t'es pas préparé

Interne 1 : un rôle de conseil non j'ai l'impression enfin de pas assez bien connaître euh un certain nombre enfin par exemple typiquement les régimes diététiques c'est toujours un peu embêté euh enfin des trucs hyper bébêtes j'arrive pas bien à rentrer dans les détails et je je pour le coup je pense que c'est vraiment mon rôle d'avoir un rôle de conseils

Dr A : plus médical

Interne 1 : plus médical oui que de

Dr A : oui

Interne 8 : c'est vrai que comme on disait tout à l'heure enfin au final y a pas mal de consultations où les patients viennent pour un entre guillemet un prétexte et en fait c'est tout à fait autre chose (acquiescement de la salle) effectivement en les écoutant on apprend beaucoup l'écoute je trouve dans ce stage que on voit en fait la véritable raison et parfois c'est des problèmes plus familiaux plus sociaux

Dr A : une histoire comme racontait Interne 3 tu penses à quelque chose de particulier donc dans le repérage de ce motif caché quelque part

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 8 : les lombalgies moi j'avais une patiente qui était en France depuis environ ça devait faire un an, d'origine africaine, et là elle se retrouvait femme de ménage et en fait en discutant avec elle euh j'ai appris qu'elle était sage-femme dans son pays et que là elle se retrouvait à faire un travail qui était pas du tout intellectuel et puis elle avait mal au dos et en discutant avec elle je me suis aperçue qu'elle avait très envie de retrouver son métier d'origine et ici c'était pas possible et au final ça retentissait sur son dos en dehors du fait qu'elle faisait des ménages

Dr A : tu penses qu'elle en avait plein le dos ?

Interne 8 : oui c'est ça

Dr A : oui

Interne 5 : les symptômes qui révèlent un problème derrière ça arrive souvent quand même

Dr A : c'est oui c'est quelque chose que vous avez découvert en stage chez le praticien

Interne 5 : oui non enfin le côté enfin comment on dit le côté somatique de somatiser un problème autre c'est une idée que j'avais déjà mais que on rencontre quand même et là il faut savoir dire aux gens euh d'entendre cette douleur

Dr A : aller au-delà de de ce qui est

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 2 : moi je trouve ce qui est perturbant auquel on a pas du tout été préparé et je suis très mal à l'aise quand ça arrive c'est quand les gens arrivent pour des problèmes bon du burn out on en voit tous plein souffrance au travail et en général ils viennent ils veulent pas forcément des médicaments ils veulent pas forcément voir un psy mais ils veulent des solutions et que franchement par exemple celle qui dit ben voilà ça va pas avec mon copain et puis au travail je m'entends pas avec ma chef je me vois pas lui dire ben quittez votre copain quittez votre travail faite vous une nouvelle vie

Rires

Interne 2 : donc au final et pourtant parfois mon maître de stage il leur trouve enfin pas trouve des solutions mais il sait comment leur parler de leur vie et pas leur donner des solutions mais les amener à trouver des solutions eux-mêmes et ça j'y arrive pas du tout

Dr A : répondre à des attentes qui sont un peu hors purement motif médical ?

Interne 2 : oui

Interne 3 : et puis il faut aussi accepter en fait j'ai appris à accepter ça que ils viennent pour un symptôme et que du coup de passer outre ce symptôme et de pas forcément donner quelque chose de pas donner de médicaments forcément d'être la juste pour écouter et c'est, il faut aussi accepter ça c'est-à-dire qu'on est pas du tout habitué c'est-à-dire

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : c'est toi qui a du mal à l'accepter ou c'est le patient ?

Interne 3 : non là c'est nous enfin c'est moi en tant que médecin on est pas du tout habitué enfin à l'hôpital quand ils viennent aux urgences ils ont un symptôme on traite le symptôme euh même en salle ils sont hospitalisés quand il y a quelque chose donc ils ont une vraie enfin un une cause organique réelle alors que là il faut aussi se dire que il faut accepter que notre rôle aussi c'est pas que de soigner le corps quoi il y a un côté où il faut aussi écouter et comprendre pourquoi ça somatise et euh accepter que le médicament marche pas là-dessus

Dr A : est- ce que tu penses vraiment que tous les patients qui viennent à l'hôpital ils ont des vrais symptômes ?

Interne 3 : non mais

Dr A : ou c'est parce que tu avais pas été sensibilisée

Interne 3 : non mais je pense qu'on est pas sensibilisée à ça à l'hôpital et qu'en même temps c'est pas du tout dans la politique de l'hôpital c'est il faut faut

Dr A : faut mettre une maladie en face

Interne 3 : faut mettre une maladie ou alors il s'en va c'est-à-dire que si il y a rien d'organique il a pas enfin aux urgences il a rien à faire ici quoi (acquiescement de la salle)

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 1 : ça ne code pas

Dr A : c'est ça y a pas de code qui correspondent

Interne 3 : c'est ça ça rapporte pas d'argent c'est

Rires

Interne 6 : sauf en psychiatrie

Interne 3 : c'est ça ou c'est psy et dans ce cas-là ça peut rentrer vite dans une case alors qu'en fait pas forcément c'est juste un trop plein à moment donné et que

Interne 4 : et puis faut dire qu'à l'hôpital euh moi j'ai entendu plus d'une fois les seniors dire aux patients quand ils commençaient à s'épancher un peu sur leur vie entre guillemets s'épancher parce que je veux dire parfois ils ont des vraies souffrances morales ou sociales et plus d'une fois le senior qui dit écoutez ici vous êtes je sais pas en cardiologie on s'occupe de votre infarctus pour le reste vous verrez votre médecin traitant

Rires gênés

Dr A : et alors ?

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 4 : c'est pas arrivé qu'une fois quoi et donc du coup c'est vrai que le médecin traitant il a un rôle enfin à l'hôpital on se décharge facilement sur lui et en même temps nous qui sommes formés à l'hôpital initialement on sait pas du tout vraiment ce qui fait et quand on est confronté à ça au début du stage de niveau un, à ça c'est moi qui suis sensé le faire, bon d'accord, je suis sensé donner un avis donc ça veut dire que le patient il va pas croire que je le juge parce que il y a aussi ce côté-là finalement on s'implique beaucoup plus en tant qu'être humain dans la relation médecin généraliste que en tant que médecin spécialiste ou à l'hôpital en tout cas

Dr A : plus de distance par rapport aux gens

Interne 4 : oui et là y a parfois on s'en sert aussi moi aussi j'ai eu ça c'était pas grave vous inquiétez pas enfin (rires) et du coup c'est pas facile de gérer

Interne 8 : c'est vrai par rapport à ce qu'elle disait c'est vrai qu'à l'hôpital on apprend pas du tout le côté humain de la médecine et c'est quelque chose qu'on apprend enfin je trouve qu'on n'a pas un relationnel d'écoute à l'hôpital et euh en arrivant en stage de niveau un ben on apprend à écouter et en même temps parfois ça dépend des patients parce qu'il y a des patients qui veulent pas parler mais parfois on est obligé si on les écoute pas on va passer à côté à côté de ce qui les gêne

Interne 1 : Mais ce que enfin tu disais qu'on s'implique beaucoup plus mais ce que je trouve enfin horrible entre guillemets c'est que ça fait cinq mois qu'on est en stage déjà y a des patients que j'ai vu un certain nombre de fois et j'me sens beaucoup moins euh on va dire d'une certaine manière objective sur eux que quand je les ai

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

vus la première fois et ouais j'ai l'impression de perdre une part d'objectivité en les connaissant bien parce que y a des patients qu'on aime bien et euh (acquiescement de la salle)

Rires

Dr A : et d'autres qu'on aime moins

Rire général

Interne 1 : et d'autres qu'on aime moins et typiquement les patients qu'on aime bien on va avoir tendance à moins négocier avec on parlait de la négociation tout à l'heure et j'trouve oui moi ça me pose question quand même de dire déjà au bout de cinq mois j'ai l'impression de perdre mon objectivité sur un certain nombre de patients que j'ai vus et ça fait que cinq mois que cinq mois alors qu'est-ce que c'est quand je

Dr A : quand ça sera d'avantage

Interne 1 : quand ça sera d'avantage

Dr A : et où placer le curseur donc dans le relationnel par rapport au patient que voilà donc au bout de cinq mois visiblement tu as des liens privilégiés avec certains enfin pas forcément

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 1 : Enfin oui, oui y a des patients que j'ai revus enfin que j'ai revus régulièrement et voilà et voilà je suis moins objective avec eux et ce qui me disent moins critique sur ce qui me disent

Dr A : ça te dérange ?

Interne 1 : Oui ça me dérange parce que je pense que c'est comme ça qu'on passe, qu'on passe à côté de quelque chose en étant en étant trop empathique et en pas j'ai plus assez de distance pas assez critique et j'espère que voilà, en ayant plus d'expérience j'arriverai à être sympathique et quand même à garder l'objectivité et la critique

Interne 9 : ah ben c'est difficile mais je pense que tout ça dont on parle c'est ce que mon père appelle les curés de campagne

Dr A : oui

L'ensemble des internes : Le quoi ?

Dr A : Le curé de campagne. Ecoutez il voulait que tu sois curé

Interne 9 : Il voulait que je sois chirurgien, il est très déçu que je sois généraliste, il se moque de moi tout le temps, mais je trouve que c'est très dur ça pompe beaucoup d'énergie heu je pense qu'on est pas du tout formé à ça et je sais même pas s'il y a des gens qui sont capables de nous former à ça et donc c'est vraiment un gros

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

problème mais d'un autre côté je sais pas si c'est vraiment ça le cœur le noyau dur de je pense qu'y a d'autres choses qui faut savoir faire aussi sur qui sont prépondérantes par rapport à ça et je pense que si on est capable de le faire c'est bien mais je pense c'est mon avis personnel qu'il y a des choses avant

Dr A : c'est-à-dire tu penses à quoi par exemple

Interne 9 : pour moi c'est le cœur de l'activité en premier recours c'est être capable de de d'être rassurant euh d'être simple et rassurant sur les questions des gens et surtout d'aller au-devant de leur question c'est-la prévention déjà je pense quand on sait faire ça c'est rassurer c'est la plupart du temps des questions bénignes c'est-à-dire ils viennent pour un truc qui on sait déjà y passe la porte on sait que c'est rien j'exagère mais on les rassure pour ce qu'ils ont et on anticipe de manière assez carrée qu'on ait des repères des guides et que tout le monde fasse un peu la même chose parce que je pense que c'est un peu le point de départ de la médecine générale c'est que là dedans c'est tellement du relationnel c'est tellement des choses fines qu'on sent qu'il y a une différence entre les médecins qui est énorme et qui conduit à des différences de prise en charge terrible moi j'ai un copain qui me dit il va voir son médecin parce qu'il l'aime bien mais il sait très bien qu'il va lui dire oui ben quand il va le voir c'est qu'il a mal à l'épaule il lui dit oui bon d'accord il va falloir couper il se moque de lui à chaque fois donc c'est bon voilà je pense qu'il faut avoir une base un truc carré sur lequel s'appuyer et puis après si on développe ce côté-là c'est bien je pense qu'il y a d'autres moyens d'aborder (Interne 5 fronce les sourcils)

Interne 5 : ça n'empêche pas la rigueur même scientifique hein

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 9 : bien sûr

Interne 5 : c'est ce qu'on nous apprend ici aussi c'est-à-dire que maintenant qu'il y a un diplôme de médecin généraliste on est un spécialiste en médecine générale euh ici il s'applique quand même à nous dire il faut suivre les recommandations tout ça je trouve je pense qu'on est une nouvelle génération à arriver avec ses ses références et ses rigueurs qu'on a tous et euh les médecins qu'on a là on est chez des gens qui aussi sont attachés à la fac donc c'est un peu biaisé aussi parce que ils essaient de se mettre quand même un peu à jour enfin on espère mais c'est vrai quand on écoute les gens euh les gens qui les médecins qui travaillent dans leur coin qui se forment pas etc. Ça donne une mauvaise image des médecins généralistes qui se mettent pas à jour qui prescrivent des vieux médicaments et tout ça mais je pense on peut être rigoureux et suivre les recommandations et avoir tout ce côté humain et euh

Dr A : l'un n'empêche pas l'autre

Interne 5 : non c'est complémentaire

Interne 3 : moi je suis d'accord je suis complètement d'accord avec Interne 5 mais c'est surtout que on n'a parfois pas le choix c'est-à-dire qu'ils nous mettent dans cette ambiance où ils nous racontent des trucs et on va pas leur dire bah moi je vous écoute pas je me bouche les oreilles (elle met les mains sur ses oreilles puis repousse avec ses mains) vous me parlez juste de vos symptômes

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Rires

Interne 3 : non mais parfois ils nous mettent aussi eux dans cette position-là donc on est obligé d'avoir cette rigueur je pense on est obligé d'être de nous pour nous-même avoir ce recul et avoir cette rigueur pour leur bien-être mais en même temps on peut pas leur dire non mais écoutez vos problèmes vous les laissez à la porte du cabinet et euh et euh voilà

Interne 9 : je pense que la dessus faut pas être prétentieux je me suis retrouvé une fois dans une situation comme ça, je suis jeune marié, j'ai pas d'enfant, j'ai 26 ans, je me suis retrouvé une fois comme ça à expliquer à une dame de 35 ans qu'il fallait qu'elle soit ferme avec sa fille et je me suis dit je suis complètement décalé je suis à côté de la plaque je pense qu'il faut être humble et des fois on prend des risques à dire des trucs enfin je pense qu'une des seules choses qu'on soit capable de faire de manière à peu près certainement correcte c'est l'écoute empathique donc quand les gens ont des problèmes leur dire oui c'est vrai que c'est dur ce que vous avez et je pense qu'il faut en rester là on s'embarque vite dans des conseils

Interne 6 : les conseils peuvent aussi marquer toute une vie des fois y a mon médecin m'a dit que et c'est après c'est tout le temps qu'ils gardent cette phrase (acquiescement Interne 5)

Dr A : cette responsabilité ça fait

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 6 : ben j'y ai jamais pensé mais c'est vrai que là en en parlant plusieurs fois on entend des patients qui disent cette petite phrase du médecin qui leur a sorti une fois et du coup qui peuvent rester toute la vie

Interne 5 : le problème c'est que les gens ils sont en demande d'un vrai conseil et de choses concrètes et pratiques quoi. Je suis d'accord avec le fait qu'on s'engage nous

Interne 9 : mais c'est pas forcément à nous d'apporter ça et c'est peut-être à leur copain ou à leur famille

Interne 5 : Oui mais c'est difficile comme positionnement quoi

Dr A : Tout à fait

Interne 5 : donner des conseils de vie d'éducation de sur tout moi je suis un peu gênée

Interne 3 : moi c'était surtout le côté enfin écoute après c'était le côté enfin moi je dis pas que moi je donne pas de conseil parce que je trouve que j'ai vraiment du mal à dire que c'est ma place mais ne serait-ce que donner des pistes moi je leur dis clairement je comprends bien que c'est très difficile en même temps moi ma position je peux pas faire grand-chose c'est-à-dire que j' peux pas aller téléphoner au juge c'est pas plus je parle du cas dont j'ai parlé avant j' peux pas dire qu'après c'est à vous de pourquoi est-ce que vous téléphonez pas à votre belle fille parce que vous avez quand même de bonnes relations enfin mais c'est en même temps on est

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

obligé d'écouter leur c'est notre travail d'écouter leur problème après j'dis pas qu' il faut absolument leur donner des conseils

Dr A : Interne 4 ?

Interne 4 : moi je rejoins un peu Interne 9 sur le côté prudence moi je me mouille très peu parce que parce que je pense que c'est pas en tout cas c'est pas ma façon de faire par contre j'écoute énormément les gens et comme on disait, l'écoute empathique ça par contre c'est un truc que j'ai appris vraiment appris pendant ce stage ce qui moi me fait peur c'est que pourquoi je dis je trouve que c'est pas ma place c'est qu'on se rend compte dans le stage en ville que la parole du médecin généraliste pour la plupart des gens c'est une espèce un peu comme un truc magique quoi, toute leur famille aurait pu leur dire t'es en surpoids il faut que tu fasses un régime le gars pendant 20 ans il va rien faire et puis il vient voir le médecin le médecin il le pèse pour son suivi habituel il fait ha il faudrait perdre du poids ah bon vous croyez et tout de suite tac la démarche elle est lancée

Brouhaha rires

Interne 4 : Le fait que ce soit le médecin qui le dise ça a une portée, ça a une portée qui est dingue et par contre ce qui est clair c'est que chaque médecin à la patientèle qui lui ressemble quoi

Tout le monde : Oui

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 1 : Ça c'est vrai

Interne 4 : Du coup, ben si on n'est pas trop psychologue ben clairement les patients ne viennent pas vous voir pour ça mais par contre si vous êtes un médecin qui adore écouter et délivrer des conseils ils viennent pour ça. (acquiescements de plusieurs internes) Et ben du coup comme nous on est dans la position où au début on observe on ne peut pas s'approprier la patientèle du coup on reproduit un peu ce qu'on nous apprend mais après on n'aura pas forcément la même

Dr A : une difficulté le fait de ne pas connaître les gens au préalable ?

Interne 4 : Pas forcément (acquiescement salle sauf Interne 2)

Interne 1 : justement pour revenir justement quand on les connaît pas on a les pièces dans le dossier on aura un regard neuf et pas biaisé par un certain nombre de truc qu'on connaît

Interne 2 : moi je suis plutôt pas d'accord parce que en fait les patients surtout les patients âgés ne pas les connaître c'est un peu embêtant parce que on ne sait pas quelles sont leurs habitudes quelle a été leur histoire et donc leur dire des choses parfois ça peut les heurter ça peut, on ne connaît pas l'histoire qu'ils ont avec leur pathologie avec leurs médicaments

Dr A : apprendre à reconstituer tout ça c'est

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 2 : Quand on est nouveau nouveau et qu'on connaît pas je trouve que c'est plus difficile

Interne 8 : toi t'a pas de dossier en fait t'as pas de dossier

Interne 2 : j'ai un dossier quand je suis avec lui j'ai un dossier mais même quand j'en ai un et que tu connais pas le patient en tu connais pas et même si y a des choses écrites et encore c'est pas toujours écrit quand y a des choses écrites c'est des pathologies et on connaît pas son histoire on sait pas si elle si la petite mamie a perdu son mari on sait pas si elle a

Interne 8 : parce que je sais pas mais chez chez mon prat en tout cas quand y a des choses dans la famille assez lourdes et qu'ils sont venus nous voir parce que c'est marqué en fait c'est vrai que ça aide dans la manière de la pratique ça aide

Dr A : quelque chose que tu retiendras dans la gestion de

Interne 8 : Oui parce que ça m'a vraiment marqué

Dr A : c'est vraiment important

Interne 2 : Surtout si on travaille en groupe et qu'on partage les dossiers c'est vrai qu'il faut noter les y a une partie « mari en prison » noter les choses importantes « attention problème »

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : ça vous paraît des informations et c'est quelque chose que vous aviez identifié avant le stage ou pas le fait de travailler à plusieurs de savoir partager les informations ?

Interne 5 : C'était une envie surtout de ne surtout pas travailler toute seule et travailler ensemble oui et maintenant que j'ai vu comment on peut travailler ensemble encore plus

Dr A : encore plus

Interne 5 : je trouve ça hyper riche et surtout aussi plus facile c'est hyper lourd tout seul dans son coin

Dr A : Oui

Interne 7 : Je suis d'accord

Dr A : c'est-à-dire est-ce que tu peux en dire un peu plus

Interne 7 : Sur le fait je pense qu'il y a une grosse différence de travailler seul et en groupe au moins dans le vécu quotidien quoi, parce que être enfermé dans son cabinet concentré sur son travail d'accord les patients font de la compagnie on a quelques échanges mais on ça fait un peu histoire métro boulot dodo et on ne profite pas pleinement de l'exercice même si on aime ce que l'on fait j' pense que déjà au bout d'un certain temps il y a quelque chose qui devient un peu routinier à part les

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

cas exceptionnels que l'on peut détecter mais le fait d'avoir des gens que l'on apprécie surtout à proximité ben c'est

Dr A : c'est une richesse

Interne 7 : C'est une richesse qui permet de prévenir cet ennui éventuel qui peut s'installer

Dr A : et par rapport à ce premier recours ? J'avais entendu parfois on a des difficultés à propos de la vie sociale etc. le fait d'être à plusieurs est que vous avez utilisé cette richesse notamment demandé au collègue d'avoir des oui Interne 5 ?

Interne 5: oui pour les problèmes sociaux on a une assistante sociale qui est dans la même barre d'immeuble qui gère la coordination gérontologique donc là dans notre place, on envoie les gens, on appelle

Dr A : c'est quelque chose que

Interne 5 : le réseau c'est vraiment un soutien quoi parce que pour les maintiens à domicile les gens handicapés etc.

Interne 3 : moi je me suis rendu compte que l'outil le plus important qu'on ait c'est quand même notre carnet d'adresse quoi mais franchement ça va de la kiné, l'infirmière, le spécialiste, enfin tout

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : et ça au quotidien ça te paraît

Interne 3 : et ça au quotidien

Dr A : au quotidien pour le premier recours c'est fondamental

Interne 3 : oui, pour une petite mamie qui est toute seule moi je me rappelle la première visite que j'ai faite toute seule c'était un douzième étage sans ascenseur heureusement que l'infirmière m'avait prévenue que ça faisait un bout de temps qu'elle était pas sortie enfin c'est elle qui m'a appelé en me disant il faut aller la voir là parce qu'elle est au 12^e sans rien et sans pouvoir sortir quoi donc et j'me suis dit c'est quand même bien d'avoir une espèce de réseau où on voilà

Dr A : ça tu n'avais pas conscience avant

Interne 3 : En fait j'me disais que ça devait être important mais de le voir à la pratique c'est quand même très différent enfin de le voir en œuvre j'trouve qu'on a un patient qui nous aussi on a le côté il a pas d'ECG j'ai beaucoup de mal sans l'ECG mais on a un patient qui avait une douleur thoracique un peu bizarre on a un cardio qui est genre la rue parallèle il l'a appelé il a eu l'ECG dans les cinq minutes et j'trouve que c'est très agréable d'avoir cette espèce de, on passe un coup de fil et par on sait que c'est entre deux mais c'est aussi un arrangement qu'ils ont et je trouve que c'est très très agréable ça pallie un peu le côté où moi j'avais très peur en médecine générale d'être seule enfin moi ça a été un de mes premiers enfin moi je n'aime pas être toute seule

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : Interne 9 ?

Interne 9 : oui c'est très bien mais effectivement c'est complètement personne dépendant ; ce qui me fait un peu peur en travaillant en ville, ça dépend vraiment avec qui on travaille et en fonction de la zone dans laquelle on se trouve on peut très bien ne pas avoir du tout d'interlocuteur ni de réseau ni rien du tout de sérieux dans un domaine particulier et d'être obligé d'envoyer des gens à 30 kms parce que voilà y a personne de costaud y a pas d'homogénéité quoi, des réseaux je pense que près de Paris y en a

Interne 1 : Oui c'est possible

Interne 9 : moi dans mon secteur à moi j'pense

Dr A : des réseaux on va en parler comme Interne 5 le disait aussi des réseaux informels hein ou enfin Interne 3 le cardiologue qui est dans la rue d'à côté, alors qu'est ce qui va faire la disponibilité

Interne 9 : en pratique, moi si je décide de m'installer quelque part comment je fais pour mon réseau ?

Dr A : c'est une question dont on nous ne pourrons pas débattre forcément aujourd'hui. Question très intéressante.

Euh, Un point peut être sur lequel nous allons revenir puis on va finir là-dessus. Euh, le fait qu'on soit, vous l'avez dit à plusieurs reprises, qu'on soit dans la médecine de

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

famille est ce que dans le premier recours ça a changé des choses, le fait qu'on ait des enfants, des grands parents, qu'on ait une connaissance éventuelle de la structure familiale du fonctionnement est ce que vous avez identifié des situations ?
oui, Interne 2

Interne 2 : oui c'est compliqué parce que il y a autant les secrets donc on ne peut pas révéler

Dr A : oui le secret médical

Interne 2 : secret médical oui et puis aussi des histoires dont on entend parler par la tante qui raconte que untel a battu son fils et que après on a le patient devant soi et qu'on peut rien dire et que on sait pas si c'est vrai c'est compliqué même les voisins et

Rires

Dr A : est ce que dans certaines situations ça peut être une richesse est ce que tu as appris ?

Interne 2 : parfois oui souvent oui souvent oui

Dr A : c'est-à-dire par exemple ?

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 2 : ben souvent y a de connaître l'histoire familiale ça aide à amener certaines choses des fois de la prévention

Dr A : oui Interne 8

Interne 8 : j'avais un exemple là-dessus, sur un qui nous a aidé à faire un diagnostic pour un patient d'un certain âge euh on l'a revu quelques mois plus tard il avait eu un infarctus je trouvais que son comportement avait changé mais je me disais qu'il y avait quelque chose mais je ne trouvais pas précisément c'était quoi et en fait sa femme est venue nous parler et en fait elle nous a complètement orienté enfin de ce qu'elle nous a dit sans le savoir ça nous a orienté vers l'entrée dans une démence. Et donc ça va nous aider à ensuite à prendre en charge le patient mais elle aussi parce qu'elle elle souffre aussi de cette situation-là : c'est vrai que ça peut être une aide au diagnostic y a des situations justement à régler intra familiales, euh ça peut être aussi une aide.

Interne 2 : C'est une aide mais c'est parfois enfin nous nous c'est aussi une médecine familiale et aussi de quartiers et y a plein de ragots

Rires

Interne 2 : mais c'est vrai et tout le monde sait tout sur tout le monde donc en fait ah untel a été hospitalisé, ah bon et on sait avant les comptes rendus et en fait c'est hyper gênant parce qu'autant la famille peut révéler des petites choses mais alors le voisin

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : Il t'a demandé des nouvelles ?

Interne 2 : Et parfois y se battent et comme en fait le cabinet il est vraiment en rez-de-chaussée en vitrine en fait les gens y viennent même rien que pour parler avec la secrétaire et parfois ils se battent et untel alors j'tai entendu faire du bruit hein et ça c'est particulier

Dr A : Interne 3

Interne 3 : moi je trouve qu'il y a rien de pire pour le secret médical qu'une salle d'attente. Vous allez voir Mme Machin elle a une toux – merci ça c'est pour le diagnostic – c'est le côté un peu village et on a le pharmacien sur la même place celui qui fait la bonne analyse, la radio enfin donc du coup c'est ben ah j'ai vu ah là la ah bon d'accord la prochaine fois que j'la voie écoutez j'lui dirai c'est un peu

Interne 4 : moi c'que je trouve ce qui est pour moi le plus désagréable dans la médecine de famille c'est le côté mercantile de la fille qui débarque avec au fait ma mère elle est partie pour six mois j'sais pas où et puis elle avait pas eu le temps de renouveler son ordonnance est ce que vous pouvez profiter de la consultation pour lui refaire (sourires de plusieurs internes) et puis il me faudrait aussi ça pour ma fille et puis aussi le certificat de sport pour mon petit dernier parce demain il commence le machin et ben j' trouve ça insupportable pour le coup c'est vraiment le truc qui m'exaspère parce que parce que parce que c'est pas facile à gérer y comprennent pas pourquoi

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Dr A : on refuse

Interne 4 : et que du coup c'est pas des arguments scientifiques à balancer genre selon les recommandations j'n'ai pas le droit de vous faire l'ordonnance pour votre mère c'est compliqué du coup de se justifier de ce refus (acquiescements des internes) et d'ailleurs la plupart du temps on cède au moins en partie et par contre moi j'suis fâchée quand ça me dérange beaucoup beaucoup ouais

Interne 3 : et puis on trouve des parades, y sont venus en disant j'ai besoin, c'était la semaine dernière un monsieur qui est venu en fin de consultation voilà et puis il vient parce que son fils part le lendemain en classe de chez pas quoi et qu'il fallait donner l'autorisation à l'infirmière de l'école de donner du doliprane. J'ai jamais vu l'enfant moi lui ça faisait 10 ans qu'il était pas venu au cabinet j'lui dit mais j'ai ni le nom ni la date de naissance ni le poids, moi j'prescris rien du tout si j'ai pas l'enfant devant les yeux un minimum de quelque chose quoi pas donner l'autorisation à quelqu'un de donner un médicament sans avoir ne serait-ce que le poids de l'enfant, un carnet de santé un carnet de santé si là du coup ça aussi ça a pris du temps dire non je vous le ferais pas et j'lai pas fait et du coup pour le coup c'était non c'était non mais c'est vrai que je suis d'accord avec Interne 4 c'est toujours pff il faut puis si vous pouvez un peu rajouter du j'sais pas quoi pour j'sais pas qui

Dr A : du Dexeryl retour au Dexeryl

PREMIER FOCUS GROUP INTERNES S3

Interne 6 : Je voudrais juste revenir là-dessus euh après c'qu'on disait par rapport à la patientèle qu'on qui nous correspond aussi les patients quand tu vas t'installer tu veux pas négocier ça et ben j'pense

Interne 3 : Eh ben moi ils négocient plus le sirop, ils savent. Au fait, moi y a plus de sirop, c'est fini.

Dr A : est- ce que vous avez encore des choses à ajouter ? Ou pas ?

Je crois que la discussion a été très riche. Je vous remercie.

Focus Group des internes « novices »

Internes présents :

A. : 24 ans, 2^{ème} semestre, médecine interne Avicenne, DIU d'Acupuncture.

C. : 26 ans, médecine interne Juvisy.

B. : 26 ans, neurologie Val de Grace, médecine militaire, DIU médecine du sport.

J. : 26 ans, Gériatrie Paul Brousse, DESC de gériatrie.

En italique : les paroles du modérateur

-Donc justement pour vous, les cinq compétences. (Silence, Rires)

J: Premier recours.

- Ouais super.

J: Prévention.

-Oui. Sinon faites plus large. A défaut d'essayer de retrouver dans votre tête ces cinq compétences que l'on a du voir au moins une fois dans notre vie. En gros, dites nous pour vous quelles sont les compétences que devraient acquérir un futur médecin généraliste. Cela va peut-être être plus simple comme cela.

B: Social. Cela ne se limite pas à cinq j'ai envie de dire moi.

-Oui mais après ils ont été obligés de regrouper effectivement. Qu'est-ce que tu entends par social finalement ?

B : Bah l'entourage familial, les aides, la structure environnementale de la personne, savoir si elle est adaptée ou non à la personne, si elle peut continuer à recevoir de bons soins là où elle est, un bon suivi de ses médicaments, etc, dans ces conditions là.

-Ouais.

A : Après, il doit y avoir une compétence examen clinique et mise en place thérapeutique, une compétence médicale pure.

B : L'urgence.

A : Ce n'est pas le premier recours, ce n'est pas ça ?

-Moi je ne vous donnerai pas de réponse là, à la fin de la séance je vous dirai un petit peu ce qu'il en est, comment ça a été défini, tout en sachant que de toute manière il n'y a pas vraiment de mauvaise réponse. Justement c'est ce que l'on essaye de voir un petit peu. Donc urgence, quoi d'autre ?

C : Il y a un petit peu les âges, en fonction des âges extrêmes, enfin il faut avoir des compétences de la pédiatrie à la gériatrie, en médecine générale.

J : C'est la compétence relation médecin/malade.

-Oui.

A : S'il y a une compétence de premiers recours, il peut y avoir une compétence de spécialisation, spécialisation/diagnostic.

-D'autres choses qui vous viennent comme cela ? En fait, un super médecin, vous le définissez comment ?

A : Compétence après technique, au niveau de l'utilisation des examens d'imagerie, enfin de tout ce qui est paramédical et biologie.

C : C'est un réseau, le réseau de l'hôpital, savoir comment gérer, à quel moment adresser.

-Ouais.

C : Pouvoir recourir ...

J : Tu peux avoir une compétence formation continue. Je pense que ce n'est pas une compétence, mais la question est de savoir où trouver l'information quand tu ne sais pas.

-Oui.

B : Evaluation, les degrés d'urgence, la nécessité d'hospitaliser ou pas, la possibilité justement encore d'hospitaliser ou de rester à domicile.

-Oui. Bah ils sont pas mal vos futurs médecins.

B : Capacité d'organisation en ambulatoire et de ne pas envoyer aux urgences le moindre truc.

-Il y a d'autres choses qui vous viennent comme cela à l'esprit ou pas ?

A : Après il y a la compétence de la réalisation d'acte technique peut être, que ce soit, enfin cela rejoint peut être le premier recours, mais de geste d'immobilisation, acte technique rapide d'urgence.

-Ok. Alors on va reprendre, vous allez juste reprendre par oral, parce qu'on enregistre, vous allez juste me donner votre nom, on mettra les initiales ou je n'en sais rien on verra, votre âge, dans quel stage vous êtes, quel stage auparavant vous avez fait et si vous avez déjà une idée de ce que vous voulez faire plus tard, si vous avez envie de faire le DESC si vous avez envie de vous installer ou si vous n'en savez rien du tout. D'accord ? Alors un petit tour de table comme cela. Tu es le seul gars, tu vas commencer.

A : Alors je m'appelle A., je suis à l'Hôpital Avicennes en Médecine Interne et j'ai été avant à Beaujon aux urgences. Je fais ma formation médecine générale, à côté de cela je fais un DU d'acupuncture et j'ai envie de pratiquer en cabinet de ville, si possible avec d'autres praticiens et d'intégrer la

médecine chinoise à mes pratiques et peut être d'autres médecines, pour le moment je commence par cela.

-Ok et tu as quel âge ?

A : J'ai 24 ans.

-Et donc là tu es en T2.

A : C'est ça.

-Oui tu vas rentrer en T2.

C : C., j'ai 26, j'étais à un stage aux urgences à Robert Ballanger dans le 93 et là je suis en médecine interne à Juvisy dans le 91. Et plus tard, je ne sais pas exactement ce que j'aimerais faire, m'installer, mais j'aime aussi le fait de travailler en équipe, donc je ne sais pas exactement dans quel cadre, maison médicale..., où l'on est plusieurs.

-Ok.

B : Alors moi je suis B., j'ai 26 ans, je suis en neurologie au Val de Grâce, au semestre précédent j'étais en médecine interne-gastro au Val de Grâce. Donc plus tard, je ferai de la médecine militaire et après je ne sais pas, donc je verrai, parce que c'est un peu loin.

J : Moi je suis J., j'ai 26 ans, je suis en stage actuellement en gériatrie aiguë à l'hôpital Paul Brousse et j'ai fait un stage aux urgences de l'hôpital Antoine Béchère. Je serais assez intéressée pour faire un DESC de gériatrie. Voilà, donc pour l'instant je ne sais pas trop comment je veux exercer ou pas, mais ...

-On verra ?

J : Voilà.

-D'accord.

J : Ah si c'est nécessaire de le mentionner, j'ai fait un DU du sport, donc les maladies traumatiques liées au sport.

-Ah d'accord, tout à fait. Tu l'as fait quand du coup ?

J : Cette année.

-D'accord. Ok super. Vous pouvez me dire en deux mots ou plus, comment s'est passé les deux premiers semestres, si cela s'est bien passé, si cela a été l'horreur, si vous avez des choses à mentionner par rapport à cela.

A : Le premier semestre aux urgences, j'ai été assez pommé, je ne venais pas de Paris non plus, donc voilà. Beaucoup de changement d'un coup.

-Tu venais d'où sans indiscrétion ?

A : De Nice.

-D'accord.

A : Et au niveau de la formation, je me suis pas mal plaint, et en fait c'était autant le premier que le deuxième semestre, j'ai eu l'impression que j'avais très peu de cours. En général, les cours étaient baclés en deux/trois premières semaines de stage et après il fallait vraiment les réclamer pour avoir quelque chose. Donc très peu de pédagogie dans les services et surtout aux urgences, beaucoup de « débrouille toi ». Mais en l'espace d'un an, tout de même l'impression d'avoir acquis des compétences en tant qu'interne. J'ai oublié je pense 80 % de ce que j'ai appris pour l'internat et maintenant j'essaye de me servir au mieux de mes 20 % qui restent.

-D'accord, ok.

C : Bah les stages se sont bien passés. Moi, le premier stage, on a été très bien encadré aux urgences. On avait beaucoup de cours, ils essayaient toujours de prendre le temps de nous expliquer, la façon de prendre en charge, leur point de vue, même si ça pouvait diverger d'un praticien à l'autre, mais bon je trouve qu'ils étaient tout de même assez présents, toujours à l'écoute quoi, eux. Le stage où je suis maintenant, ça se passe bien aussi, il y a une bonne ambiance et tout. Après, je trouve qu'au niveau des cours, c'est pareil, il y en a qui le font plus pour dire qu'il y a des cours et cocher la case, avec..., voilà on a eu quelques cours au début, après ça c'est un petit peu, petit à petit estompé. Au début, ils demandaient à certains internes de faire des présentations et voilà, puis petit à petit c'est pareil, cela a été un peu aux oubliettes. Et après, peut être un petit peu déçue qu'en tant qu'externe on nous demande d'être très carré, qu'il y a des choses qui sont tout de même codifiées. Voilà. Les choses basiques je parle. Là où il y a des conférences de Consensus ou des choses comme ça, des recommandations puis le sentiment qu'une fois que l'on est dans la pratique, tout s'évanouit un petit peu et puis c'est bon bah une anémie, « bah tu fais tout, on verra bien ce qui en ressort, on ne va pas chercher ... ». Et quand nous on dit, « ah bon, on ne pourrait peut être pas commencer par ça, puis après on verra de quel type c'est », « oui mais non c'est bon tu fais tout, puis voilà ». Puis le lendemain, « ah mais vous prescrivez trop, vous devriez peut être ... » Donc voilà, un petit peu, pas toujours carré, un petit peu déçue de ce côté-là. Et voilà et sinon au niveau de la fac, un peu mitigée au niveau de la qualité des cours. Il y a certains cours qui sont très biens et où on a l'impression d'avoir vraiment appris et progressé en une heure, puis d'autres cours, où on a l'impression que l'on a passé deux heures et que c'était..., qu'il y avait beaucoup de discussion, mais voilà, peut être pas de synthèse, peut être pas de chose à la fin quoi.

A : Alors je ne suis jamais allé en cours à la fac non plus. Je n'ai jamais pu y aller.

-Je donnerais mon opinion après.

B : Moi mon premier semestre, ça a été assez difficile, j'ai fait trois mois gastro, trois mois médecine interne.

-Ouais.

B : Donc pareil, j'arrivais à Paris, loin de la famille.

-Tu es d'où ? De Bordeaux ?

B : De Bordeaux ouais. Mes chefs n'étaient jamais là, ils passaient leur vie au bloc, donc bon c'était..., les premières semaines c'était un petit peu difficile, parce qu'on ne savait pas se servir du logiciel pour prescrire, des trucs tout bête, je ne connaissais pas l'équivalent des médicaments différents que l'on a ou que l'on n'a pas sur l'hôpital par rapport à ceux que j'avais appris pour l'externat, donc voilà. Avec les infirmières, c'était hyper difficile, l'horreur. Après, avec les patients s'étaient intéressant, mais c'était essentiellement de l'oncologie, donc pour un médecin généraliste..., la chimiothérapie ... Voilà, surtout comme les chefs étaient absents. Finalement à part les grandes généralités, donc voilà ... J'ai beaucoup appris sur la relation médecin/malade, médecin/famille. Après, la médecine interne, c'était un peu plus carré, il y avait des cours, des cours de biblio une fois par semaine régulièrement, des topos à présenter aux externes toutes les semaines, limite un peu trop, on sortait rarement avant 20h30-21h. Donc voilà, mais bon finalement j'ai tout de même un bon souvenir. Et là, en neurologie c'est génial, c'est trop bien. Mes chefs sont supers, les infirmières sont supers, les patients sont trop gentils, donc euh, voilà. On n'a pas de cours vraiment consensuels ou autre, mais c'est vraiment sur le tas, mais ils expliquent bien, ils prennent le temps, on peut poser des questions, donc voilà.

-Bien. Mieux en tout cas.

B : Ah oui, ça change.

-Ok.

J : Donc moi, premier stage aux urgences, c'était plutôt pas mal. Les cours, on n'avait pas beaucoup de cours mais on avait un staff une fois par semaine où on présentait des dossiers, ça dépendait des chefs clairement, mais on a appris pas mal de choses, pas mal de réflexes. Il y avait quand même des procédures qui étaient assez codifiées dans le service donc globalement c'était plutôt bien. Donc après, mon stage en gériatrie, donc bah je savais déjà que ça me plaisait, mais j'avais une chef très bien, très carrée, qui nous a appris beaucoup de choses. Par contre, pas du tout... les cours prévus, jamais faits. Je pense que sur les 16 cours que l'on devait avoir, on en a eu 5. Périodes de vacances, de changements dans l'hôpital qui peuvent expliquer mais voilà. Après sur la fac, ce qu'ils nous demandent, je trouve cela très déconnecté de ce que l'on vit à l'hôpital. Cela reste pour moi les RSCA, traces d'apprentissage... j'ai l'impression d'apprendre énormément en stage, de faire beaucoup de choses auprès du patient, etc. Et ce qu'ils me demandent de faire, je ne comprends pas très bien à ce que ça doit aboutir. Je ne sais pas, parler aux médecins qui nous ont encadré dans les stages, de mettre une appréciation, de dire, de leur demander les compétences que l'on a acquises, me paraît bien plus important que d'aller écrire que j'ai tapé tel acte sur internet et que j'ai ressorti les deux ou trois recommandations d'HAS. Cela est mon point de vue personnel.

-Partagé ou pas ?

B : Ah oui complètement.

C : Bah il y a des choses bien et des choses pas bien, mais ...

B : Après, je n'ai pas eu le temps enfin voilà..., à des stages, le problème c'est que cela prend du temps, c'est toujours compliqué de pouvoir aller en cours, que souvent on est des internes du même semestre, de la même fac, on ne peut pas tous s'absenter en même temps. Alors, le fait d'avoir rendu les cours non obligatoires, c'est beaucoup de liberté pour nous mais en même temps, c'est

difficile pour y aller, enfin... Je ne peux pas donner un avis sur les cours et je pense que c'est vrai, enfin moi, la médecine générale par rapport à ... Bah je ne sais pas vraiment encore ce que c'est, enfin ... Parce que je pense que la formation à la fac, ils essayent de nous dire seulement, mettez vous dans la peau d'un médecin généraliste, mais en même temps à l'hôpital, on ne peut pas, ou en tout cas, ce que les médecins nous apprennent, ce n'est pas sous cet angle là qui l'abordent, donc ...

-Donc tu attends le stage chez le prat. Non ?

B : (hésitation) Oui.

-Pour voir ce que c'est ?

B : Après j'ai tout de même une petite idée parce que mon père est médecin...

-D'accord, maintenant, est-ce que vous pouvez me raconter des situations complexes que vous avez rencontrées...

(Silence)

A : En fait de ce qui me rapproche de la médecine générale, de la relation médecin/malade et pas tellement sur des points médicaux, enfin compétences médicales de cours. Là, le dernier que j'ai fait ça a été un patient de médecine interne qui était jeune, qui venait pour une fièvre au long cours inexplicée et qui avait juste eu une aphtose. Et puis, quelques signes d'infection génito-urinaire, qui avait des difficultés avec sa nana depuis deux/trois ans pour avoir des enfants. Finalement, on lui a diagnostiqué une maladie rare, une maladie de Kikushi, mais qui passe un peu à la trappe, mais c'était passé ...

-Ouais.

-La principale chose mais par contre il avait une affection à Chlamydiae qui aurait pu déclencher cette maladie rare. Et surtout, moi j'ai eu des difficultés, pour savoir comment me comporter vis-à-vis de lui, parce que c'était un gars qui avait à peu près mon âge, qu'il était devant des difficultés du coup relationnelles au niveau de sa sexualité avec sa nana, que tous les jours il était là à me regarder en me disant est-ce que ça peut être un lymphome, un cancer, un truc comme ça, parce qu'il y avait un peu ce spectre là qui trainait. Et il est resté deux semaines, il est rentré une semaine chez lui, et il est revenu encore trois semaines dans notre service. Et sur l'espace de cinq semaines, on a un petit peu merdouillé au long cours en lui faisant des milliards d'exams, qui ne servaient pas à grand chose, et la principale chose qui a été le traitement antibiotique puis ensuite le traitement corticoïde, on a vraiment tardé à les mettre, le traitement antibiotique, ça a un petit peu cafouillé, donc on ne l'a même pas bien conduit et avec sa compagne pareil, elle n'a pas reçu sa dose en gros, puisque c'était une infection génitale.

- Oui.

A : Donc, au final, je me suis rendu compte à la fin de la prise en charge que j'avais été à côté de la plaque et ça m'a fait pas mal réfléchir sur moi, comment prendre en charge un patient de ma tranche d'âge, qui est en situation de difficulté, et comment faire dans une situation où je n'arrivais plus trop à voir où était l'essentiel, on était à la course à la maladie rare et ça devenait vraiment de la médecine interne et plus du tout de la médecine générale justement. Voilà.

- Et ça, ça t'a permis alors, parce qu'on va être très compétence, quelles sont les compétences que tu as pu illustrer justement en prenant en charge ce patient là, dis nous ton RSCA.

-A : Alors il y a la compétence je dirais d'empathie, et disons que c'est une compétence qu'il y ait vraiment dialogue, à l'établissement d'un dialogue, une relation médecin/patient et médecin/famille.

-Ouais.

A : Parce qu'il y avait sa compagne qui était en jeu. Qui soit basé sur de la confiance et aussi sur une présence au quotidien, parce qu'il y a eu une période où je me suis rendu compte que je n'avais plus très envie de rentrer dans sa chambre à ce patient, que je n'avais rien à lui dire en dehors qu'on avait toujours pas les résultats et que je sentais que c'était très anxiogène pour lui, que je n'avais plus vraiment envie de passer du temps dans sa chambre. Et puis, il y a eu un moment de bascule où à nouveau j'ai réussi à m'investir et où ça s'est très bien passé.

-Cela correspond au moment où vous avez fait le diagnostic ou pas ?

-A : Non, c'était avant. C'était plus au moment où il a eu son aphtose qui a un peu flambé et où on est passé sous du traitement un peu symptomatique, et où en même temps j'arrivais à soulager une douleur, à lui expliquer des choses rationnelles pour lui et où donc il y a un dialogue qui s'est réinstauré sur du concret. Et comme autre compétence... Je dirais une compétence de synthèse de l'état du patient et de ne pas rester le nez dans le guidon, sur le fait qu'il a une fièvre, qu'est-ce que ça peut être et de développer des arcs diagnostics à l'infini, mais de revenir à l'essentiel, ok il a une fièvre mais qu'est-ce qui le gêne vraiment, c'est qu'il a des problèmes dans sa sexualité, qu'il a une inquiétude sur le fait de pouvoir être stérile ou pas. Et cette infection génitale, dont on avait le diagnostic au bout de même pas une semaine et qu'on a laissé trainé, parce qu'on ne voulait pas biaiser les trucs en mettant des antibiotiques.

-Ah d'accord, c'est pour cela que vous n'avez pas mis tout de suite.

A : Ouais.

-D'accord. Est-ce que vous avez une autre situation ?

C : Bah moi j'en ai une, bah, un peu récente. Je n'ai pas fait RSCA mais voilà.

-Ce n'est pas grave.

C : Un patient relativement jeune, enfin qui avait une soixantaine d'années, pas une personne en situation gériatrique, qui est arrivé en très mauvais état général et c'est un monsieur qui ne voulait pas se faire soigner. Il voulait rentrer chez lui et c'est sa famille qui l'avait fait hospitaliser. La famille était très demandeuse, « mais qu'est-ce qu'il a ? Vous avez fait les examens ? ». Et lui, lorsqu'on l'envoyait faire les examens, il les refusait. Donc, on le remontait dans le service et on disait qu'il a refusé et « oui mais faut lui faire, c'est à vous de lui faire, il faut ... », c'était assez insistant. Le monsieur était vraiment très cachectique, il n'était pas bien, on soupçonnait tout de même un cancer quelque part, peut être ORL étant donné son terrain alcoolo-tabagique on va dire et le fait qu'il avait du mal à manger, il décrivait peut être une dysphagie, enfin ce n'était pas très, voilà. Et en fait, pendant que j'étais de garde, j'ai été appelé parce qu'il était moins bien, il avait un peu désaturé mais avec de l'oxygène et tout ça, c'est remonté. Il avait des petites tensions de base qui étaient

toujours un peu basses, donc on continuait à l'hydrater. Donc là, il s'était stabilisé, j'ai demandé aux infirmières de surveiller régulièrement et tout ça et elles m'ont rappelé en fin de nuit en me disant « bah il est décédé ». Donc, un petit peu mal, je suis peut être passée à côté de quelque chose, je n'ai peut être pas vu la détresse là qu'il y avait et surtout, je n'avais pas fait ce que je fais toujours, c'est-à-dire, appeler la famille en disant il va moins bien, parce que comme j'avais l'impression que c'était reparti et qu'il était revenu a son état de base, on n'avait pas appelé, même les infirmières n'avaient pas pensé, alors que par habitude elles le font quand même souvent, parce que comme c'est des patients qu'on s'attend à ce qu'ils aillent mal, on a le numéro tout prêt, on sait qu'il faut les prévenir, on en a déjà parlé à la famille. Alors que là, ça faisait trois jours qu'il était là, on était encore dans qu'est-ce qu'il a, la recherche de sa pathologie, et que là, on est un peu passé à côté. Et du coup la famille après est revenue, il a fallu leur expliquer, et ils nous ont dit « mais pourquoi vous n'avez pas dit qu'il allait moins bien » et il y a eu tout un travail avec eux, et puis voilà, après c'est vrai qu'il y avait toute la question mais pourquoi le généraliste, enfin la famille demandait mais pourquoi son médecin généraliste, alors qu'il voyait, il ne l'avait pas hospitalisé avant, parce qu'il y avait un peu la question mais il a été hospitalisé alors qu'il était déjà condamné quoi. Et donc, c'est vrai que l'on a pas mal discuté, sur le fait que et bah est-ce que l'on doit prendre en compte la demande de ce patient qui voulait en finir, est-ce qu'il voulait en finir parce justement cette pathologie était tellement avancée et qu'il souffrait tellement que peut être il voulait que ça s'arrête. Est-ce que l'on doit prendre en compte la demande de la famille, qui était justement de faire faire tous les examens, de l'obliger, de l'endormir s'il le faut puis de lui faire faire sa fibro et tout ça. Alors que c'était un peu difficile, alors on disait on va essayer, on va réessayer, on ne peut pas le forcer. De cet aspect là, la relation avec la famille, pas mal aussi à gérer, avec le patient qui était opposant à gérer. Puis la question un peu, à quel moment le médecin généraliste doit ... Enfin voilà, forcer quelqu'un à être hospitalisé, faire hospitaliser quelqu'un. En fait, il avait réussi à le faire car le patient était tellement fatigué, je pense qu'il n'a pas eu la force de s'opposer au fait qu'une ambulance vienne et l'emmène et il y avait tout ce travail là de dire à quel moment on peut forcer quelqu'un à être hospitalisé, à ne plus prendre en compte sa demande et puis bon bah aussi de ... Bon voilà ça c'est un petit peu particulier, mais quand est-ce que l'on appelle la famille pour dire qu'il va moins bien, sachant qu'en arrivant il allait moins bien, qu'est-ce que l'on peut dire à la famille, parce qu'on ne voulait pas être alarmiste avant d'avoir le diagnostic mais en même temps on ne pouvait pas être alarmiste en disant bah c'est très grave mais on ne s'est pas pourquoi c'est grave, mais c'est très grave. Enfin, c'était un peu, enfin voilà, il y avait pas mal de choses de ce point de vue là, peut être plus au niveau relationnel qu'au niveau du réseau justement, entre la famille, l'hôpital...

-Et tu regrettes de ne pas les avoir appelé ou... ?

C : Je regrette un peu ouais, a posteriori mais bon après voilà, c'est ce que tout le monde a dit, a posteriori, c'est sûr que... Même les infirmières sont un peu tombées des nues, elles sont passées plusieurs fois dans la nuit, régulièrement et il a toujours été stable, enfin on a toutes les constantes et puis à un moment, après on ne peut pas anticiper ce genre de chose. Bon et après il y a eu aussi tout le travail avec la famille aussi, d'expliquer, puis le patient ne voulait pas vraiment voir sa femme et ses enfants, il les repoussait aussi un peu, donc, on n'a pas trop envie de dire à une famille, « ah bah non il n'a pas demandé après vous », alors qu'il est décédé, c'est un peu ...

- Délicat quand même.

C : Ouais voilà.

-Ok. Vous avez d'autres situations ?

J : Des comme cela, plein.

-Plein ! Et bien on t'écoute.

J : Moi j'ai reçu un patient qui m'a été adressé par les urgences pour une suspicion de pneumopathie d'inhalation, un patient qui était déjà venu plusieurs fois pour être hospitalisé, qui était bien connu du service, qui avait un syndrome parkinsonien, qui faisait des fausses routes etc... Sa femme en fait avait appelé les urgences parce qu'il respirait moins bien, le jour où il est arrivé... Et donc il nous est adressé et finalement, à première vue je me dis, est-ce que c'est plus un problème de maintien à domicile difficile, que le médecin traitant a priori était parti en vacances donc bon voilà, finalement il finit par chauffer donc on l'on traite sa pneumopathie d'inhalation. Et en rencontrant la famille, on comprend qu'il a une femme, qui est l'épouse et l'aidant principal, qui n'est pas très bien non plus, qu'ils ont une aide à domicile, mais pas suffisamment pour leur état de dépendance, qu'ils sont en conflits avec leur fille, qu'ils avaient déjà refusé l'hospitalisation en maison de retraite. Puis, je ne savais pas très bien quoi faire de ce patient, est-ce que je pouvais le renvoyer à la maison en sachant que le régime mixé n'était pas respecté, qu'il n'était tout de même pas en forme, qu'il avait besoin de kiné, de choses comme cela... J'ai eu le médecin traitant qui pour lui, tout se passait bien.

-Il n'était pas en vacances ?

J : Lorsqu'il est revenu. Donc lorsqu'il est revenu, il appelle dans le service pour prendre des nouvelles et il me dit « oui, oui, ça tient à domicile ».

-Cela dépend comment ça tient !

J : Oui voilà. Et puis du coup cela prend un petit peu de temps, la femme était handicapée, ne se déplaçant qu'en fauteuil roulant, difficile de la convoquer pour pouvoir faire le point.

A : Accrochée derrière... (rires)

J : C'était une situation sociale aussi un peu complexe, heureusement on a une assistante sociale qui est très présente avec nous, avec qui ont fait des entretiens médecin/assistante sociale/famille, qui nous permettent justement Finalement donc la femme comptait venir par l'aide à domicile et dit « oui, oui, je veux qu'il rentre ». Par derrière, l'aide à domicile a dit « oui je suis prête à venir plus pour faire les repas » etc. Donc on s'est dit, on a une chance de le faire rentrer. Puis l'aide à domicile a dit cela avec la femme, puis par derrière elle nous dit, « de toute façon, elle lui donne à manger ce qu'elle veut, elle le gave de gâteaux toute la journée alors qu'il ne peut pas avaler ». On fait d'accord. La femme dit « on devait regarder les comptes avec l'aide à domicile », mais c'est aussi compliqué les histoires de comptes gérés par l'aide à domicile, parce que l'on voit beaucoup de choses. Et puis finalement, la femme n'a jamais voulu montrer ses comptes, la fille ne voulait pas vraiment s'en mêler, on s'est retrouvé un peu coincé socialement. Enfin, c'était complexe parce que d'un point de vue médical, c'était plutôt simple mais il y avait beaucoup de choses à faire d'un point de vue de médecine générale, parce que c'était un patient qui faisait des chutes, donc si on regardait toutes les chutes, c'était un patient qui avait tout le côté bilan de chute forcément, il n'avait pas les bonnes

chaussures, il n'avait pas les choses adaptées. Ce sont des choses qui à mon sens, peuvent être détectées par le médecin généraliste et qui peut être vigilant. Et puis, il y avait tout le côté nutritionnel, enfin, il était dénutri, etc. Et c'est aussi quelque chose, je pense que le médecin généraliste peut être un peu vigilant, à prendre le poids régulièrement, faire des dosages d'albumine. Donc voilà pourquoi je me suis assez intéressée à ce patient là, et donc finalement la solution qu'on a trouvée, c'est de le mettre en rééducation le temps que l'on avance le problème social, qui est de mettre une sauvegarde de justice, parce qu'on ne savait pas très bien ce que faisait l'aide à domicile et puis demander l'aide sociale pour éventuellement un remplacement. Mais ce qui était difficile, c'est que l'on n'avait pas les moyens non plus d'aller à domicile, enfin voilà, d'essayer d'arranger la situation, alors que visiblement ce patient était triste d'être hospitalisé et il avait envie d'être à la maison mais en même temps, d'un point de vue médical, si on le renvoie à la maison, ce n'est pas forcément bon pour lui. Mais jusqu'où je dois écouter mon patient et jusqu'où je dois me battre pour essayer d'apporter la meilleure solution pour lui, si finalement il a envie de rester vivre à la maison et de revenir aux urgences...

-Ou être en permanence à l'hôpital.

J : Voilà, moi ce que je lui propose c'est d'aller en rééducation, en même temps cela me rassure car je sais que s'il se passe le moindre problème, j'aurais fait mon job clairement, mais en même temps, je lui apporte quoi comme confort de vie, que d'être loin de sa femme.

-Et est-ce que tu as essayé de faire prendre conscience au médecin traitant un petit peu la situation ou pas ?

J : Bah c'était compliqué, parce que je l'ai eu vraiment à la fin de l'hospitalisation, on devait prendre une décision, et donc comme cela faisait déjà trois semaines qu'il était chez nous et à un moment, on a aussi la pression de raccourcir la DMS, et donc il y avait des discours discordant entre la femme, la fille, l'aide à domicile et le médecin traitant. Donc effectivement, la situation pour moi c'était de trancher en disant que de toute façon le problème ne peut pas être résolu rapidement, il a besoin que l'on fasse un point social sur son ... Donc effectivement, j'ai un peu botté en touche mais voilà, à la fin de l'hospitalisation, je n'étais pas vraiment... j'avais, je pense, fait ce qu'il fallait faire mais je n'avais pas vraiment réglé le problème.

-En même temps, je ne sais pas si on aurait pu le résoudre plus rapidement.

J : Non bien entendu, mais c'est le côté ma prise en charge s'arrêtait là. C'est le côté j'avais fait une prise en charge, on peut toujours discuter, mais après je n'ai plus de suivi c'est ça qui est ...

-La prise en charge à côté.

J : Voilà.

-Après il faut passer la main. Ok. Tu en as une ou pas ?

B : Oui.

-Super.

B : C'est un patient, donc c'est lorsque j'étais en gastro. Donc c'est un patient qui nous a été adressé par Cochin je crois pour la suite d'une prise en charge d'une pancréatite aigüe. Donc bon, on prend, il sortait de réa, c'était une pancréatite aigüe grave, il n'y avait plus de place à Cochin, donc bon on le prend parce qu'on a de la place, mais en soit, ça n'intéressait pas franchement, le diagnostic était fait, le traitement était fait, on faisait la continuité donc ça n'intéressait pas grand monde. Alors voilà, il a fait sa pancréatite aigüe alcoolique, c'est un alcoolo-tabagique, il est un peu même beaucoup en précarité sociale, il doit avoir une cinquantaine d'années, au chômage, alcoolo-tabagique, c'était un peu incurique, enfin bon voilà. Donc il arrive dans le service, les chefs disent « bon c'est bien on le met dans une chambre, on vérifie puis on attend gentiment ». Les infirmières au Val, on a tout de même une population un peu particulière, donc le patient incurique, nia nia nia, elles ne voulaient pas trop y aller, enfin voilà et « en plus il risque de faire son delirium tremens, tu comprends, est-ce que la nuit tu prévois de l'attacher », mais bon pour l'instant il est bien, c'est un peu compliqué et donc il y avait tout cela. Donc sur un plan médical, lorsque l'on parle avec le patient on se rend compte que ce n'est pas du tout sa première pancréatite alcoolique, la première, il l'a fait à 35 ans, qu'à cette époque il était marié, il avait ses enfants, bon il aimait bien boire, peut être un peu plus que la norme mais peut être pas de quoi faire sa pancréatite aigüe. Il ne parlait pas beaucoup, il ne voulait pas trop parler, puis il avait eu l'ablation de la naso-gastrique etc... Donc c'était un petit peu difficile, et en insistant un petit peu, « oui j'ai été hospitalisé aussi mais je ne sais plus pourquoi, dans tel hôpital mais enfin bon ». En fait, il avait fait à peu près, environ six pancréatites aigües. Il n'avait pas de médecin traitant. Donc voilà, ça c'est le premier plan sur lequel je reviendrai. Donc après, ce patient commençait à aller mieux, il tenait bien le sevrage en alcool, il recommençait à manger, il commençait à prendre un peu soin de lui et tout, parce qu'on avait contacté une psychologue pour qu'elle vienne le voir. On était tout de même quelques uns à essayer de le motiver, de lui faire comprendre qu'il fallait qu'il trouve un médecin traitant, à essayer de le remotiver sur un point de vue personnel, en plus c'était l'approche de Noël, donc justement à Noël, il a eu le droit à sa petite bouteille de Champagne, qu'il y avait sur tous les... On lui a donné, comme cela, sans réfléchir, sans se dire qu'il était sous AOTAL, qu'il y a deux jours tout le monde criait au delirium tremens, voilà, on ne voulait pas le voir ni rien, mais ce soir là, on lui a donné sans problème sa bouteille de Champagne, qu'il n'a pas bu. Donc on était très fière de lui, parce qu'il l'a eu quand même toute la nuit devant lui, tout seul, le soir de Noël.

-C'était un test.

-Bah ouais mais en même temps ça aussi, le lendemain, enfin moi j'étais d'astreinte le 26, donc on lui a dit « bah c'est bien et tout », donc on l'a remotivé. Et puis, il y a le moment où ce patient devait sortir, donc premièrement, finalement personne ne s'était vraiment penché sur le fait du pourquoi ce patient faisait des pancréatites aigües, à chaque fois c'était alcoolique et en fait, il avait une hyperparathyroïdie primitive. Voilà. Donc bon c'est sûr l'alcool devait aider un peu mais pas que. Donc déjà on a mis en place un traitement, on lui a expliqué.

-Donc du coup, vous vous en êtes aperçu comment ?

-Il avait une petite hypercalcémie, pas grand chose et voilà. On lui a fait passer la scintigraphie et donc voilà, on a eu son hyperparathyroïdie.

-Bonne pioche.

-Ouais bonne pioche. On était assez content tout de même, déjà lui ça l'a déculpabilisé, il était content, c'était vraiment bien. Et après, il y a eu le moment où il devait sortir et on s'est dit mais qu'est-ce qu'il va devenir, il n'a pas de travail, il est arrivé en fin de droit au niveau social. Apparemment son appart c'était, enfin comme j'avais eu, puisqu'il était complètement en isolement familial, on avait réussi à avoir un de ses copains qu'on avait appelé « ah oui oui, bah ça faisait longtemps que je n'ai pas eu de ses nouvelles », enfin c'est un copain de bar quoi. Donc je lui ai passé « ah bah oui, ça fait six semaines que je suis à l'hôpital, personne ne s'en inquiète, personne ne m'a appelé », enfin c'était un peu triste. Et avec l'assistante sociale, on a mis en place tout un réseau, on l'a obligé à prendre un médecin traitant, à qui on a écrit des lettres en lui expliquant la situation, on l'a adressé à un centre médico-social avec des consultations psy, des groupes de paroles, mais bon le patient était motivé, on ne l'a pas obligé. Et donc il est sorti et l'assistante sociale avait contacté aussi le pôle emploi, elle avait essayé de le réinsérer dans tout et ça avait été une bonne prise en charge. Finalement, il est sorti et je ne sais pas ce qu'il est devenu et ça m'ennuie un peu, parce que j'espère que ça a porté ses fruits. Mais si cela se trouve, il a refait une pancréatite aiguë, il repicole, et il n'a même plus de maison, je ne sais pas. C'était un peu complexe, parce qu'il y avait autant sur le plan médical que social, et puis même la prise en charge médicale à l'hôpital dès le départ, aussi bien avec l'équipe médicale et paramédicale, c'était délicat. Puis finalement, c'était assez intéressant.

G : Vous avez fait plein de choses.

B : Ouais, mais franchement cela avait pris du temps. Parce que appeler les centres médico-sociaux proches de son quartier, arriver à avoir quelqu'un et tout, faut se motiver.

J : Ouais, il n'y a que l'interne pour faire cela.

B : Ouais. Mais l'assistante sociale et la psy étaient assez motivées, surtout la psy et c'était bien, enfin la psychologue, et donc elle m'avait pas mal aidé.

G : Et donc les compétences qui ont été mises en avant, sont ?

B : Et bien l'organisation d'un réseau de soins, je pense qu'il y avait un petit peu de compétences médicales pour l'hyperparathyroïdie etc.

G : C'est-à-dire compétences médicales, techniques ?

B : Connaissances théoriques et enfin application des ... relations médecin/malade, parce que finalement, j'allais souvent le voir, parce que je savais que personne n'allait le voir, enfin on prend ta prise de sang et encore c'était vraiment ça quoi.

G : Ouais.

B : Elles tiraient au sort pour savoir qui allait aller dans la chambre qui pue le plus, enfin c'était vraiment moyen quoi.

A : C'est bien parce que si elles étaient transférées à Bobigny et puis qu'elles fassent un stage intensif.

B : Non mais elles seraient traumatisées enfin, surtout dans ce service là, dans d'autres services ça va mieux, mais.

C : Mais vous avez que des militaires.

B : Non on n'a pas que ça, parfois on a quand même, non non absolument pas, ça doit représenter environ 30 % de notre activité les militaires, après on n'est quand même dans le 5^{ème}, puis à Cochin aussi, et puis les gens pensent toujours que le Val de Grâce c'est pour les militaires etc. Ils n'osent pas trop venir. Il y a un recrutement, on ne prend pas les CMU, je crois que l'on est à moitié obligé d'avoir une complémentaire etc., on ne prend pas les étrangers, enfin c'est quand même assez particulier, ou on les prend sous certaines conditions. Ce qui fait que l'on a une certaine population, on a des gens de classe moyenne etc., mais des vrais ..., comme vous vous pouvez avoir, mais on n'a pas de vrai service d'urgence. Au niveau du recrutement aussi, on n'a pas les pompiers, le SAMU, qui nous apportent ...

C : qui nous déposent...

B : Ouais voilà, des ..., donc au niveau du recrutement surtout en fait. Oui donc voilà, c'est vrai que parfois c'est un peu biaisé.

G : Ok. Donc nous, on va reparler un petit peu de la compétence de premier recours et vous allez essayer de la définir. De mettre dans un sac un peu, tout ce qui vous vient à l'esprit, pour définir la compétence de premier recours, à quoi ça correspond pour vous ?

A : C'est ce qui permet de prendre un patient en charge dès la ville en fait, avant de passer par les soins hospitaliers. Eventuellement dans un contexte d'urgence avec des moyens, disons un plateau technique limité, en se basant plus sur l'interrogatoire, l'examen clinique.

G : Ouais.

C : C'est vrai que moi au début je l'avais un petit peu associé à « urgence ». En fait, dans le sens où c'est là où le patient va se diriger en premier, lorsqu'il est confronté à une difficulté, à une douleur, à une plainte, qui est-ce qu'il va aller voir en premier, c'est vrai que ça va être le médecin de famille, si jamais c'est dans des heures normales, les urgences si jamais c'est la nuit ou le week-end peut être et à ce moment là, ça va être bah qu'est-ce que l'on fait en premier devant cette douleur ou devant cette plainte on va dire, qu'est-ce qu'on fait en premier. Donc ça va être justement la clinique, le débrouillage pour essayer un petit peu de trouver une étiologie, ça peut être la prise en charge thérapeutique, voilà, juste les antalgiques, donner quelques choses pour le soulager, ou pour rendre le patient plus confortable.

A : Je pense que c'est aussi une prise de médicament en urgence, style Aspirine, en cas d'infarct, des choses comme cela. Evaluer déjà le degré d'urgence chez moi.

G : Oui.

A : Evaluer la gravité.

C : Pour après orienter correctement, soit si c'est quelque chose de grave vers une hospitalisation ou justement vers un autre spécialiste ou si ça ne relève pas du tout de la médecine, plutôt quelque chose de psychologique, enfin d'essayer dévaluer la gravité, le type de plainte, les orienter.

J : La psychologie, c'est tout de même un peu de la médecine.

C : Oui, mais non, d'adresser aussi peut être en fonction...

G : On différencie en fonction.

C : De ses compétences.

G : Ouais. D'accord, quoi d'autres ? Vous avez dit déjà pas mal de choses.

A : En premier recours, il y a aussi la notion d'accessibilité aux soins, que ça soit tout ce qui est PMI, les choses comme cela, c'est aussi justement en fonction du niveau socio-économique, à quel recours, les gens voilà peuvent espérer obtenir selon leurs difficultés, parce qu'il y a des centres de soins gratuits. Est-ce qu'il y a des conseils faciles à obtenir sur le plan médical, au niveau de la prévention même.

G : Ok.

J : Enfin pour moi c'est assez vaste, premier recours, tu le définis, tu décris à peu près la compétence du médecin généraliste, c'est hyper global. Bah effectivement le médecin généraliste c'est le premier contact médical que peut avoir le patient pour n'importe quelle demande, ça peut être des demandes parfois qui n'ont rien avoir avec du médical.

G : *Par exemple ?*

J : Ça peut être des demandes sociales, mais c'est le médecin généraliste qui est là et qui doit trouver la réponse. Donc, je trouve que l'on peut voir plein de choses derrière le premier recours et je trouve cela assez vaste. Alors effectivement, cela peut être savoir stratifier le degré d'urgence et orienter ton patient, ça peut être aussi juste savoir l'écouter et l'orienter vers l'assistante sociale du secteur, ou....

G : *Ouais, et à contrario, le deuxième recours cela correspondrait à quoi alors ?*

A : Au niveau libéral, ça serait l'adresser aux spécialistes et au niveau hospitalier, ça serait l'hospitalisation après les urgences.

G : Ouais.

A : C'est-à-dire le moment où il y a une prise en charge et pas un retour à domicile direct.

C : Même l'envoyer faire une prise de sang dans un laboratoire, ou une radio, enfin des choses de base, mais déjà..., on est déjà dans une autre....

A : Par exemple la prise en charge d'un patient diabétique chez son médecin généraliste, ça reste du premier recours s'il a des prises de sang régulières, parce qu'il ne va pas voir un diabétologue derrière, c'est juste son contrôle.

G : *Et en dehors ... Parce que toi tu disais, le premier recours à juste titre, certainement ça développe plein de choses, est-ce qu'un médecin généraliste a d'autres options que faire du premier recours ? Vous comprenez la question ?*

C : Et bien peut être, ce qu'ils veulent dire par du premier recours c'est ..., ça enlève tout ce qui est suivi de pathologie chronique ou que ce soit de la prévention.

G : Oui.

C : On peut dire, enfin je le comprends comme cela, que pour eux le premier recours c'est ...

G : C'est à part ces choses là.

C : C'est à part de tout ce qui peut être prévention ou suivi régulier du patient.

G : D'accord. Ok. Et est-ce que justement vous avez déjà été confronté à une situation de premier recours au cours de vos deux précédents stages ? Et si oui, est-ce que vous pouvez nous la raconter ?

J : Dans le cadre de la médecine générale ou quelque chose de ...

G : Le premier recours, vous, vous l'avez défini comme une compétence de médecin généraliste, du coup...

A : Bah j'ai un contre exemple qui me vient, je me demande si c'est du premier recours.

G : Ouais.

A : Parce que c'était en médecine interne, ce n'était justement pas aux urgences.

G : Oui.

A : Donc c'était déjà une hospitalisation. C'était une jeune femme qui était pakistanaise, qui était passée très rapidement aux urgences où il avait dit ok découverte de diabète inaugurale, c'est une patiente qui ne parle pas français, qui était en France depuis moins de trois mois, donc qui n'avait pas d'AME, qui était complètement repliée sur elle-même et qui n'essayait pas du tout de dialoguer, qui ne connaissait personne à part plus ou moins une famille d'accueil qui est passée trois fois durant l'hospitalisation. Et il y avait effectivement ce diabète qui était découvert, et on n'arrivait pas à lui expliquer sa maladie, donc il n'y avait pas d'éducation thérapeutique qui..., voilà, donc ceci est le début d'une prise en charge qui est un premier recours dans une découverte. Et puis, qui après a fait de grosses complications, qui a fait une infection rénale, et qui a été néphrectomisée en urgence puisqu'elle faisait la pyélo sur obstacle et qu'on ne l'avait pas du tout vue. Enfin elle se plaignait de petites douleurs, mais elle est restée complètement prostrée et on s'en est rendu compte, enfin ça ça a flambé en l'espace de deux jours, quand on s'en est rendu compte il fallait la néphrectomiser donc voilà. Et du coup, ça a été comme si les urgences se transposaient dans notre service.

G : Dans votre service oui. D'accord. Tu considères que ceci est un élément de premier recours ?

A : Premier recours parce que rien n'avait été fait, elle n'avait aucune prise en charge médicale, elle n'avait pas de médecin traitant, pas d'assistante sociale, aucune couverture de santé, aucun moyen de dialogue établi, il a fallu faire appel après à des traducteurs, enfin à des interprètes. Voilà.

G : D'accord.

J : Nous en ce moment on fait des gardes d'intérieur de l'hôpital, où quand on est le premier appelé, dès que les infirmières découvrent quelque chose mais là c'était un petit peu particulier. Moi j'étais appelée, c'était un patient de soins palliatifs, qui venait de décéder dans l'après midi, un patient jeune, d'une vingtaine d'années, et donc j'ai été appelée, parce que la mère de ce patient qui était

toujours dans ce service, ne se sentait pas bien, c'était pas quelqu'un d'hospitalisé mais l'on se doit d'y aller, là je suis arrivée sur..., je crois qu'il y avait 40-45 personnes, une famille antillaise je crois, qui était réunie dans une grande salle, c'était le coin des soins palliatifs. Ils étaient en train de boire un peu de rhum, il y avait des accras de morue, enfin ils étaient en train de partager un moment fort, puisqu'ils étaient tout de même très proches, parce qu'il y avait la femme. Et du coup, ils m'appellent parce qu'il y avait l'équipe médicale infirmière qui n'arrivait pas à répondre à cette demande de cette femme, qui en fait ne se rendait pas compte que son fils était mort et moi j'arrive. Et c'est vrai qu'au début, je lui ai dit, bah moi je ne peux rien faire, déjà il y a plein de personnes, bon il est mort. J'ai essayé déjà de la mettre dans une autre salle, pour essayer de discuter un petit peu avec elle mais il y avait toujours six personnes, il était évident que je n'arrivais jamais...

G : C'est déjà mieux.

J : C'était déjà un petit peu plus au calme, effectivement, c'était impossible de ..., de lui expliquer, je n'avais jamais vu le patient, de lui dire bah il est mort, c'est comme cela, parce qu'elle pensait qu'il était encore parti pour une cure de chimiothérapie et elle voulait aller le retrouver dans l'hôpital à côté, où il partait. Je ne savais pas trop quoi faire. En même temps, je devais aussi répondre à cette demande de l'équipe qui était complètement, voilà elles ne savaient pas quoi faire, et puis la famille et tout ça, tout le monde était en civil et moi j'étais là avec ma blouse blanche, je ne savais pas trop ... Je finis tout simplement par appeler un psychiatre de garde, j'ai tout de même demandé son avis, si ça avait un quelconque intérêt qu'à cette dame je lui prescrive un petit anxiolytique ou quelque chose comme cela. Il a dit que de toute façon il n'y avait rien à faire. Je parlais à la famille et puis elle a été entourée, c'était une patiente très entourée, je me suis vraiment assurée qu'elle ne serait pas seule ce soir, et que voilà. Et le psychiatre m'a expliqué que ça faisait partie des mécanismes de défense et d'acceptation du décès, que c'était un processus naturel, qu'il ne fallait surtout pas forcer les choses, même donner quoi que ce soit pour Mais une des filles qui était infirmière avait déjà donné un comprimé d'Atarax que cela n'avait pas grand intérêt d'aller au-delà. Enfin voilà, vraiment j'ai eu l'impression d'être un peu..., c'était plus premier recours, même si l'on est souvent premier recours aux urgences ou comme cela, lorsque l'on est appelé devant une fièvre ou quoi que se soit. Mais c'était une situation assez intéressante. Et après, j'ai eu un retour de l'équipe qui a trouvé que cela c'était bien passé.

G : Et avec le recul, est-ce que tu aurais fait autrement ? Maintenant que tu es un petit peu, enfin peut être pas à distance, enfin je ne sais pas quand est-ce que c'était, mais en tout cas ça y est, cette histoire là est passée. Est-ce que tu aurais fait autrement ou finalement non ?

J : Je ne pense pas, mais voilà, peut être que je n'aurais pas du appeler le psychiatre de garde mais en même temps c'est vrai que je n'ai pas beaucoup d'expérience et que ...

G : Pourquoi tu dis que « je n'aurais peut être pas dû appeler le psychiatre de garde » ?

J : Parce qu'il ne m'a rien dit de plus, c'est peut être juste de la réassurance personnelle, peut être aussi par rapport à l'équipe ça les rassurait aussi. Parce que l'équipe infirmière, on dit merci d'être passée parce qu'il y a plein de médecins qui ne passent pas parce que ce n'est pas un patient hospitalisé dans l'hôpital même. C'était quelque part apporter une vraie réponse, parce que pour moi dire on ne fait rien, j'avais l'impression de ne pas avoir forcément apporté la réponse adéquate.

Et en fait si, simplement de se rendre compte d'être passée, d'avoir écouté cette demande, ça suffisait et pas forcément une sanction thérapeutique ou autre chose.

G : Original ça tout de même, 45 personnes.

J : Comme quoi ?

G : 45 personnes à gérer en même temps ...

J : Non pas en même temps ...

G : Juste une mais lorsque tu arrives dans une salle plein de personnes.

J : 45, non je grossis, objectivement.

G : Ils n'étaient pas deux quoi.

J : Je les ai compté, ils étaient trente. Juste à la fin, j'ai dit au revoir à dix personnes, mais ...

G : Ok. Est-ce qu'il y a une autre situation de premier recours qui vous vient à l'esprit.

B : Oui, mais je ne sais pas si c'est vraiment cela, mais en tout cas c'est quelque chose qui à mon avis, enfin moi je le vois puisque je suis en neuro, on a quelques glioblastomes, même pas mal...

G : Oui.

B : Ca va quand même assez rapidement, en tout cas sur le diagnostic, ça va très vite. Et une fois j'étais de garde et il y a une patiente qui se présente avec son époux, qui était ancien chef de service de rhumato. Donc déjà, on met les choses à plat. Et donc, elle se plaint de céphalées et elle avait vu justement une de mes chefs deux jours avant pour ses céphalées, qui lui fait « merci au revoir, ne vous inquiétez pas ». Et les céphalées, effectivement, ça la réveillait un peu tous les matins, vers la même heure, vers 3h du mat et après elle n'en avait plus de la journée. Ça allait très bien, ça durait quelques secondes, c'était vraiment ... Et le mari me dit, ancien chef de service, « oui je voudrais qu'elle ait une IRM quand même, enfin bon ». Je ne trouvais pas ..., l'examen clinique était strictement normal, donc finalement, je me sentais un petit peu obligée de le faire, d'avoir l'IRM. Je négociais avec le radiologue, gentiment, c'est la femme d'un chef de service. Donc, on fait l'IRM tranquillement en se disant que l'on ne va rien trouver, et puis là, énorme glioblastome. Donc voilà, là c'était peu parlant, mais par exemple moi je vois souvent des patients qui arrivent pour dysarthrie, ils vont voir le médecin traitant, tout de suite IRM et là ils ont un glioblastome, ils sont hospitalisés et c'est tout de même un peu du premier recours. Mais ça, ça m'avait marqué, parce que là, je me suis retrouvée avec le mari, qui était compétent tout de même et qui voulait voir les images. Donc voilà, on était là avec la radiologue, il a tout de suite compris, il a dit « c'est bon c'est un glio ou c'est un lymphome, donc elle n'en a plus pour longtemps », et elle est arrivée sur ses deux jambes, la veille pendant la journée, elle avait travaillé, elle était bien habillée et tout, enfin bon. On la monte en neuro, déjà elle commence à dire « oui je sais que je suis malade ». On commence à lui faire une annonce le lendemain matin et là, elle s'est enfoncée, elle a saigné et elle est morte en deux jours. Et c'était affreux, on avait la famille à gérer, la patiente, on a expliqué, elle a commencé à se mettre en globe, donc je suis aller la voir en lui disant qu'on allait la sonder, alors « ça y est, je suis foutue », enfin bon on le savait parce qu'elle était en train de saigner, c'était très compliqué à faire en fait, il

n'y avait pas franchement de prise en charge médicament..., enfin si on a mis un peu la morphine parce qu'elle commençait à avoir mal, l'Hypno. Enfin là, ça devenait très... Mais c'était sur le cours terme, la prise en charge de la famille, du mari, sur quelque chose que l'on avait vu deux jours auparavant, on avait dit « non, non c'est bon, rentrez à la maison, ce n'est pas trop inquiétant, enfin ce n'est pas inquiétant du tout même ».

G : il y a eu des difficultés par rapport à ça ? Par rapport à la famille ?

B : Non pas du tout, son fils était très content de la prise en charge, ils nous ont remerciés. Je pense que, lui il a compris qu'effectivement ..., et même moi, il m'a dit « écoutez, je sais qu'il n'y a rien mais quand même, je la sens bizarre, je ne le sens pas, je me dis qu'il y a peut être un truc, je sais que ... ». Même sa demande, il savait que c'était peut être exagéré, alors est-ce qu'il sentait quelque chose ? En tout cas ... Non par contre, il n'y a pas eu de problème après avec. .. L'enterrement a eu lieu sur l'hôpital. C'était super sympa, le lendemain j'avais des patients qui les connaissaient et qui voulaient des perms pour pouvoir aller à la cérémonie en me demandant si je les connaissais.

G : Ah mais c'est le service de rhumatologie de l'hôpital du Val de Grâce ?

B : D'un ancien chef de service du Val.

G : Ah du Val de Grâce. D'accord.

B : Ou Percy, je ne sais plus, parce qu'il n'y a plus de rhumato maintenant ici.

G : Oui enfin bon.

B : Donc c'était compliqué, mais c'était surtout sur le fait de la prise en charge immédiate, de l'annonce diagnostique, voilà, des gens à qui on avait refusé finalement, mais c'était plus pour vous raconter « l'anecdote ». Mais mine de rien, vraiment l'annonce rapide à des gens qui savent très bien de quoi on parle et qui à 21h on ne peut pas cacher grand-chose, même si l'on aimerait bien essayer de tamiser un peu.

J : Tu étais de garde en fait ?

B : Oui.

J : Elle est venue aux urgences ?

B : Ils sont venus aux urgences.

J : Du Val de Grâce ?

B : Ouais. Enfin il aurait pu appeler dans l'après midi, c'est parce qu'ils étaient occupés et autres, elle aurait eu son IRM pareil, voilà...

J : Parce qu'elle était venue déjà deux jours aux urgences avant ?

B : Ouais. Non non, en consultation voir une de mes chefs.

J : D'accord.

B : En fait, il l'avait appelée en lui disant « est-ce que tu peux la prendre ». Elle avait dit oui et elle avait dit qu'il n'y avait rien. Mais le soir, il ne la sentait pas, parce que je ne sais pas, il avait un pressentiment. Elle n'avait pas mal à la tête ni rien lorsqu'elle est venue, elle n'avait pas eu mal de la journée, sauf le matin, à 3h du matin, comme tous les jours.

J : Comme d'habitude.

B : Voilà, comme depuis trois semaines.

J : Donc en gros, ils sont venus pour avoir l'IRM dans la soirée, parce que ...

B : Oui une IRM de faveur un peu.

J : Parce qu'il ne pouvait..., pour l'avoir tout de suite quoi.

B : Oui, une IRM de courtoisie.

A : Juste par curiosité, pris en charge plus tôt, c'est-à-dire à quelques jours au début des douleurs, ça aurait changé quelque chose ou pas ?

B : Non non non. Enfin, lorsqu'elle l'a vu deux jours avant, ça n'aurait probablement rien changé.

A : Ok.

B : Parce qu'une chimio en urgence ça aurait ..., au pire ...

J : Ca ne marche pas.

B : Ouais, non, ça n'aurait pas été ...

J : C'était un lymphome ?

B : En plus, on n'aurait jamais mis une chimio aussi rapidement, même si la masse était énorme, ça aurait quand même... C'est un glioblastome.

G : *Un myoblastome ?*

B : Un glioblastome.

G : *Un glioblastome.*

B : On aurait probablement fait, vu qu'elle n'était pas symptomatique, on n'aurait pas mis les corticoïdes ni rien, de toute façon, les corticoïdes ça fait saigner, donc elle aurait saigné à la limite encore plus vite si jamais elle était symptomatique. Donc non, ça n'aurait rien changé au ...

J : Tu fais de la radiothérapie.

C : Ca dépend de l'évolution.

B : Ouais, mais rapidement comme cela, ça n'aurait rien fait du tout. On ne l'aurait pas fait non plus. Enfin ceci dit, je crois qu'exactement elle a mis trois jours à mourir. Elle est rentrée le jeudi, le vendredi c'est ça, elle est morte le dimanche matin et on avait appelé la pharmacie pour avoir une

chimiothérapie d'urgence parce qu'elle s'enfonçait le samedi. Donc le vendredi soir, on avait la chimio pour lui administrer le samedi matin. Mais c'était vraiment au cas où, si jamais, mais c'était un peu perdu. On le savait enfin.

J : Plus par rapport à la famille aussi, pour tenter quelque chose.

B : Oui mais aussi c'était très particulier, parce qu'il connaît tous mes chefs, il connaissait tous mes chefs et tout. Le service était dans un état second. Parce que la dame en plus, elle était adorable, elle était jeune, bon un peu comme tous, mais voilà. Et puis, le mari, il était quand même très gentil. Il y avait les enfants. Et les chefs étaient tous présents, c'était un ancien chef, forcément c'était un ami pour la plupart ou une bonne connaissance donc ...

J : Ce n'était pas facile.

B : Ouais, alors le lundi matin, lorsque je suis rentrée, c'était moyen quoi. Mais voilà.

C : En parlant premier recours, enfin, je trouve que c'est assez subjectif en fait. C'est-à-dire, que par exemple, lorsque l'on est aux urgences, on a l'impression parfois d'être un peu le premier recours des gens, pour quelque chose, puisqu'ils viennent aux urgences. Donc, on se dit bah s'ils viennent, c'est que c'est quelque chose d'aigüe, quelque chose de soudain, d'un coup il y a un problème. Alors que souvent, c'est parfois des choses qui traînent, on en voit de plus en plus j'ai l'impression, des choses qui sont prises en charge par un autre médecin, mais nous on est le premier recours de notre point de vue, on est la première personne, parce qu'on ne sait pas ce qui s'est passé avant, parce qu'on ne sait pas... Enfin voilà. Alors que pour le patient, ça s'inscrit peut être dans une continuité peut être de demander un autre avis pour autre chose. Ou alors, au contraire, le patient a l'impression que c'est un épisode, qu'il y a quelque chose qui ne va pas maintenant alors qu'on se dit bah non, « vous avez déjà eu une fibro, vous avez déjà eu des examens ». Et là, il fait « bah oui, mais j'ai mal maintenant ». Là, c'est aussi du premier recours pour lui, parce que c'est aussi maintenant qu'il a mal, à 3h du matin, c'est maintenant qu'il veut qu'on le prenne en charge et tout. Alors que nous, lorsqu'il nous raconte son histoire, on dit bah justement que non ce n'est pas de l'urgence, que ce n'est pas du premier recours « bah parce que vous avez déjà fait des examens, vous avez déjà un traitement de fond ». C'est vrai que c'est ... Premier recours, ça reste encore quelque chose..., chacun le voit de son point de vue à lui.

J : Le patient et le médecin.

C : Voilà et que je pense qu'aux urgences, on a tous vécu la situation, bah ce n'est pas de l'urgence quoi. Bah ce n'est pas maintenant que l'on peut gérer cela, alors que pour le patient c'est quelque chose que l'on doit s'occuper maintenant. C'est quelque chose qui arrive tout de suite, c'est maintenant qu'il faut s'en occuper, ça peut être grave. Et que nous, avec notre recul et nos connaissances, on se dit bah non, ça pouvait attendre demain, ça peut même attendre la semaine prochaine. Voilà, ce n'est pas quelque chose qui nécessitait justement de vouloir voir quelqu'un, enfin voilà.

-J : Tout de suite.

C : Même si après, ça aurait été du premier recours pour le généraliste qu'il voyait tranquillement, puisque ça aurait été une première consultation. Mais c'est vrai que c'est un petit peu difficile.

B : Mais le premier recours, enfin nous de ce que l'on voit à l'hôpital, c'est tout de même difficile ..., on peut appeler cela du premier recours, mais on met dans ..., on hospitalise et on a tout sur place tout de suite. Ce n'est pas du tout la même chose que le médecin généraliste en ville, qui va devoir organiser des choses. Moi, j'ai un patient qui était venu avec sa femme, son épouse, ils avaient 80 ans tous les deux, et c'étaient deux anciens médecins, retraités depuis une vingtaine d'années, mais qui pensaient..., qui étaient toujours médecins. Donc, c'est sa femme qui lui prescrivait ses médicaments, il était hypertendu, diabétique, insuffisant cardiaque. Il avait été hospitalisé deux ans auparavant pour une petite décompensation cardiaque et donc depuis deux ans, elle remettait exactement les mêmes traitements. Elle avait encore son ordonnancier. Alors voilà, elle ne savait pas ce qu'elle mettait mais elle le mettait, c'était clairement ça. Déjà, ça avait été très difficile, parce que j'avais dit « mais c'est qui le médecin traitant ? Qui est-ce qui vous prescrit ça ? ». Et voilà, ils sont arrivés avec un bilan et avec une clairance à 9.

G : Ils sont arrivés où ? Aux urgences ?

B : Ouais, aux urgences. Enfin nous, on appelle ça médecin de garde mais oui aux urgences.

G : D'accord.

B : Avec une clairance à 9 et elle, elle est inquiète parce qu'il y avait une hyperleucocytose à 11, enfin ... Je vois finalement, « mais qui est-ce qui vous a demandé ce bilan ? Pourquoi vous l'avez fait ? », « mais c'est moi qui a demandé ce bilan », « non mais quel est le médecin ? ». Alors déjà j'ai mis du temps à percuter que c'était elle qui lui prescrivait et j'ai dit « mais pourquoi vous lui avez prescrit ? », « parce qu'au début il n'avait pas de maladie, je lui ai prescrit parce que tous les ans je fais un bilan à mon mari ». Alors, elle avait le bilan de l'année dernière où il avait une clairance à 16, donc voilà. « Mais le diabète, il l'a depuis quand ? Il est suivi ? », « oui, oui, c'est moi qui le suit, vous voyez je lui ai prescrit ça ». Alors il avait des ADO, enfin parfait, et donc voilà, finalement je l'ai fait hospitaliser et il est allé se faire dialyser le lendemain matin, on a hésité à le faire dans la nuit et puis il a eu toute la prise en charge. Mais un médecin traitant qui se ..., enfin c'est intéressant pour un médecin traitant, enfin, il l'aurait hospitalisé pareil, mais ou un peu avant, s'il l'avait vu une ou deux années avant, il aurait pu vraiment faire le premier recours avec la mise en place d'un suivi néphrologique, enfin..., ça aurait pu être intéressant. Mais là vraisemblablement ... Voilà.

G : Elle est venue à quelle heure du coup avec son bilan ?

B : Ah oui, ça aussi c'était marrant, ils sont venus à 1h du matin. Alors je lui dis, « mais le bilan, vous l'avez eu à quelle heure ? » et elle me fait, « non c'est un labo spécial, on l'a fait tard dans la soirée », « et pourquoi vous l'avez fait tard dans la soirée ? », « parce que je voulais absolument que se soit aujourd'hui, parce que c'est régulier, on le fait vraiment tous les ans à la même date et j'avais oublié ». C'était vraiment un rituel, sans trop comprendre pourquoi. Et je lui fais « le bilan dans la soirée, là il est une heure du mat, vous êtes peut être partie de chez vous à minuit, vous l'avez eu à quelle heure ? ». Elle me dit que c'était le labo qui l'avait faxé à 23h30. Alors bon. Elle m'énervait un petit peu. J'ai évité de batailler. J'ai essayé de lui dire qu'il fallait qu'elle arrête de prescrire, enfin bon ... Voilà.

G : Quel âge tu as dis ? 80 ans ?

B : Oui ils avaient à peu près 80 ans, oui c'est ça, ça faisait à peu près vingt ans qu'ils étaient à la retraite. Je ne sais pas du tout comment ils peuvent encore prescrire. Je ne savais pas du tout qu'on pouvait avoir encore un ordonnancier.

G : Enfin bon, ça dépend si tu as fait du stock.

B : Ouais mais il y avait un tampon.

J : Oui mais avec la carte de médecin, toute ta vie tu peux retirer des médicaments à la pharmacie.

B : Ouais mais il y avait une ordonnance avec son tampon.

J : Ah oui en plus.

B : Avec le nom...

J : Tu gardes, si elle l'avait toujours gardé, tu sais que cela peut te servir pour te faire une ordonnance.

B : Ouais.

C : Il faut être prévoyant lorsque tu es à la retraite.

G : Oui mais comme quoi il ne faut...

B : Ouais mais ça j'en ai souvent, je ne sais pas pour vous, mais ..., des papinoux et maminoux qui se font leurs prescriptions.

J : Non, moi j'ai plutôt des fois des ordonnances, un peu ..

B : Ah oui celle de l'année dernière, de l'année d'avant et tout en même temps.

J : Un peu à rallonge. Ouais, ou j'ai eu un patient, le traitement a été arrêté puis repris on ne sait pas pourquoi. Parce qu'il change de médecin tout le temps, donc forcément le suivi est difficile.

G : Est-ce que vous avez fait un stage d'urgence en tant qu'externe ?

J : Oui.

C : Oui.

G : Et toi ?

A : J'ai fait réa, je n'ai pas fait urgences, j'avais mes gardes aux urgences

G : Et est-ce que vous avez l'impression, puisque c'est plutôt aux urgences que l'on voit la compétence de premier recours, dans un stage classique hospitalier, que votre vision du premier recours elle a changé ou pas ?

A : D'externe à interne ?

G : Ouais. Je sais, c'est des questions vachement faciles, ce n'est pas moi qui les ai pondues.

A : C'est juste qu'il y a tellement une différence de responsabilité dans la prise en charge, que ça change par rapport à ça.

G : *Ouais.*

A : Je sais que lorsque j'étais externe, les gardes des urgences, je disais « bah je vais voir qui ? », « va dans tel box ». Je faisais l'ECG et je suturais et j'étais tout content et puis après, j'attendais que l'interne ou le chef m'expliquent un petit peu ce qui se passait et puis je comprenais plus ou moins les choses. Donc c'était vraiment de l'apprentissage.

G : Oui.

A : Alors qu'en tant qu'interne, je me sentais en première ligne et j'avais comme objectif, c'est ce qui c'est passé, d'être de moins en moins dépendant d'un chef et donc à la fin, juste je leur présentais les patients, mais je prenais de A à Z en charge le patient. Je demandais s'il y avait besoin d'un avis sur un spécialiste, j'orientais et juste je faisais valider ça par le sénior et voir s'il avait quelque chose à y redire. Donc oui, un gros changement.

J : Le principal changement, c'est lorsque tu es externe, tu vois le patient, tu ébauches une conduite à tenir mais finalement tu ne dis rien au patient, tu vas toujours voir ton chef et c'est le chef qui va expliquer au patient. Toi, tu lui dis mais voilà, je suis qu'un petit étudiant, tu l'examines et tu présentes le bilan de ton examen clinique mais tu ne dis pas, tu ne prescribes pas, tu ne dis pas au patient « il se passe ça, ça, ça », parce que tu n'as pas ...

G : *Tu ne sais pas.*

J : Enfin, ce n'est pas du tout déjà la même relation médecin/patient et tu ne prends aucune décision, que se soit médicament ou prescrire ou dire « vous pouvez rentrer chez vous ». Tu ne le fais jamais, tu ne vois que la moitié de ton premier ..., la moitié de la compétence je pense.

C : C'est vrai que comme on disait en tant qu'externe, on te choisit ou tu choisis un peu tes patients, c'est vrai que l'on en voit moins, on est moins souvent en stage, enfin par rapport aux internes, et donc souvent on va nous dire, « bah voit ça, c'est intéressant peut être », pour que l'on voit quelque chose d'un peu carré, un peu simple, voilà. « Ah bah ça, tu vas voir c'est une décompensation cardiaque, comme ça, il y a ça ». C'est vrai que c'est plus dans un but d'apprentissage alors qu'en tant qu'interne, il faut tous les voir et ça peut aller de ce qui est très grave et il faut aller vite, être un petit peu plus dans le stress de bien faire, de bien penser à tout, de ne rien avoir oublié de la thérapeutique du bilan, de l'examiner en même temps, de dire aux infirmières, « bah voilà... » et aussi à la fois, il faut aller voir bah le SDF qui pue, que personne ne veut voir et qui faut bien examiner. Et à l'externe, on va peut être lui dire, « bah non écoute, n'y vas pas, ce n'est peut être pas très intéressant ». Mais nous, il faut qu'on y aille et qu'on se face notre ... enfin voilà, qu'on se face notre propre avis sur la situation, de dire justement est-ce que c'est intéressant ou pas, est-ce qu'il y a un problème médical ou pas, parce que le tri qui est fait par les infirmières, en fonction des urgences, il y a souvent un tri on va dire, et bah c'est à nous de nous remettre en question, à nous de direenfin voilà. Alors que c'est vrai qu'en tant qu'externe, ils ne ciblent ni les rouges, ni les verts du fond, c'est un petit peu, ils nous mettent ceux du milieu, où ils savent qu'il y a un petit quelque chose et que l'on va pouvoir apprendre.

G : Oui.

C : Et puis souvent, on est en stage moins longtemps, enfin on est en stage le matin. Voilà. Finalement, tu n'as pas le résultat des examens, tu n'as pas la suite de la prise en charge, est-ce qu'il est sorti, est-ce qu'il est resté, est-ce qu'il est hospitalisé. Lorsque tu es interne, tu as un vrai suivi, parce que déjà ...

A : Et puis la compétence de prescription aussi qui est un grand pas à acquérir entre externe et interne, puisqu'on ne manie pas du tout les médicaments et les posologies en tant qu'externe alors que c'est un petit peu le truc de l'internat. Alors vas y, cherche dans le Vidal quoi.

C : Et puis c'est dangereux.

G : Est-ce que vous avez d'autres choses à dire sur le premier recours ?

J : On a tout dit.

G : C'est pas mal.

C : Bah moi, je trouve que c'est l'un des trucs les plus durs le premier recours, enfin dans les compétences que l'on a à acquérir. Enfin moi, je trouve que l'on fait tous nos stages dans des trucs spécialisés, où en fait il y a déjà quelqu'un qui a dit, « lui, il est malade et lui, il a besoin d'être hospitalisé » et qu'au final, en tant que généraliste, on doit être celui qui dit que lui, il est malade et doit être hospitalisé. Et voilà, cette compétence là, on nous ne l'enseigne pas tellement, on nous enseigne des maladies, mais pas voilà... Il y a des détresses, mais ensuite je trouve que c'est l'une des choses les plus dures de faire la part des choses entre telle personne qui nécessite justement d'aller peut être à un deuxième recours ou justement on a été le premier recours et il suffit, justement cette personne peut rentrer chez elle.

G : Oui.

C : On n'est pas très bien formé, enfin, dans la formation, on n'intègre pas trop ça je trouve.

J : Bah je pense aussi que la vision du premier recours dans son cabinet n'est pas la même. Ne serait-ce que lorsque tu vois un patient lors de garde, un bilan ça ne coûte rien, tu as le résultat une heure et demie après, un scanner c'est assez facilement obtenu aux urgences, mais lorsque tu es tout seul dans ton cabinet, tu dois savoir si justement tu demandes un examen complémentaire ou pas, dans quel délai. Dans le premier recours, tu as un facteur temps que tu dois intégrer dans ta décision et dans ta prise en charge thérapeutique, qu'on n'a pas du tout même aux urgences. Parce que même si aux urgences, tu n'es pas sûr de toi, tu l'hospitalises aux lits-portes, il sera revu demain par un autre médecin, tu es tranquille, puis voilà. Dans ton cabinet, à la fin tu dois conclure et il ne sera pas revu, et tu es tout seul et ...

C. acquiesce.

J : Non mais c'est vrai.

B : Assurer le suivi aussi dans les premiers recours.

G : Ouais.

B : On le voit, parce qu'en fait nos gardes, sont très particulières. On n'a pas d'infirmière la nuit, on est tout seul, il n'y a pas toujours un radiologue et les patients viennent. Là, j'étais de garde cette nuit et c'était génial encore. Et on est tout seul.

G : Il y a un chef ?

B : Pardon ?

J : Il y a un chef avec toi ?

B : Alors il y a un chef, mais par exemple, parfois c'est le biologiste, donc bon c'est un peu ..., parfois ils ne veulent pas se lever ni rien, donc on est vraiment seul. Des fois on a des bons chefs et tout et c'est vraiment très particulier. Et c'est vrai que c'est un peu ça. On a des gens qui viennent, qui nous montrent leur truc et on est vraiment tout seul. On a un pauvre petit box pour les examiner, enfin deux box et la salle d'attente qui est parfois pleine et là il faut faire le tri, les voir. Et par exemple la nuit, on n'a pas systématiquement..., enfin pour avoir un bilan c'est compliqué, avoir l'imagerie c'est compliqué, et il y a des gens à qui on dit « bah non, vous revenez, on va faire une lettre au médecin traitant, vous ne revenez pas même, on fait une lettre au médecin traitant », on les laisse sortir.

J : Vous ne revenez pas.

B : Non mais voilà, lorsque l'on hospitalise par exemple on n'a pas de lit ...

G : Pour garder les gens.

B : Ouais voilà, pour garder les gens. Moi cette nuit, il y en a une que j'ai hospitalisée, parce que je ne la sentais pas trop, qu'elle était toute seule etc, que je pense qu'elle n'avait rien, et en même temps je ne pouvais pas la faire partir, donc je l'ai hospitalisée alors que si on avait eu un lit-porte ça aurait été parfait. Mais bon. Et donc, c'est tout de même compliqué, parce que parfois honnêtement, il y en a que je me dis, j'ai bien envie de les hospitaliser, mais bon on n'a pas toujours de la place, il ne faut pas non plus le faire par abus, sinon on se fait taper le lendemain matin par les chefs qui se sont récupérés le patient. Et il faut savoir les renvoyer, leur dire non, leur expliquer la conduite à tenir, écrire la lettre au médecin traitant, et c'est tout de même intéressant finalement, on ne fait pas de vraies urg..., enfin si on fait de vraies urgences parfois, mais dans l'ensemble ça n'a rien avoir avec un SAU et c'est un peu dommage, mais après on fait un peu de ça et c'est pas mal.

J : C'est un peu une maison médicale de garde ?

B : Ouais sauf que parfois tu vois, on a des AVC et des OAP qui arrivent en même temps à côté de la grippe et tu es là, bon ... C'est particulier.

J : C'est un peu ce que j'imagine en tant que médecin généraliste, tu es...

B : Ouai mais c'est ça, on est vraiment ...

J : Le vaccin et après tu vois...

B : On a tout de même la possibilité d'avoir une imagerie si on en a vraiment besoin et ce n'est pas tout à fait non plus la même chose et le bilan, s'il le faut, mais voilà...

J : Du coup, c'est toi qui fais le bilan ?

B : Parfois oui, parce que s'il faut les monter dans les services et tout, ça fait perdre du temps, parfois ouais, je pique, je ne le fais pas souvent, parce que je ne suis pas fan, je ne suis pas très forte.

A : Sur le premier recours, il y a aussi la notion d'être un peu tout le temps en alerte, pour justement faire le distinguo entre le grave et le bénin.

B : Voilà.

A : Et qui peuvent se ressembler.

B : C'est ça.

A : Surtout lorsque l'on n'est pas sûr du deuxième recours derrière.

B : Mais ouais, une fois j'ai eu un problème, parce que la patiente n'avait pas spécialement tenu à ce que j'écrive une lettre au médecin traitant, en disant je n'avais pas marqué. Je lui avais donc dit de reconsulter à 48h mais je n'avais pas marqué puisqu'elle n'avait pas voulu sa lettre, et donc ça c'est un petit peu compliqué par la suite, un peu loin mais voilà. Et donc maintenant, je fais tout le temps mes lettres et tout au médecin traitant. Et c'est vrai que lorsque les gens viennent, on se rend compte qu'ils ne savent pas ce qu'ils ont ni rien, et je trouve cela hyper-important et dans le premier recours, je trouve ça important si on hospitalise, enfin quoique l'on face même, de bien expliquer ce que l'on a vu, ce qu'on envisage etc., et surtout en ambulatoire, ce que l'on dit au patient, parce que franchement ils ne comprennent rien, enfin les gens, on a beau leur expliquer, il y a quand même la plupart qui ne comprennent pas, et ça vraiment, la lettre au médecin traitant, c'est très important, ou au spécialiste ou qui vous voulez. Pour vraiment assurer le suivi.

G : Cadrer un peu les choses.

B : Voilà, je leur dis « bon, vous avez cette lettre, si vous allez voir un médecin, vous leur donnez ». Voilà, je ne sais pas ce qu'ils en font, pareil.

C : Eux, ils comprendront.

B : Oui mais voilà, vous voyez bien que vous voyez des patients qui ont des traitements, ça fait dix ans qui les ont « je ne sais pas ce que j'ai, j'ai été hospitalisé un an, je ne sais pas pourquoi ».

J : C'est sur que l'on ne peut pas travailler sans le médecin, enfin l'hôpital, enfin nous en gériatrie, on ne peut pas travailler sans le médecin traitant. Si on n'a pas appelé au moins une fois le médecin traitant au cours de l'hospitalisation, pour voir les antécédents, les traitements, un peu plus d'info, on n'a pas vraiment fait notre travail. Voilà, c'est lui qui le suit, c'est lui qui le reverra après et même s'il n'est pas d'accord forcément avec notre prise en charge, c'est son droit, mais c'est sûr que la plupart des patients, ils ne savent pas quel traitement ils prennent.

G : Ouais. On va s'arrêter là.

DEUXIEME FOCUS GROUPE DU 28 AVRIL 2011

Participants : Internes de 1^{er} semestre

Animateur : Dr AUBIN-AUGER Isabelle

Observateur : PERROT Laure

Tour de Table

Dr A : Je vais vous demander de vous présenter succinctement, et de me dire comment, donc a priori vous êtes tous en premier semestre d'internat de médecine générale, donc que vous me disiez un petit peu tous, comment se passe votre stage. D'accord, Interne 17 tu veux bien commencer ?

Interne 17 : ok Interne 17 : 25 ans, là je suis aux urgences d'Argenteuil, médecine générale et mon stage se passe bien, c'est fini,

Dr A : oui, oui bientôt

Interne 17 : enfin au niveau de la fatigue mais voilà

Dr A : globalement, plutôt satisfait

Interne 17 : oui énormément appris donc

Dr A : d'accord

Interne 16 : moi, je suis en, pareil, en premier semestre aux urgences de Mantes la Jolie euh mon stage se passe très bien aussi, je suis aussi contente d'arriver à la fin et de reprendre un rythme un peu plus régulier quand même

Dr A : la difficulté c'est par rapport au rythme

Interne 16 : c'est le rythme : garde, repos de garde, garde, repos de garde,

Dr A : d'accord c'est difficile

Interne 16 : oui

Interne 15 : Interne 15 donc 27 ans, aux urgences à Delafontaine à Saint Denis, alors moi il se passe super bien mon stage et moi j'adore le rythme

Rires

Interne 15 : pas du tout contente de terminer, et sinon ça va être difficile d'enchaîner avec un stage normal entre guillemets je pense, donc voilà, très très contente de mon stage, j'ai pas envie de partir

Dr A : d'accord

Interne 14 : donc moi je suis en stage en médecine interne, en fait c'est un pôle qui on passe dans trois services en maladies infectieuses, médecine interne, neurologie et diabétologie ,et pareil j'étais très content de mon stage même si ça été un peu difficile de de faire trois fois deux mois, parce qu'on a à peine commencé à s'adapter que déjà on est à nouveau en train de rencontrer une nouvelle équipe, des nouvelles façons de travailler, des nouvelles maladies et mais je suis quand même très satisfait déjà de l'accueil de la disponibilité des autres médecins euh et puis parce que parce que finalement ça c'est bien passé

Dr A : d'accord, alors parce que finalement c'est parce que tu avais des appréhensions

Interne 14 : oui parce que forcément au début on a peur et puis finalement on se rend compte qu'on est capable

Dr A : donc plus d'appréhension par rapport à ses capacités

Interne 14 : voilà

Interne 13 : oui premier semestre, 34 ans, je suis en stage en pédiatrie à Montfermeil et plutôt contente de mon stage,

Dr A : globalement, tu dirais, il reste une semaine même pas plutôt deux jours

Interne 13 : j'espère que le prochain sera aussi bien enfin formateur quoi

Interne 12 : moi je suis aussi aux urgences et au SAMU à Poissy et c'est pareil je suis plutôt content pour parler sur quoi porte le sujet aujourd'hui, mais si c'est le rythme j'suis plutôt comme Interne 15 je préfère un rythme comme ça plutôt que d'aller tous les jours en stage

Dr A : d'accord ça te convenait bien

Interne 12 : oui le rythme et puis la diversité aussi de ce qu'on voit

Dr A : plutôt favorable d'accord

Interne 11 : je suis en médecine interne où y a un tiers de rhumato, et deux tiers d'aval des urgences et euh c'est intéressant : dans un centre de périphérie à Meaux. C'est un stage que je recommande vivement qui est assez agréable, bien encadré et des horaires assez sympathiques (sourires des autres internes)

Dr A : oui

Interne 10 : donc moi Interne 10 premier semestre interne médecine générale, médecine interne à Coulommiers médecine interne A. Euh très satisfait au niveau de l'ambiance, pathologie on voit de tout, des choses aussi bien courantes que des choses rares au niveau immuno, euh le stage se passe vraiment très bien avec l'équipe médicale , paramédicale et en gros ben je suis content du stage que j'ai effectué et je pense que le prochain va être bien aux urgences d' Argenteuil (encouragement de Interne 17 par V fait avec ses mains) mais bon

Dr A : à suivre

Interne 10 : à suivre voilà

Dr A : un tout petit mot pour revenir à ce que donc on a parlé un petit peu des difficultés que vous avez pu rencontrer est ce qu'il y a d'autres difficultés que vous n'avez pas citées ou globalement on a l'impression que vous êtes plutôt satisfaits ..., Interne 14 , tu voulais revenir sur des difficultés en début de stage finalement qui se sont aplanies ultérieurement

Interne 14 : comme d'habitude quoi c'est l'autonomie, la prise de contact avec les autres professionnels, l'organisation euh

Dr A : hein hein

Interne 14 : comme d'habitude (rires légers des internes)

Dr A : comme d'habitude d'accord, d'autres qui ont eu des difficultés en début de semestre ou globalement euh qui ont la satisfaction qu'on ressent en fin de semestre qui a été d'emblée l'euphorie

Interne 12 : la difficulté que je qu'on voit quand surtout au premier semestre c'est savoir se positionner par rapport au sénior parce que en tout cas aux urgences et au SAMU y a toujours un senior, on est jamais seul et donc c'est le problème de savoir quand est ce qu'on recourt à lui et euh pas non plus, enfin qu'il nous en veuille pas de l'appeler par exemple pour la nuit pour des petites bricoles et en même temps qu'il nous en veuille pas de d'avoir fait des choses tout seul sans lui en parler

Dr A : Où placer le curseur par rapport, bon

Interne 12 : surtout qui y a c'est très variable y a certains chefs qui veulent vraiment entendre parler de tous les patients et puis d'autres euh au contraire qui nous adressent pas la parole si on va pas les chercher

Dr A : ils viendront pas à votre rencontre

Interne 12 : non

Dr A : d'autres ont rencontré des difficultés d'autres ordres ou sans plus globalement, vous aviez l'air plutôt satisfaits, on va parler de choses peut-être moins satisfaisantes euh le port folio, les compétences, on a pas dit que ça allait se gêner hein mais est-ce que vous avez identifié des situations complexes, en stage ?

Grand silence

Interne 14 : moi finalement je crois plutôt des situations plus mal à l'aise c'était surtout les le rapport aux familles (acquiescement Interne 16) en fait par rapport à des familles revendicatives ou euh quand on a euh par exemple dans des situations d'urgences euh arriver à gérer la famille avoir l'air d'être sûr de soi alors que finalement on l'est pas du tout; et puis voilà c'est surtout par rapport à ça, parce que

sinon pour le reste j'vais dire on a toujours un senior au-dessus à qui on peut se référer et quand on a un doute pour ça y a pas de souci, pour le relationnel y a pas vraiment de règles et des fois on est un petit peu euh ben voilà c'est c'est comme on le sent et en même temps c'est très intéressant parce qu' y a une approche psychologique et puis en même temps c'est difficile parce qu'il y a une participation affective et des fois ben on ressent que

Dr A : c'est pas évident

Interne 14 : eux aussi se remettent en question et puis ben du coup je pense, y a aussi une part de voilà ça atteint peut-être plus parce qu'on a plus de barrières scientifiques entre guillemets

Dr A : plus sur la communication et en particulier avec l'entourage

Interne 14 : le relationnel euh oui je sais pas comment on peut

Dr A : et donc tu as rédigé une trace d'apprentissage par rapport à ça ?

Interne 14 : moi j'en ai fait une sur assez rapide sur une annonce d'un décès pendant une garde avec une famille très investie émotionnellement qui était arrivée en masse pendant la nuit et la difficulté de gérer beaucoup d'intervenants on savait plus qui était qui et puis pas de lieu pour les recevoir des choses comme ça, euh, ça ça a été un souci, après d'autres situations pour lesquelles j'ai pas eu de traces mais par rapport aussi à des fois à l'agressivité des familles euh

Dr A : comment gérer tout ça ?

Interne 14 : comment voilà

Dr A : d'autres ont rédigés des traces ? J'ose espérer parce que sinon vous allez avoir quelques soucis, Interne 16 ?

Interne 16 : Moi j'ai une trace, donc je suis en train d'écrire sur sur une intervention qu'on avait faite avec le SMUR euh chez un patient pour lequel on parlait sur un arrêt cardio respiratoire qui s'est avéré être en fait un homme qui était décédé depuis 3 jours,

Soupirs de la salle, froncement sourcils Interne 17 et Interne 15

Interne 16 : et c'était je crois la première fois que je voyais quelqu'un réellement mort euh avec une ordonnance vraiment bizarre, un chien qui pleurait enfermé dans la cuisine, la fille qui pleurait sur la terrasse euh les pompiers qui étaient tout silencieux dans la salle enfin c'était émotionnellement difficile puis du sang partout parce qu'il avait en fait il est mort d'une hémorragie digestive, euh et puis donc il avait un gros méléna, y en avait plein dans la cuvette des toilettes, y en avait plein partout partout par terre et après on a supposé qu'il a voulu aller dans sa baignoire pour se nettoyer et il a du faire un malaise dans sa baignoire et y mourir. On l'a retrouvé dans sa baignoire, donc c'était vraiment l'ambiance qui était bizarre

Dr A : situation difficile. Tu as réussi à rédiger quelque chose là dessus

Interne 16 : ben oui, mais je vais plus rester sur en fait, on a mis un obstacle à la levée du corps donc je vais plus rester là-dessus, sur ce côté ambiance glauque

Dr A : d'autres traces d'autres exemples qui ont été rédigés, Interne 10 ?

Interne 10 : c'est pas vraiment le truc super complexe

Dr A : c'est pas grave, ça n'a pas besoin d'être super complexe

Interne 10 : moi j'ai fait les deux, l'une des traces c'était sur un un médecin traitant qui avait envoyé son patient pour une vitesse de sédimentation élevée, examen qui ne sert strictement à rien enfin bon moi je suis persuadé que ça a servi à rien donc j'ai fait une trace là-dessus.

Rires général

Interne 10 : euh en montrant des j'sais plus, une étude qui avait été faite en septembre 2010 qui montrait par A + B que ça servait à rien, j'ai mis j'ai fait le compte rendu et le courrier au médecin traitant en précisant bien en dessous que la VS élevée pouvait être liée soit à un syndrome inflammatoire soit à l'insuffisance rénale chronique que le patient avait et que ça servait à rien surtout que la CRP était normale et euh j'ai essayé de persuader le chef de service de l'hôpital de du service plutôt où je suis de d'arrêter de faire des VS dans le bilan standard :
malheureusement il continue

Rires

Interne 10 : malgré ce que je lui ai balancé sur l'article et voilà ça c'était la première trace, la deuxième c'est sur une mono arthrite aiguë fébrile qui au final s'est avérée être une crise de goutte même si bon je l'avais laissé sous antibiotiques au début et puis bon j'ai surtout insisté sur bon ben comment effectuer la ponction en gros ben j'ai mis plein de belles photos sur le topo qu'en plus j'avais fait pour le staff à ce sujet-là et j'ai relié les deux et puis point final.

Dr A : d'autres, d'autres exemples ?

Interne 12 : des exceptions, moi j'en ai validé aucune (Interne 17, Interne 15, Interne 16 approuvent)

Dr A : d'accord, t'as commencé à les rédiger ?

Interne 12 : j'ai reçu le mail, déception aujourd'hui

Rires

Dr A : donc le sujet, on est au cœur du problème là

Interne 12 : y en a une que j'avais quand même commencé mais c'était pas sur un truc clinique c'était sur une présentation qu'on avait fait en cours ici à la fac, euh on nous avait demandé de faire une présentation en cours donc je m'en suis servi et l'autre ben j'ai je sais ce que je vais faire mais j'ai pas encore commencé

Dr A : d'accord, ça va venir d'ici lundi, oui Interne 14

Interne 14 : parce que j'en ai fait deux, euh en fait j'en avais fait une première sur un passage en neuro sur les douleurs neuropathiques qui m'avait pris un peu de temps parce que j'avais fait un peu de biblio, j'ai voulu faire un truc propre, j'ai relu avec mon PH et tout ça et euh après la deuxième sur l'histoire de la preuve du décès , celle- là je l'avais fait euh au début d'une garde sur l'ordi euh du bureau ça m'avait pris deux heures quoi, et en fait j'les ai validées au téléphone avec mon tuteur et en fait il m'a dit oh ben la deuxième oh ben elle me plaît vachement et tout, vraiment je retiendrais celle-là quoi et en fait c'était marrant de voir que lui pour lui qui est vachement plus basé sur l'analyse émotionnelle du truc ,et tout ça il m'disait oui au niveau de l'affectif ou des choses comme ça du ressenti et moi très scolaire j'avais la première j'pensais que ce serait le truc qui mettrait un peu de la poudre aux yeux , j'sais pas quoi euh ben voilà c'est des trucs qu'on est plus fier parce que c'est plus propre machin et finalement c'est pas du tout ça qu'il a retenu

Dr A oui ben j'crois

Interne 14 : ça l'a plutôt fait rigoler (Interne 15 sourit)

Dr A : oui c'est ce qui se passe en général, vous occulter un petit peu le côté euh plus vécu, relation avec le patient etc, vous êtes plus sur le domaine biomédical au départ mais c'est pas. On a peu parlé de la compétence premier recours alors plus peut-être parce que vous êtes en premier semestre pour certains d'entre vous j'sais pas vous l'avez illustré comme trace d'apprentissage pour vous premier semestre, fin de premier semestre c'est quoi la compétence premier recours ?

Grand silence

Dr A : ça reste un grand mystère ou ? Interne 11 je te vois

Interne 11 : j'sais pas, on a eu une réunion d'informations quand on est arrivé en médecine à PARIS VII et c'est un système de validation extrêmement complexe et c'est vrai que tout ce qui est traces, objectifs tout ça, ça reste un tout petit peu mystérieux (oui de l'ensemble des internes)

Dr A : mystérieux et donc premier recours particulièrement mystérieux, d'accord. Oui Interne 12 ? Pour toi c'est quoi la compétence premiers recours ?

Interne 12 : j'pense pas avoir entendu ce mot-là, disons c'est la première fois que j'entends ce

Dr A : ben dans la oui va y Interne 17

Interne 17 : compétence premier recours c'que j'en ai compris ben c'est le premier recours d'un patient face à un professionnel de santé donc soit aux urgences pour ceux qui sont aux urgences ou le médecin généraliste qui voit son patient qu'il suit

dans son cabinet après y a différentes listes de compétences à valider qui permettent de rester dans le cadre et de progresser

Dr A : d'accord est ce que ça vous paraît, vous étiez la plupart aux urgences donc effectivement le premier recours, ça correspond ?

Interne 10 : juste pour préciser ça euh fait longtemps que j'ai pas relu le truc mais euh y a une espèce de fascicule orange qui a été distribué au début où sur les premières pages en fait les onze compétences sont détaillées en fait à quoi elles servent etc ...

Dr A : vous les avez pas apprises par cœur

Interne 10 : une fois que je les ai lues au mois de novembre et puis après j'ai mis le truc dans mon sac et puis il est au fond là-bas donc voilà donc

Dr A : Interne 13 ?

Interne 13 : Moi j'essaie de m'en servir pour les traces en fait ce qu'on voit en stage j'essaie de faire une trace sur en lisant en fait j'en ai une un peu plus cas clinique et une autre qui était plus qualitative en fait sur l'émotionnel

Dr A : et toi qu'est-ce que tu avais compris par rapport à la compétence premier recours ? Pour toi est ce que tu as autre chose à ajouter à ce qu'a dit Interne 17 ?

Ou ?

Interne 13 : non

Dr A : oui Interne 15

Interne 15 : la compétence premier recours c'est des compétences dans toutes les compétences qu'on veut valider ? C'est comme une sous-catégorie c'est une catégorie de

Dr A : c'est une des compétences que vous devez valider

Interne 15 : ah, c'est une seule des compétences

Dr A : oui c'est une des compétences

Interne 15 : y a pas dans la compétence premier recours y a pas plusieurs compétences

Interne 13 : Par exemple ? Pardon

Dr A : oui Interne 13

Interne 13 : les gestes des gestes techniques j'ai fait une trace sur l'épistaxis le tamponnement

Dr A : le tamponnement oui

Interne 13 : c'est ça que je mets dans la même, les gestes aussi

Dr A : dans la compétence premier recours tu mettais aussi ?

Interne 13 : le geste aussi usuel aux urgences en fait euh pose d'une sonde urinaire euh je sais pas

Dr A : Interne 16 toi ça t'évoquait quoi ?

Interne 16 : là y a une autre compétence qui correspond au geste technique ça relève plus de la compétence « geste technique »

Dr A : compétence geste technique. Dans la compétence premier recours, Interne 17, donc ça a l'air d'être un peu plus clair pour toi par rapport aux autres donc tu es aux urgences tu as forcément été confronté à une situation de premier recours est ce que tu en as une qui te vient à l'esprit comme ça ?

Silence

Interne 17 : y en a des dizaines

Dr A : ben oui exactement y en a des dizaines, donc justement est-ce que, je sais pas, qu'en est-ce que tu as travaillé la dernière fois, ce matin ?

Interne 17 : la garde de lundi

Dr A : parmi la garde de lundi dans ce que tu as défini comme étant du premier recours est-ce que tu as un des patients qui te que tu peux raconter ou que tu as

Interne 17 : oui, une douleur abdominale chez une femme de 50 ans qui consulte d'emblée parce que lundi de pâques donc pas de médecin généraliste disponible pour des douleurs qui enfin depuis 3 jours étaient présentes douleurs flanc gauche chez une patiente qui avait déjà eu une diverticulose euh douleur intense à la palpation pas de fièvre pas de syndrome inflammatoire, scanner montrant une diverticulite donc voilà donc premier recours décision d'antibiothérapie et qui va me servir d'ailleurs de deuxième enfin de troisième trace à priori d'apprentissage

Dr A : d'accord, est-ce que tu as eu des difficultés particulières rencontrées sur cette situation ?

Interne 17 : oui, en fait d'ailleurs ça peut revenir sur la deuxième question, euh en fait on va dire un léger conflit entre faire une trace d'apprentissage qui doit être

forcément validée parlée avec un maître d'apprentissage dans un stage et un tuteur euh parce qu'on peut en parler au tuteur il a aussi l'expérience et que le maître d'apprentissage aussi donc mais pour caler au service ça peut être un patient qui a pas été vu par le maître d'apprentissage d'autant aux urgences que les maîtres d'apprentissage tournent donc là en fait à priori pour cette troisième trace enfin , je l'ai vue avec mon maître d'apprentissage mais je n'ai pas eu le temps d'en parler au tuteur et je sais que ça va mettre un mois pour avoir en fait la validation par le tuteur parce qu'il va reprendre toute la bibliographie et va voir comment on va s'arranger avec différents chefs de médecine générale

Dr A : Ok

Interne 17 : Valider les différentes la même trace par plusieurs personnes ça prend du temps

Dr A : par rapport à la situation en elle-même en dehors de donc au-delà de la trace d'apprentissage est-ce qu'il y a eu des difficultés est-ce que tu as eu d'autres patients qui ou d'autres qui ont consulté pour des douleurs abdominales et finalement il y a pas forcément un diagnostic de posé est-ce que c'est quelque chose

Interne 15 je te vois ?

Interne 15 : non mais j'crois que la question que l'on peut poser un diagnostic mais qui est pas forcément sûr on dit on laisse jamais sortir quelqu'un en se disant ben si il a mais globalement on se fait quand même une idée on se dit ben on le laisse sortir parce qu'on pense que c'est une constipation même si c'est un diagnostic d'élimination mais au final on finit toujours par se dire ben on laisse sortir parce qu'on pense que c'est ça, en fait, même si on a pas de diagnostic de certitude

Dr A : ça c'est quelque chose qui paraît difficile au début du semestre on s'y habitue ou à gérer un peu cette incertitude ou c'est

Interne 15 : J'sais pas si on s'y habitue tant que ça (Interne 16 et Interne 17 approuve) c'est un truc qui me gêne mais parce que j'aime bien le suivi des patients en fait aux urgences c'est quand même très frustrant parce que majoritairement on les reverra pas et donc ben des fois souvent on organise quand même la sortie et donc la prise en charge ultérieure avec par exemple on leur dit de faire une écho en ville de faire un bilan en ville et puis d'aller voir leur médecin traitant

Dr A : et puis tu sais pas

Interne 15 : et nous on saura jamais si finalement c'était bon ou si au final on s'était complètement planté et que après le médecin traitant il a peut être récupéré nos bourdes aussi qu'on a faites aux urgences des choses qu'on avait vues enfin voilà donc ça c'est un peu enfin moi j'trouve ça frustrant aux urgences

Dr A : et le fait de justement de laisser sortir le patient avec peut-être, ça c'est difficile ou

Interne 15 : ouais surtout que ben généralement y a un flux quand même qui est important et que on peut pas garder tout le monde quand on est pas sûr et donc c'est sûr qu'on en laisse sortir un certain nombre en se disant euh voilà en ayant notre idée en se disant ben on pense que c'est ça on pense que

Dr A : Interne 16, t'as l'impression que tu

Interne 16 : je suis assez d'accord avec ce qu'elle dit euh moi j'en vois souvent particulièrement les douleurs abdominales on a beau faire un bilan complet on

retrouve pas de syndrome inflammatoire on retrouve rien de particulier et en général si c'est des douleurs qui sont pas qui sont pas trop handicapantes on les laisse ah c'est bon tu rentres à la maison mais la peur de toujours avec la peur qu'ils reviennent avec quelque chose de plus grave à côté duquel on est passé quoi. Moi assez souvent j leur dit si ça va pas mieux d'ici trois jours vous allez voir votre médecin traitant ça fait une sécurité supplémentaire derrière. Et puis j'en parle toujours au senior aussi du coup pour m'assurer que qu'il est d'accord avec moi

Dr A : tu parles au senior justement des situations quand tu sens que

Interne 16 : quand je sais pas trop quand j'ai pas de diagnostic de toute façon là je vais en parler

Dr A : ok d'autres Interne 11 par rapport à ce qui a été dit précédemment y a peut-être des choses sur lesquelles tu voulais rebondir, est-ce que toi tu as des situations auxquelles tu as été confrontées un petit peu identiques ou ?

Interne 11 : non pas particulièrement

Interne 13 : Oui enfin pour les douleurs abdominales c'est aussi un manque de consensus

Dr A : on s'est retrouvé c'est par rapport à

Interne 13 : oui c'est quand la douleur quand on est pas encore trop inquiet sur quelque chose de chirurgical chercher à l'ASP certains cherchent un fécalome enfin on cherche de la constipation sur une image et puis d'autres cliniquement cette douleur elle m'inquiète pas quoi

Dr A : qui qui écouter

Interne 13 : oui c'est pas très carré quoi mais

Interne 13 : Oui c'est pas très carré

Interne 11 : Oui justement dans ces situations-là moi je, c'est peut-être moi qui sais pas bien chercher ou quoi, mais moi j'ai du mal à trouver une référence opposable parce que quand les chefs sont pas d'accord entre eux ou quand on est pas d'accord avec le chef c'est toujours bien de trouver une référence et euh

Dr A : ça te met en difficulté de pas savoir où aller chercher

Interne 11 : sur le site de l'HAS c'est pas toujours clair et partout non plus et le plus souvent on a pas le temps non plus et c'est pas forcément facile de trouver une réponse à une question, je trouve

Dr A : d'autres ont été aussi confrontés à ce type de souci Interne 14

Interne 14 : j'ai pas d'idée là tout de suite

Dr A : t'as pas d'idée par rapport aux recommandations par rapport à la difficulté à trouver des références est-ce que c'est quelque chose que vous avez aussi expérimenté ?

SILENCE

Dr A : Interne 17 ? Ou est-ce que vous avez le temps souvent de regarder sur internet

Interne 17 : c'est de le prendre, c'est difficile en premier stage mais après y a deux thèmes : douleurs abdominales par exemple qui c'est un grand symptôme et ça c'est vrai que dans certain cas l'expérience qui va jouer mais après qu'on a un diagnostic

comme sigmoïdite une diverticulite sigmoïdienne là on peut aller chercher la référence une fois qu'on a mis un nom sur une maladie c'est beaucoup plus simple beaucoup plus rapide sur l'HAS notamment et donc c'est vrai que

Dr A : tant que y a pas de diagnostic c'est compliqué

Interne 17 : on peut pas trouver des références sur douleurs abdominales sur le sida c'est l'ensemble de la médecine, c'est ça qui est déroutant

Interne 13 : j'pensais aussi au problème euh des tests cet hiver quand on a eu pas mal de grippe en fait certain médecin cliniquement c'est un syndrome grippal et puis paradoxalement enfin on est censé avoir des tests qui donnent rapidement le diagnostic mais qui marchent pas enfin au labo on les a pas enfin il faut les envoyer on peut pas y avoir recours et donc enfin je on porte rarement un diagnostic fondé sur des certitudes, quoi sur des textes existants, sur les recommandations

Dr A : c'est plutôt quelque chose de probabiliste ? C'est ça que tu veux dire ?

Interne 13 : ben disons quand on dit que le test il apportera rien enfin c'est pareil pour la mononucléose, enfin pour la mononucléose c'est un peu différent parce qu'on dit que c'est clinique et on va pas chercher systématiquement l'EBV donc ça à la limite c'est plus carré mais comment pour les grippe au point de vue épidémiologique aussi on recense pas moi je suis toujours un petit peu gênée de devoir cocher sur un logiciel grippe ou pas grippe et de ne pas avoir fait le test de grippe et conclure syndrome grippal et en même temps avoir au labo un test de grippe inutilisable et sur l'ordinateur cocher pas de grippe pour pouvoir m'extraire du et c'est des aberrations d'organisation en fait

Dr A : tout à l'heure Interne 17 tu as prononcé le mot expérience a priori vous étiez des médecins peu expérimentés vous avez une brève expérience vous avez quand même votre expérience d'externe vous avez acquis une expérience déjà d'au moins un semestre est-ce que c'est quelque chose qui vous paraît difficile cette notion d'expérience est-ce que c'est est ce que vous avez l'impression dans ce premier recours que c'est utile, que c'est que vous avez progressé que vous avez envie de dire des choses

Interne 10 : ben la progression ben oui en ce qui me concerne enfin je pense que je suis pas le seul, il y a une nette différence entre externat où il y avait plus ou moins un senior et puis et ou des internes pour plus ou moins confirmer ce qu'on disait et ce qu'on pensait alors que et puis après d'un coup se retrouver en garde tout seul avec des patients qui ont mal qui se mettent à vomir dans tous les sens et chez qui on découvre des grosses patates dans la tête en plein milieu de la garde, mais donc au début on a du mal à gérer mais maintenant bon ben en ce qui me concerne mais j'suis pas le seul, à la fin du semestre, le senior on l'appelle pas du tout on fait tout nous-mêmes. Ce qu'on faisait pas durant les 6-7 premiers jours du stage quoi c'était (sourire peu convaincu Interne 17, Interne 13, Interne 16)

Interne 17 rires : c'est très vite j'ai mis beaucoup plus de six jours pour pas demander l'avis du sénior sur des patients graves

Interne 11 : Après ça dépend ce qu'on appelle grave mais

Interne 10 : à J3 J4 euh

Interne 14 : oui ça dépend de quel service aussi ça dépend du service ça dépend de la gravité du patient de la complexité de la situation mais c'est vrai que l'expérience

enfin même si on est interne au sixième jour on l'acquiert pas en six jours en tout cas il faut en tout cas plusieurs mois pour certains plusieurs années pour d'autres mais c'est vrai qu'après peut-être qu'on se réfère de moins en moins au senior pour les cas qu'on connaît où on est sûr mais il restera toujours des situations où on a besoin de l'expérience d'une personne qui a fait 20 ans 30ans de bac +20 bac + 30 par rapport à toi quoi

Rires

Dr A : j'entends l'expérience par rapport aux situations un peu plus compliquées vous avez évoquées puis je reviens sur ce que disait Interne 14 sur l'expérience , vous êtes passés finalement du jour au lendemain du statut « je suis externe, je peux donc hop passer par l'interne, et puis enfin y a tout un système pyramidal et puis finalement je deviens l'interne et les patients la famille vont s'adresser directement à moi » j'veux dire qu'est-ce que au cours du semestre vous avez vu les choses évoluer comment, dans la situation de premier recours justement, aux urgences les gens s'adressent directement à vous, comment vous avez vécu ça Interne 13

Interne 13 : je souris car en tant qu'externe comme je suis un peu plus âgée que l'externe normal, j'avais déjà ce problème enfin que les patients enfin la famille s'adressaient à moi plutôt qu'à l'interne

Rires

Dr A : d'accord tu étais déjà rodée

Interne 13 : oui à l'inverse la gêne aussi

Dr A : les autres est ce que vous avez senti parfois que vous n'étiez pas forcément pris au sérieux ?

Interne 16 : en tant que femme on passe souvent aussi pour des infirmières, si on manque un tout petit peu d'assurance en entrant dans la pièce c'est bon on est une infirmière (rires de Interne 17)

Dr A : tu as maintenant une démarche virile et énergique

Interne 16 : quand ça va faire une heure et demi ou une heure qu'on a soigné le patient qu'on a attendu le bilan ils nous disent bon quand est ce qu'il vient le médecin, c'est moi le médecin je vous ai dit que j'étais interne je suis médecin. J'ai encore du mal moi à me présenter en tant que médecin je suis médecin je dis bon ben je suis l'interne j'arrive

Dr A : et donc visiblement c'est pas toujours bien compris

Interne 16 : non c'est pas compris par tout le monde, donc maintenant j'ai plutôt tendance à dire je suis médecin voilà sinon ils comprennent pas

Dr A : en termes d'identification c'est pas forcément évident. Interne 15, tu avais l'air d'approuver?

Interne 15 : tout à fait moi il y a un nombre de fois incalculables où on me dit on me demande mon âge alors que en plus je suis plus vieille qu'un interne normal. On me demande quel âge ou pareil si ils vont voir le médecin donc effectivement maintenant chaque fois que je rentre je dis «bonjour, je suis le médecin des urgences, qu'est-ce qui vous arrive ?» comme ça au moins ça cale les choses directement voilà mais finalement après ça passe bien hein

Dr A : oui il suffit que les règles du jeu soient claires au départ

Interne 15 : oui et c'est vachement mieux depuis que je me présente mieux j' pense car interne j'crois ils comprennent pas les gens, internes externes ça leur évoquent rien donc au moins ça cale les choses

Dr A : et par rapport aux familles donc même soucis dans le positionnement, tu nous en as un petit peu

Interne 15 : moi par contre j'ai de très bonnes relations avec les familles après ça se passe très bien une fois qu'ils comprennent que

Dr A : c'est bien toi le médecin

Interne 15 : oui voilà après ça se passe très bien généralement

Dr A : oui

Interne 15 : pas de soucis, enfin voilà j'explique beaucoup aussi tout le temps au début expliquer un peu ce qu'on cherche ce qu'on va faire du coup je reviens les voir quand même assez souvent pour leur expliquer où on en est même si c'est long c'est long mais je suis désolée on attend encore

Dr A : les résultats

Interne 15 : mais du coup, j'ai jamais eu de gros soucis avec les familles

Dr A : tu as d'emblée adopté ce type de démarche ou ça t'est venu progressivement ?

Interne 15 : non mais en fait j'aime bien leur expliquer, donc j'me dis que qu'aux urgences ils sont toujours super stressés ils sont inquiets tout ça donc je trouve ça

plus sympa d'essayer de leur expliquer d'ailleurs ça m'a valu d'ailleurs une trace à trop leur expliquer quand on se plante rires ça se retourne contre nous et du coup ça nous décrédibilise on se décrédibilise tout seul quoi mais voilà (rires Interne 17 sourires Interne 16 et Interne 10). J'ai appris ça aussi.

Dr A : expliquer mais pas trop

Interne 15 : Pas trop

Interne 16 : moi je fais pareil, j'explique beaucoup pourquoi je fais ce bilan pourquoi je fais ci pourquoi je fais ça parce que j'trouve que ça apporte beaucoup de crédibilité finalement parce que si on en plus on a l'air jeune on est des femmes, (rires Interne 15) si on leur dit bon ben j'fais un bilan maintenant vous devez attendre une heure alors si on leur explique pas pourquoi , ils vont croire qu'on fait n'importe quoi et qu'on sait pas c'qu'on fait alors que si on leur explique pas à pas ce qu'on fait j'pense qu'ils intègrent mieux pourquoi ils attendent en fait .

Dr A : les choses se passent mieux en fait

Interne 16 : Oui

Dr A : des ressentis différents ? Les garçons vont pas nous dire voilà ? Bon y a la jeunesse mais

Interne 17 : j'ai vu ça avec mes collègues mais vraiment exagéré, elles sont un peu petites mais on voit bien c'est vrai (rires Interne 10) mais j'ai jamais vu qu'il y avait un clivage aussi fort, entre je ressens ça, entre homme et femme

Interne 16 : après je suis pas dans la peau d'un homme mais

Interne 17 : mais moi ma chef de service c'est une femme et trois quart du service aux urgences d'Argenteuil ce sont des femmes et ça rigole pas quoi

Rires

Interne 17 : et j'ai jamais senti le clivage comme t'en parle donc euh

Dr A : Interne 10 tu voulais dire quelque chose

Interne 10 : moi les clivages, j'ai vu et constaté depuis le début de l'externat en fait parce que moi bon déjà à cause de mes cordes vocales entre guillemets un peu surdéveloppées souvent les patients ils me considèrent entre guillemets comme le médecin, y a une fois y en a même une qui me disait c'est vous le chef et j'fais non non moi je suis étudiant et le médecin il est juste à côté de moi, il est là. Parce que souvent mon interne elle faisait 1,60 m, 1,65 m et tout donc voilà mais donc moi le problème maintenant et actuellement il a jamais été au niveau de la communication avec les patients parce que depuis le début euh j'ai dû leur expliquer parce que eux ils venaient vers moi, la seule chose qui a un peu changé c'est que maintenant pour la présentation euh il a fallu pendant un mois que je m'habitue à dire je suis le médecin de garde et machin alors que pendant 5 ans j'ai dit j'suis étudiant en médecine euh je suis l'externe euh je suis l'interne bonjour donc ça par contre ça m'a pris un mois pour la présentation sinon pour la communication avec la famille j'ai jamais eu de problème parce que pendant des années euh ils sont venus me voir à tort comme si j'étais le médecin

Dr A : d'accord, tu as déjà une expérience en la matière

Interne 10 : oh oui, oui non parce que la communication avec la famille y a aucun problème

Dr A : Interne 11 par rapport à ce qui a été dit

Interne 11 : j'pense que la communication avec la famille c'est pas évident, euh moi je suis en salle donc j'suis pas aux urgences, donc il faut donner régulièrement des informations à la famille et c'est vrai que les familles ont beaucoup plus tendance à s'adresser à l'interne pour les petites tâches du quotidien et les grandes infos et les grandes orientations s'adresser au chef ce qui en soi respecte la logique imposée par la salle, par contre pour le clivage homme femme ça me semble évident moi ça m'a semblé évident dès l'externat, moi j'ai une femme qui est jeune et qui est une femme moi j'arrive j'suis un peu plus vieux et je suis barbu et le médecin c'est moi, (rires Interne 17, sourire Interne 16 et Interne 13) c'est assez curieux euh c'est comme ça

Interne 12 : ça dépend des femmes

Dr A : les femmes à barbes ?

Rires

Interne 12 : les femmes un petit peu autoritaires, sèches, sûres d'elles, là ça c'est sûr que tu vois entre les filles y en certaines elles disent ce que vous dites «on demande c'est qui le médecin» et à côté de ça y en d'autres y a pas de problèmes

Dr A : y a une question de personnalité vraisemblablement la façon de, mais vous avez déjà perçu des différences importantes et

Interne 15 : il y a une question de filles aussi bizarrement enfin pas bizarrement mais quand on est plus on est grande et grosse ou quand on est petite et toute maigre on fait moins mais après t'es quand même; c'est plus facile

Dr A : de s'imposer bon

Interne 14 : enfin j'pense c'est juste le début, c'est juste le premier passage

Interne 15 : oui le premier passage

Interne 14 : une fois que les présentations sont faites par contre y a plus de discrimination de crédibilité quoi je crois que c'est vraiment un a priori et une fois qu'il est dépassé après euh j'pense pas que vous soyez moins crédible

Interne 15 : non non mais c'est vraiment dans la première impression de la personne qu'en fait on a l'impression que

Interne 12 : ça dépend des gens

Dr A : ça dépend des gens oui c'est-à-dire Interne 12

Interne 12 : ben ça dépend, c'est difficile d'extraire une catégorie pour dire tel type de personnes font pas confiance aux femmes, parce que y a des personnes âgées même des hommes enfin des vieux messieurs ils comprennent que c'est la femme le médecin voilà et à côté de ça y a des femmes même jeunes qui vont plutôt parler à l'homme donc enfin c'est difficile de dire que c'est les vieux messieurs qui sont machos et voilà

Interne 15 : non, non mais moi j'disais pas ça

Dr A : Interne 15

Interne 15 : sur la première impression en fait, sur la première impression qui engage pas forcément la suite de la prise en charge, mais juste au départ avant qu'on ait

ouvert la bouche en fait des fois on sent qu'on est pas perçu pareil après dans la suite des choses (rires Interne 17)

Interne 12 : y a peut-être aussi aux urgences, comme tout le monde est en pyjama, tu fais moins la différence entre médecin et infirmière, dans les services ça se voit plus facilement

Dr A : donc le costume

Interne 12 : aux urgences tout le monde est en pyjama, pour les gens c'est les filles en pyjama c'est les infirmières puis les hommes avec les blouses c'est les médecins

Dr A : le costume et alors dans un cabinet de docteur, personne n'a de pyjama comment

Interne 12 : dans un cabinet ? j' pense que ça dépend aussi de la présentation, si on est habillé un peu « employé de bureau » entre guillemets j' pense que ça fait un peu sérieux les gens y ont plus confiance que si on est habillé avec baskets ou

Dr A : tu penses que quand on est médecin généraliste la façon dont on se présente à son importance y compris dans son cabinet ?

Interne 12 : ah oui bien sûr je pense qu'il faut être plutôt

Dr A : Interne 10 a pas l'air d'accord ?

Interne 10 : si si justement j'ai envie d'étendre ça à la vie de tous les jours c'est le look vestimentaire reflète ou est censé refléter plus ou moins soit la fonction soit le mode de pensée, si on s'habille sérieux c'est qu'a priori on est sérieux, si on s'habille décontracté c'est qu'a priori on est décontracté généralement le type super sérieux va pas s'habiller avec un poncho euh à rouler le joint et tout « je viens vous

examiner » bon ben voilà. C'est valable pour le médecin généraliste mais c'est valable dans la vie de tous les jours au final.

Dr A : et comment vous envisagez, vous n'allez pas faire votre stage chez le praticien tout de suite, comment vous envisagez ça par rapport un peu à tout ce qu'on a dit, la façon de se présenter, les relations avec les gens ? Interne 15

Interne 15 : j'pense que déjà c'est plus facile parce que ils savent que ils vont chez le médecin traitant, y a pas d'infirmière, pas d'aides-soignantes comme il disait le truc aux urgences c'est qu'on est super nombreux et tous habillés en pyjama. Donc c'est vrai que pour eux le problème c'est qu'à moment donné y savent plus qui est qui alors que dans un cabinet de médecin ils vont voir le médecin y a que le médecin donc finalement je pense que c'est plus clair dès le départ. Après j'suis d'accord que le look et la façon de s'habiller joue sur plutôt la personnalité du médecin mais pas dans sa fonction et dans sa qualité en fait donc

Dr A : Interne 12 ?

Interne 12 : par exemple si je devais aller au cabinet je pense que j'mettrais une chemise, enfin j'serais patient et j'arrive dans un avec quelqu'un qui est un peu trop décontracté j'aurai pas forcément confiance

Dr A : Interne 16

Interne 16 : après le risque si tu t'habilles d'une manière trop stricte c'est que le patient se livre moins aussi

Interne 12 : non non trop strict juste une chemise j'vais pas me mettre en costume

Interne 17 : qu'il se déshabille pas

Interne 11 : faut pas trop d'inégalités non plus

Interne 16 : faut rester au même niveau que le patient oui

Interne 11 : ça c'est important aussi, moi j'avais eu une fois un chef de service à Bichat qui disait «habillez-vous neutre» et lui il était toujours en pyjama de bloc pourquoi parce que c'est neutre et que c'est vrai que c'est assez indélicat d'examiner en cravate quelqu'un qui est à poil devant quoi. Nous on est au meilleur de nous-mêmes et lui ben il est là comme il peut et puis sinon j'pense qu'y a cette partie de dialogue qui se fait pas et les gens ont tendance ah moi j'peux pas être nu devant le monsieur qui est va dans sa soirée dans 5 minutes quoi

Dr A : Interne 15

Interne 15 : moi j'suis pas tout à fait d'accord pourquoi ne pas aller en polo en tant que médecin généraliste moi j'pense que les patients ils choisissent aussi à mon avis un médecin généraliste qui leur ressemble et si ils sont plus stricts à mon avis ils vont prendre quelqu'un de strict et si ils sont plus décontractés ils vont peut-être prendre enfin j'sais pas

Interne 11 : j'suis pas sûr, quand si t'es inquiet en tout cas pour ta santé j'pense que t'as plutôt tendance même si dans la vie si t'es plutôt libéral ou je sais pas tu vas plutôt voir quelqu'un qui te semble un peu plus carré que quelqu'un

Interne 15 : pour toi peut-être en fait

Interne 11 : oui mais bien sûr j'parle pour moi

Interne 15 : voilà pas forcément moi je pense qu'on choisit quand même le médecin traitant qui nous ressemble en fait, et vu qu'on est très différent et ben j'pense que

c'est bien d'avoir différents types de médecin généraliste pour s'adapter pour correspondre aux différents types de personnes en fait et que j'pense qu'il y a pas que des médecins traitants en chemise enfin pour les hommes

Interne 12 : j'dis ça c'est pas ce que je ferais en pratique

Dr A : on va donner le mot de la fin à Interne 14 parce que il reste 5 minutes

Interne 14 : voilà je pense que la relation de confiance elle se fait surtout sur un relationnel je pense qui dépasse vite finalement l'apparence classique euh de l'habit et tout ça déjà il y a une relation de

Interne 12 : oui mais en premier recours est ce que ça compte pas ?

Interne 14 : mais d'accord j'pense que déjà si t'as une attitude très rassurante enfin si t'es carré dans ton exercice que tu sais où tu vas si toi t'es en confiance l'autre, le patient y sera en confiance j'pense mais j'suis d'accord que quand même qu'il y a toujours un a priori après je pense qu'il peut être très vite dépassé je pense si l'attitude est comme il faut

FICHER TABLEAU PARIS V

Groupes : **Novice** Intermédiaire **Compétent**

N° code	Etiquette	Description	Extraits du verbatim
1a	Situations de mise en jeu de la compétence	remplacement	lorsque j'ai fait un remplacement cet hiver
1b		Patientèle étrangère	C'était dans un cabinet qui était dans une cité, avec un recrutement un peu particulier, avec beaucoup de gens qui ne parlent pas très bien français
1c		Seul chez le praticien	Lorsque j'étais chez mon praticien <p>Une femme de 54 ans qui est venue accompagnée de sa fille en consultation, sans rendez-vous, parce que mon praticien était plein, il ne pouvait pas la recevoir Là, c'est moi qu'il a vu un moment donné il m'a laissé seul Moi je pense que j'étais seule, enfin une des praticiens elle choisissait les motifs et elle me collait les rhino... En consultation aussi.</p>
1d		Prise en charge aux urgences	qui est venue aux urgences donc je la prends en charge initialement <p>Aux urgences. Bah aux urgences, je pense qu'il y a encore du premier recours. Aux urgences il y a encore du premier recours.</p> <p>Ouais, aux urgences. Enfin nous, on appelle ça médecin de garde mais oui aux urgences</p>
1e		Consulte seul	Et puis pour reprendre un peu l'histoire du début, c'est qu'un jour il est tombé sur moi puisque je consultai toute seule Parce que lorsque l'on est seul, faut que tu fasses la part des choses urgentes pas urgentes, et comment je gère c'est apprendre un petit peu à te débrouiller toute seule, lorsque ton praticien n'est pas là. <p>C'est moi qui l'aie reçue, parce que ça ne pouvait pas attendre Mais le praticien en question était parti en clinique de façon urgente</p>
1f		Situation d'épidémie	il y avait beaucoup de cas de gripes
1g		Au domicile	en visite à domicile C'était une dame qui vit dans des conditions très précaires assez flagrantes, un appartement

			à la limite de l'insalubrité
1h		Avec le praticien	avec mon praticien Bah je n'y suis pas allé tout seul
1i		A l'hôpital	Les consultations à l'hôpital. Moi j'ai reçu un patient qui m'a été adressé par les urgences pour une suspicion de pneumopathie d'inhalation, donc c'est lorsque j'étais en gastro c'était déjà une hospitalisation Et une fois j'étais de garde
2a	Motif de consultation	Description de situations complexes	<p>j'ai eu une patiente qui est venue pour une fièvre et toux</p> <p>c'est un papa qui amène sa fille d'une douzaine d'années, ils sont indiens et lui ne parle pas du tout enfin quasiment pas français et il venait pour renouveler son traitement contre l'asthme et c'était juste de la VENTOLINE. C'était une petite fille, une jeune fille, mignonne comme tout, sauf qu'elle était quand même obèse et puis à l'interrogatoire finalement, on se rend compte qu'elle prend la VENTOLINE genre trois fois par jour et que son asthme n'est pas du tout équilibré, donc il y a avait déjà ce point là.</p> <p>mais c'est vrai que le père comprenait, a essayé de la motiver pour qu'elle prenne son traitement correctement</p> <p>Lorsque j'étais chez mon praticien, il y avait un SDF qui venait régulièrement une fois par semaine. D'une part pour prendre une douche parce qu'il avait une douche dans son cabinet</p> <p>c'était une jeune fille qui venait pour décompensation de son diabète, qui était en rupture d'insuline, qui est venue aux urgences, pour hyperglycémie, perte de poids, voilà. Qui avait un diabète très mal pris en charge, elle avait perdu sa mère un an auparavant dans un incendie, enfin un contexte très difficile. Elle vivait avec une belle-mère, donc contexte pas facile et là, donc je la prends en charge initialement</p> <p>il y avait plein de patients en état d'ébriété donc ils étaient tous étiquetés en état d'ébriété, on se dit on va vite les voir et effectivement, ils ont bien picolés. Et puis en fait dans le lot, il y en avait un qui parlait, qui n'était finalement pas si alcoolisé que ça et qui était indien, donc il ne parlait pas français et son copain qui était là à côté, machin, et en fait c'est un patient qui venait parce qu'il ne se sentait pas bien depuis le matin et en fait, il arrive avec un énorme dossier, voilà. Dans son dossier, il y avait une IRM et une date de rendez-vous de consultation et dans son IRM, en fait, ça montrait qu'il avait un cancer des tissus, métastatique et donc au final, enfin bref, il avait une embolie</p>

			<p>pulmonaire.</p> <p>Je me suis rappelé d'une histoire qui, peut être ça peut aller dans le premier recours. J'ai vu une patiente, une femme avec douleurs abdominales, plutôt à l'hypochondre droit bizarrement, à qui je demande, est-ce qu'elle a des règles etc, depuis combien de temps etc, elle me dit que là maintenant elle a ses règles. Je lui fais quand même les bêta HCG qui se révèlent positifs, bon après j'ai su finalement, donc je trouve que c'est quand même intéressant, une femme qui a ses règles, comme il le faut, peut-être avec deux jours de retard, pas plus que ça.</p> <p>C'est une jeune femme de 20 ans, qui n'était jamais venue au cabinet et qui venait pour la première fois pour un malaise, une jeune femme d'origine africaine, qui en fait était arrivée en France depuis le début de l'année scolaire, donc depuis quelques mois, pour une formation en alternance en fait, et donc son malaise, qui était le premier motif de consultation, qui était donc un malaise vagal, assez typique, qu'elle avait fait en fin de matinée, sans avoir mangé le matin, en étant dans un contexte un peu étriqué. Donc voilà, il y avait le bilan de ce truc là aigu. Et puis en fait, en discutant un petit peu avec elle, il y avait une découverte de sérologie Hépatite B positive récemment. Elle, en plus, elle ne savait pas si c'était B ou C. Bon finalement c'était B. Et se posait la question d'un bilan éventuel médical de cette hépatite B découverte. Et du coup en déroulant ce truc là, elle n'avait pas de prise en charge sociale, parce que l'endroit où elle faisait sa formation, s'était un peu emparé du truc, et avait dit c'est nous qui nous en occupons et on récupère les papiers de tout le monde pour faire la SECU et en fait ça faisait trois mois que tout traînait et donc ça limitait son recours aux soins à cause de ça, donc tout le côté prise en charge sociale où je ne savais pas très bien comment organiser ces choses. Son bilan où il a été découvert l'hépatite B avait été fait aux urgences en fait lors d'une consultation, où elle était venue pour un malaise qui était hypoglycémique. Et du coup, donc en déroulant un peu plus loin, en fait, elle avait de vraies difficultés d'adaptation à vivre en France. Elle était très isolée, venant d'une famille très nombreuse et quand tu arrives à un isolement presque total ici, et avec tous les changements culturels qui vont avec, l'éloignement des proches. Il n'y avait pas de syndrome dépressif mais en tout cas elle avait des difficultés là-dessus et un rapport avec l'alimentation qui était complètement pathologique, sans qu'elle soit anorexique, c'est-à-dire qu'elle avait un poids qui était</p>
--	--	--	---

			<p>normal, mais elle me décrivait réellement, elle avait vraiment un discours totalement anorexique quoi, avec vraiment une image du corps très perturbée, une répulsion alimentaire importante. Et dans l'hépatite B, bah du coup, les conduites à risque, finalement elle n'avait jamais été ni éduquée, ni bilantée complètement. Donc voilà, elle était repartie avec il me semble avec un bilan sanguin pour l'instant.</p> <p>C'était un Monsieur de 50 ans qui arrive et qui me dit voilà, j'étais SDF, je ne le suis plus et je voudrais prendre en main ma santé. Et il me dit, enfin j'essaye de voir un peu ce qu'il a comme antécédents et là il me dit, j'ai eu des problèmes, il m'a amené un vieux papier de quand il était SDF, un vieux compte rendu, tout chiffonné, et dessus je vois, abcès péri-diverticulaire, cardiopathie ischémique avec infarctus stenté. Et puis je lui demande ce qu'il prend et puis il dit « ça fait bien deux ans que je n'ai plus de médicament, donc je ne prends plus rien ». Et puis il venait me voir parce qu'il avait une douleur abdominale en fosse iliaque gauche, avec de la fièvre</p> <p>c'est une patiente que j'ai vue avec mon praticien en visite à domicile mardi, qui appelait pour dyspnée au moindre effort, douleur thoracique, avec comme principal antécédent une intoxication éthylo-tabagique et un cancer du sein traité il y a plus de cinq ans. C'était une dame qui vit dans des conditions très précaires assez flagrantes, un appartement à la limite de l'insalubrité.</p> <p>Il y avait aussi, il fumait beaucoup, donc dans les traits... Enfin il était motivé, le gars il disait, ok c'est bon je reprends goût à la vie. En fait, il est devenu gardien d'immeuble dans une barre d'HLM, de la ville de mon prat, et en fait il était arrivé à poil, enfin avec des vêtements de SDF et aucun meuble. Et c'est en fait que des gens de l'immeuble, pas du tout hyper-aisés, qui ont tous amené une chaise, un truc, un bidule, et qui lui ont meublé son appart et qui lui ont filler des fringues, donc il était un peu en mode dépareillement. Enfin voilà. Il était reconnaissant et donc spontanément, il avait repris goût à la vie donc là il voulait se reprendre en main.</p> <p>Là, le dernier que j'ai fait ça a été un patient de médecine interne qui était jeune, qui venait pour une fièvre au long cours inexplicquée et qui avait juste eu une aphtose. Et puis, quelques signes d'infection génito-urinaire, il avait des difficultés avec sa nana depuis deux/trois ans pour avoir des enfants. Notamment, on lui a diagnostiqué une maladie rare, une maladie de Kikushi, mais qui passe un peu à la trappe, mais c'était passé ... La principale chose mais</p>
--	--	--	--

			<p>par contre il avait une affection à chlamydiae qui aurait pu déclencher cette maladie rare.</p> <p>Un patient relativement jeune, enfin qui avait une soixantaine d'années, pas une personne en situation gériatrique, qui est arrivé en très mauvais état général et c'est un monsieur qui ne voulait pas se faire soigner. Il voulait rentrer chez lui et c'est sa famille qui l'avait fais hospitaliser. La famille était très demandeuse, « mais qu'est-ce qu'il a ? Vous avez fait les examens ? ». Et lui, lorsqu'on l'envoyait faire les examens, il les refusait. Donc, on le remontait dans le service et on disait qu'il a refusé et « oui mais faut lui faire, c'est à vous de lui faire, il faut ... », Le monsieur était vraiment très cachectique, il n'était pas bien, on soupçonnait tout de même un cancer quelque part, peut être ORL étant donné son terrain alcool-tabagique on va dire et le fait qu'il avait du mal à manger, il décrivait peut être une dysphagie, enfin ce n'était pas très, voilà. Et en fait, pendant que j'étais de garde, j'ai été appelé parce qu'il était moins bien, il avait un peu désaturé mais avec de l'oxygène et tout ça, c'est remonté. Il avait des petites tensions de base qui étaient toujours un peu basses, donc on continuait à l'hydrater. Donc là, il s'était stabilisé, j'ai demandé aux infirmières de surveiller régulièrement et tout ça et elles m'ont rappelé en fin de nuit en me disant « bah il est décédé »</p> <p>Moi j'ai reçu un patient qui m'a été adressé par les urgences pour une suspicion de pneumopathie d'inhalation, un patient qui était déjà venu plusieurs fois pour être hospitalisé, qui était bien connu du service, qui avait un syndrome parkinsonien, qui faisait des fausses routes etc... Sa femme en fait avait appelé les urgences parce qu'il respirait moins bien, le jour où il est arrivé... Et donc il nous est adressé et finalement, à première vue je me dis, est-ce que c'est plus un problème de maintien à domicile difficile, que le médecin traitant a priori était parti en vacances donc bon voilà, finalement il finit par être hospitalisé pour que l'on traite sa pneumopathie d'inhalation. Et en rencontrant la famille, on comprend qu'il a une femme, qui est l'épouse et l'aidant principal, qui n'est pas très bien non plus, qu'ils ont une aide à domicile, mais pas suffisamment pour leur état de dépendance, qu'ils sont en conflits avec leur fille, qu'ils avaient déjà refusé l'hospitalisation en maison de retraite. Puis, je ne savais pas très bien quoi faire de ce patient, est-ce que je pouvais le renvoyer à la maison en sachant que le régime mixé n'était pas respecté, qu'il n'était tout de même pas en forme, qu'il avait besoin de kiné, de choses comme cela... J'ai eu le médecin traitant qui pour lui, tout se passait bien. (...) finalement donc la femme</p>
--	--	--	--

		<p>comptait venir par l'aide à domicile et dit « oui, oui, je veux qu'il rentre ». Par derrière, l'aide à domicile a dit oui je suis prête à venir plus pour faire les repas etc... Donc on s'est dit, on a une chance de le faire rentrer. Puis l'aide à domicile a dit cela avec la femme, puis par derrière elle nous dit, « de toute façon elle lui donne à manger ce qu'elle veut, elle le gave de gâteaux toute la journée alors qu'il ne peut pas avaler ». On fait d'accord. La femme dit « on devait regarder les comptes avec l'aide à domicile », mais c'est aussi compliqué les histoires de comptes gérés par l'aide à domicile parce que l'on voit beaucoup de choses. Et puis finalement la femme n'a jamais voulu montrer ses comptes, la fille ne voulait pas vraiment s'en mêler, on s'est retrouvé un peu coincé socialement.</p> <p>C'est un patient, donc c'est lorsque j'étais en gastro. Donc c'est un patient qui nous a été adressé par Cochin je crois pour la suite d'une prise en charge d'une pancréatite aigüe. Donc bon, on prend, il sortait de réa, c'était une pancréatite aigüe grave, il n'y avait plus de place à Cochin, donc bon on le prend parce qu'on a de la place, mais en soit ça n'intéressait pas franchement, le diagnostic était fait, le traitement était fait, on faisait la continuité donc ça n'intéressait pas grand monde. Alors voilà, il a fait sa pancréatite aigüe alcoolique, c'est un alcoololo-tabagique, il est un peu même beaucoup en précarité sociale, il doit une cinquantaine d'années, au chômage, alcoololo-tabagique, c'était un peu incurique, enfin bon voilà. Donc il arrive dans le service, les chefs disent « bon c'est bien on le met dans une chambre, on vérifie puis on attend gentiment ». Les infirmières au Val, on a tout de même une population un peu particulière, donc le patient incurique, nia nia nia, elles ne voulaient pas trop y aller, enfin voilà et « en plus il risque de faire son delirium tremens, tu comprends, est-ce que la nuit tu prévois de l'attacher », mais bon pour l'instant il est bien, c'est un peu compliqué et donc il y avait tout cela. Donc sur un plan médical, lorsque l'on parle avec le patient on se rend compte que ce n'est pas du tout sa première pancréatite alcoolique, la première, il l'a fait à 35 ans, qu'à cette époque il était marié, il avait ses enfants, bon il aimait bien boire, peut-être un peu plus que la norme mais peut-être pas de quoi faire sa pancréatite aigüe. Il ne parlait pas beaucoup, il ne voulait pas trop parler, puis il avait eu l'ablation de la naso-gastrique etc... Donc c'était un petit peu difficile, et en insistant un petit peu, « oui j'ai été hospitalisé aussi mais je ne sais plus pourquoi, dans tel hôpital mais enfin bon ». En fait, il avait fait à peu près environ six</p>
--	--	---

			<p>pancréatites aiguës. Il n'avait pas de médecin traitant. Donc voilà, ça c'est le premier plan sur lequel je reviendrais. Donc après, ce patient commençait à aller mieux, il tenait bien le sevrage en alcool, il recommençait à manger, il commençait à prendre un peu soins de lui et tout, parce qu'on avait contacté une psychologue pour qu'elle vienne le voir. On était tout de même quelques-uns à essayer de le motiver, de lui faire comprendre qu'il fallait qu'il trouve un médecin traitant, à essayer de le remotiver sur un point de vue personnel, en plus c'était l'approche de Noël, donc justement à Noël, il a eu le droit à sa petite bouteille de Champagne, qu'il y avait sur tous les.... On lui a donné, comme cela, sans réfléchir, sans se dire qu'il était sous AOTAL, qu'il y a deux jours tout le monde criait au delirium tremens, voilà, on ne voulait pas le voir ni rien mais ce soir là on lui a donné sans problème sa bouteille de Champagne, qu'il n'a pas bu. Donc on était très fière de lui parce qu'il l'a eu quand même toute la nuit devant lui, tout seul, le soir de Noël. (...) Bah ouais mais en même temps ça aussi, le lendemain, enfin moi j'étais d'astreinte le 26, donc on lui a dit « bah c'est bien et tout », donc on l'a remotivé. Et puis, il y a le moment où ce patient devait sortir, donc premièrement ment, finalement personne ne s'était vraiment penché sur le fait du pourquoi ce patient faisait des pancréatites aiguës, à chaque fois c'était alcoolique et en fait il avait une hyperparathyroïde primitive. Voilà. Donc bon c'est sûr l'alcool devait aider un peu mais pas que. Donc déjà on a mis en place un traitement, on lui a expliqué. (...) Ouais bonne pioche. On était assez content tout de même, déjà lui ça l'a déculpabilisé, il était content, c'était vraiment bien. Et après, il y a eu le moment où il devait sortir et on s'est dit mais qu'est-ce qu'il va devenir, il n'a pas de travail, il est arrivé en fin de droit au niveau social. Apparemment son appart c'était, enfin comme j'avais eu, puisqu'il était complètement en isolement familial, on avait réussi à avoir un de ses copains qu'on avait appelé « ah oui oui, bah ça faisait longtemps que je n'ai pas eu de ses nouvelles », enfin c'est un copain de bar quoi. Donc je lui ai passé « ah bah oui, ça fait six semaines que je suis à l'hôpital, personne ne s'en inquiète, personne ne m'a appelé », enfin c'était un peu triste. Et avec l'assistante sociale, on a mis en place tout un réseau, on l'a obligé à prendre un médecin traitant, à qui on a écrit des lettres en lui expliquant la situation, on l'a adressé à un centre médico-social avec des consultations psy, des groupes de paroles, mais bon le patient était motivé, on ne l'a pas obligé. Et donc il est sorti et l'assistante sociale avait contacté aussi le pôle emploi, elle avait essayé</p>
--	--	--	---

			<p>de le réinsérer dans tout et ça avait été une bonne prise en charge. Finalement, il est sorti et je ne sais pas ce qu'il est devenu et ça m'ennuie un peu, parce que j'espère que ça a porté ses fruits. Mais si cela se trouve, il a refait une pancréatite aiguë, il repicole, et il n'a même plus de maison, je ne sais pas. C'était un peu complexe, parce qu'il y avait autant sur le plan médical que social, et puis même la prise en charge médicale à l'hôpital dès le départ, aussi bien avec l'équipe médicale et paramédicale, c'était délicat. Puis finalement, c'était assez intéressant.</p> <p>C'était une jeune femme qui était pakistanaise, qui était passée très rapidement aux urgences où il avait dit ok découverte de diabète inaugural, c'est une patiente qui ne parle pas français, qui était en France depuis moins de trois mois, donc qui n'avait pas d'AME, qui était complètement repliée sur elle-même et qui n'essayait pas du tout de dialoguer, qui ne connaissait personne à part plus ou moins une famille d'accueil qui est passée trois fois durant l'hospitalisation. Et il y avait effectivement ce diabète qui était découvert, et on n'arrivait pas à lui expliquer sa maladie, donc il n'y avait pas d'éducation thérapeutique qui...(...). Et puis, qui après a fait de grosses complications, qui a fait une infection rénale, et qui a été néphrectomisée en urgence puisqu'elle faisait la pyélo sur obstacle et qu'on ne l'avait pas du tout vu. Enfin elle se plaignait de petites douleurs, mais elle est restée complètement prostrée et on s'en est rendu compte, enfin ça s'est formé en l'espace de deux jours, quand on s'en est rendu compte il fallait la néphrectomiser, donc voilà. Et du coup, ça a été comme si les urgences se transposaient dans notre service.</p> <p>Moi j'étais appelée, c'était un patient de soins palliatifs, qui venait de décéder dans l'après-midi, un patient jeune, d'une vingtaine d'années, et donc j'ai été appelée, parce que la mère de ce patient qui était toujours dans ce service, ne se sentait pas bien, c'était pas quelqu'un d'hospitalisé mais l'on se doit d'y aller, là je suis arrivée sur..., je crois qu'il y avait 40-45 personnes, une famille antillaise je crois, qui était réunie dans une grande salle, c'était le le style des soins palliatifs, bien beau.... Ils étaient en train de boire un peu de rhum, il y avait des accras de morue, enfin ils étaient en train de partager un moment fort, puisqu'ils étaient tout de même très proches, parce qu'il y avait la femme. Et du coup, il m'appelle parce qu'il y avait l'équipe médicale infirmière qui n'arrivait pas à répondre à cette demande de cette femme, qui en fait ne se rendait pas compte que son fils était mort et moi j'arrive. Et c'est vrai qu'au début, je lui ai</p>
--	--	--	---

		<p>dis, bah moi je ne peux rien faire, déjà il y a plein de personnes, bon il est mort. J'ai essayé déjà de la mettre dans une autre salle, pour essayer de discuter un petit peu avec elle mais il y avait toujours six personnes, il était évident que je n'arrivais jamais... C'était déjà un petit peu plus au calme, effectivement, c'était impossible de ..., de lui expliquer, je n'avais jamais vu le patient, de lui dire bah il est mort, c'est comme cela, parce qu'elle pensait qu'il était encore parti pour une cure de chimiothérapie et elle voulait aller le retrouver dans l'hôpital à côté, où il partait. Je ne savais pas trop quoi faire. En même temps, je devais aussi répondre à cette demande de l'équipe qui était complètement, voilà elle ne savait pas quoi faire, et puis la famille et tout ça, tout le monde était en civil et moi j'étais là avec ma blouse blanche, je ne savais pas trop ... Je finis tout simplement par appeler un psychiatre de garde, j'ai tout de même demandé son avis, s'il savait que son mari venait d'être enterré, qu'à cette dame je lui prescrive un petit anxiolytique ou quelque chose comme cela. Il a dit que de toute façon il n'y avait rien à faire. Je parlais à la famille et puis elle a été entourée, c'était une patiente très entourée, je me suis vraiment assurée qu'elle ne serait pas seule ce soir, et que voilà. Et le psychiatre m'a expliqué que ça faisait partie des mécanismes de défense et d'acceptation du décès, que c'était un processus naturel, qu'il ne fallait surtout pas forcer les choses, même donner quoi que ce soit pour Mais une des filles qui était infirmière avait déjà donné un comprimé d'ATARAX, que cela n'avait pas grand intérêt d'aller au-delà.</p> <p>Et donc, elle se plaint de céphalées et elle avait vu justement une de mes chefs deux jours avant pour ses céphalées, qui lui a donné du paracétamol et qui lui a dit « merci au revoir, ne vous inquiétez pas ». Et les céphalées, effectivement, ça la réveillait un peu tous les matins, vers la même heure, vers 3h du mat et après elle n'en avait plus de la journée. Ça allait très bien, ça durait quelques secondes, c'était vraiment ... Et le mari me dit, ancien chef de service, « oui je voudrais qu'elle ait une IRM quand même, enfin bon ». Je ne trouvais pas... l'examen clinique était strictement normal, donc finalement, je me sentais un petit peu obligée de le faire, d'avoir l'IRM. Je négociais avec le radiologue, gentiment, « c'est la femme d'un chef de service ». Donc, on fait l'IRM tranquillement en se disant que l'on ne va rien trouver, et puis là, énorme glioblastome. Donc voilà, là c'était peu parlant, mais par exemple moi je vois souvent des patients qui arrivent pour dysarthrie, ils vont voir le médecin traitant, tout de suite IRM et là ils ont</p>
--	--	--

		<p>un glioblastome, ils sont hospitalisés et c'est tout de même un peu du premier recours. Mais ça, ça m'avait marqué, parce que là, je me suis retrouvée avec le mari, qui était compétent tout de même et qui voulait voir les images. Donc voilà, on était là avec la radiologue, il a tout de suite compris, il a dit « c'est bon c'est un glio GD ou c'est un lymphome, donc elle n'en a plus pour longtemps », et elle est arrivée sur ses deux jambes, la veille pendant la journée, elle avait travaillé, elle était bien habillée et tout, enfin bon. On la monte en neuro, déjà elle commence à dire « oui je sais que je suis malade ». On commence à lui faire une annonce le lendemain matin et là, elle s'est enfoncée, elle a saigné et elle est morte en deux jours. Et c'était affreux, on avait la famille à gérer, la patiente, on a expliqué, elle a commencé à se mettre en globe, donc je suis aller la voir en lui disant qu'on allait la sonder, alors « ça y est, je suis foutue », enfin bon on le savait parce qu'elle était en train de saigner, c'était très compliqué à faire en fait, il n'y avait pas franchement de prise en charge médica..., enfin si on a mis un peu la morphine parce qu'elle commençait à avoir mal, l'HYPNO. Enfin là, ça devenait très... Mais c'était sur le cours terme, la prise en charge de la famille, du mari, sur quelque chose que l'on avait vu deux jours auparavant, on avait dit « non,non c'est bon, rentrez à la maison, ce n'est pas trop inquiétant », enfin ce n'est pas inquiétant du tout même.</p> <p>Moi, j'ai un patient qui était venu avec sa femme, son épouse, ils avaient 80 ans tous les deux, et c'étaient deux anciens médecins, retraités depuis une vingtaine d'années, mais qui pensaient... qu'ils étaient toujours médecins. Donc, c'est sa femme qui lui prescrivait ses médicaments, il était hypertendu, diabétique, insuffisant cardiaque. Il avait été hospitalisé deux ans auparavant pour une petite décompensation cardiaque et donc depuis deux ans, elle remettait exactement les mêmes traitements. Elle avait encore son ordonnancier. Alors voilà, elle ne savait pas ce qu'elle mettait mais elle le mettait, c'était clairement ça. Déjà, ça avait été très difficile, parce que j'avais dit « mais c'est qui le médecin traitant ? Qui est-ce qui vous prescrit ça ? ». Et voilà, ils sont arrivés avec un bilan et avec une clairance à 9 et elle, elle est inquiète parce qu'il y avait une hyperleucocytose à 11, enfin ... Je vois finalement, « mais qui est-ce qui vous a demandé ce bilan ? Pourquoi vous l'avez fait ? », « Mais c'est moi qui a demandé ce bilan », « non mais quel est le médecin ? ». Alors déjà j'ai mis du temps à percuter que c'était elle qui lui prescrivait et j'ai dit « mais pourquoi vous lui avez prescrit ? », « parce</p>
--	--	---

			<p>qu'au début il n'avait pas de maladie, je lui ai prescrit parce que tous les ans je fais un bilan à mon mari ». Alors, elle avait le bilan de l'année dernière où il avait une clairance à 16, donc voilà. « Mais le diabète, il l'a depuis quand ? Il est suivi ? », « oui, oui, c'est moi qui le suit, vous voyez je lui ai prescrit ça ». Alors il avait des ADO, enfin parfait, et donc voilà, finalement je l'ai fait hospitaliser et il est allé se faire dialyser le lendemain matin, on a hésité à le faire dans la nuit et puis il a eu toute la prise en charge. Mais un médecin traitant qui se ..., enfin c'est intéressant pour un médecin traitant, enfin, il l'aurait hospitalisé pareil, mais ou un peu avant, s'il l'avait vu une ou deux années avant, il aurait pu vraiment faire le premier recours avec la mise en place d'un suivi néphrologique, enfin..., ça aurait pu être intéressant. Mais là vraisemblablement ... Voilà.</p>
2b		Renouvellement de pilule	<p>Non, mais elles viennent pour le renouvellement de pilule Ah bon, ils viennent en ville pour le renouvellement de pilule «Oui mais depuis qu'on a changé la pilule, j'ai pris du poids »</p>
2c		Situation sociale difficile	<p>Enfin moi j'avais une patiente qui avait besoin d'un certificat pour son fils qui était asthmatique et tout ça, et elle avait un logement qui était très très mal isolé avec de l'humidité, des moisissures, des choses comme ça, qui contribuaient à aggraver son état et elle demandait un certificat pour l'aider à changer de domicile.</p> <p>c'est plus un problème de maintien à domicile difficile (...) l'épouse et l'aidant principal, qui n'est pas très bien non plus, qu'ils ont une aide à domicile, mais pas suffisamment pour leur état de dépendance, qu'ils sont en conflit avec leur fille, qu'ils avaient déjà refusé l'hospitalisation en maison de retraite.(...) est-ce que je pouvais le renvoyer à la maison en sachant que le régime mixé n'était pas respecté, qu'il n'était tout de même pas en forme, qu'il avait besoin de kiné, de choses comme cela</p>
3a	Aptitude = identifier une situation grave	Situation atypique	<p>elle me paraissait un petit peu pas comme les autres il me dit qu'il a mal au ventre mais pas comme d'habitude, et donc j'étais un peu partagée entre ce qu'il était Je lui fais quand même les bêta HCG qui se révèlent positifs, bon après j'ai su finalement, donc je trouve que c'est quand même intéressant, une femme qui a ses règles, comme il le faut, peut-être avec deux jours de retard,</p>

			pas plus que ça
3b		Echec	<p>on n'avait pas appelé, même les infirmières n'avaient pas pensé, alors que par habitude elles le font quand même souvent, parce que comme c'est des patients qu'on s'attend à ce qu'ils aillent mal, on a le numéro tout prêt, on sait qu'il faut les prévenir, on en a déjà parlé à la famille. Alors que là, ça faisait trois jours qu'il était là, on était encore dans qu'est-ce qu'il a, la recherche de sa pathologie, et que là, on est un peu passé à côté.</p> <p>puisqu'elle faisait la pyélo sur obstacle et qu'on ne l'avait pas du tout vu</p>
3c		Non anticipable	Même les infirmières sont un peu tombées des nues, (...) et puis à un moment, après on ne peut pas anticiper ce genre de chose.
3d		Se faire aider	elles sont passées plusieurs fois dans la nuit, régulièrement et il a toujours été stable, enfin on a toutes les constantes
4a	Difficultés de la médecine générale	Compétences variées, vastes	<p>Il y a un manque de compétences pour le coup, car la pédiatrie c'est quand même quelque chose d'hyper particulier quand même. C'est difficile d'avoir les compétences de pédiatre en plus de toutes celles des adultes et celles des gériatres</p> <p>Enfin là, on rentre dans les détails, mais justement pour dire que la pédiatrie ce n'est pas facile</p> <p>Mais si c'est pour la médecine générale, vraiment il ne te manquera pas tant de compétences</p> <p>Après dans chaque spécialité, si tu n'y passes pas, tu es moins compétent, ça c'est clair</p> <p>Clairement la gynéco et la pédiatrie devraient quasiment être un truc obligatoire</p> <p>Il y a autant de spécialistes que de maladies.</p> <p>On ne peut pas passer partout</p> <p>Il faut vraiment bien se débrouiller ça fait un peu peur, parce qu'il faut être au point sur plein plein de choses...</p> <p>On est en face de trucs graves, des trucs pas graves, des trucs spécialisés, des trucs ...</p>
4b		Oubli à mesure	Et puis tu oublies, moi je pourrais passer 10 fois dans le service, j'apprendrais toujours quelque chose.
4c		Evolution des connaissances	<p>Les connaissances théoriques elles changent tout le temps</p> <p>Après, pour approfondir, ce n'est jamais fini, on apprend toute la vie.</p>
4d		Suivi des patients	parfois les suivis sont plus difficiles

4e		Ne pas savoir orienter	<p>Si mais le problème c'est lorsque l'on ne sait pas de quelles compétences ça relève!</p> <p>Si c'est quelqu'un qui vient avec un truc complètement farfelu... Et puis parfois ce n'est pas qu'on ne sait pas ce qu'il a, c'est aussi parfois que ça ne correspond à rien.</p> <p>Un peu à rallonge. Ouais, ou j'ai eu un patient, le traitement a été arrêté puis repris on ne sait pas pourquoi. Parce qu'il change de médecins tout le temps, donc forcément le suivi est difficile</p>
4f		Temps de consultation court	<p>C'est vrai que parfois on est un peu pressé par le temps, et c'est à ce moment-là, et en fait Je trouve que quand même ce qui est un peu difficile, et je me demande comment réussir à gérer ça, c'est de continuer à faire de la bonne médecine, avec des consultations aussi courtes et mon praticien leur répond qu'il ne peut pas se concentrer sur 5 problèmes à la fois, en même temps, en 20 min.</p>
5a	Difficultés rencontrées au cabinet	Charge de travail importante	<p>donc demandé par les patients</p> <p>beaucoup de travail avec leurs patients, mais si en plus on rajoute</p>
5b		Barrière linguistique	<p>avec beaucoup de gens qui ne parlent pas très bien français</p> <p>ils sont indiens et lui ne parle pas du tout enfin quasiment pas français</p> <p>j'ai déjà eu un peu de mal à déjà à lui expliquer, parce qu'elle faisait la traduction pour son père, donc à expliquer à une petite fille de douze ans son histoire de l'asthme que son traitement ne suffisait pas, qu'il fallait faire des EFR, qui fallait lui donner des corticoïdes inhalés ect, qu'il fallait la revoir, plus après l'histoire du poids, finalement j'ai laissé tomber parce qu'il y avait dix fois trop de choses dans la consultation plus après son histoire de dermocorticoïdes ect, enfin c'était compliqué.</p> <p>Bah elle parlait très bien français mais du coup c'était compliqué.</p> <p>Mais du coup c'était compliqué.</p>
5c		Difficulté à gérer les patients pénibles	<p>le côté aussi un petit peu « patient pénible » et ne pas se laisser entraîner par ça</p>
5d		Première fois = déstabilisant	<p>Oui. Mais c'est un peu déstabilisant d'arriver à bac+8 et de mettre les pieds dans un cabinet et au début du stage chez le praticien (c'est vrai, qu'on oublie un peu maintenant qu'on est plus à l'aise) mais c'est un peu déstabilisant, tu mets les pieds dans le cabinet e tu te dis « ah ouai, quand même, je ne connais rien! » Tu as</p>

			l'impression d'être nul.
5e		Nécessité d'un examen complémentaire	mais lorsque tu es tout seul dans ton cabinet, tu dois savoir si justement tu demandes un examen complémentaire ou pas, dans quel délai.
6a	Aptitude = Prise en compte du contexte social	Précarité = difficulté	<p>il y a toute la part, un peu de précarité, de prise en charge des soins, chez quelqu'un qui n'a pas de prise en charge sociale, qui n'a pas de lieu de vie, pour l'hospitaliser, du coup c'était très compliqué.</p> <p>alors que la précarité, tu ne sais pas quoi faire lorsque que tu as un SDF qui s'assied en face de toi, « bah vous dormez où ? bah je ne sais pas ». Est-ce qu'on a le droit de le foutre dehors ? Enfin tu vois...</p> <p>une dame qui vit dans des conditions très précaires assez flagrantes en fait ça faisait trois mois que tout traînait et donc ça limitait son recours aux soins à cause de ça, donc tout le côté prise en charge sociale où je ne savais pas très bien comment organiser ces choses.</p> <p>Puis, je ne savais pas très bien quoi faire de ce patient un peu même beaucoup en précarité sociale, il doit une cinquantaine d'années, au chômage, alcool-tabagique, c'était un peu incurie, enfin bon voilà</p>
6b		Hospitalisation freinée par les difficultés sociales du patient	il y a toute la part, un peu de précarité, de prise en charge des soins, chez quelqu'un qui n'a pas de prise en charge sociale, qui n'a pas de lieu de vie, pour l'hospitaliser, du coup c'était très compliqué.
6c		Demande du temps	<p>beaucoup de travail avec leurs patients, mais si en plus on rajoute comme cela des ... Je pense que ça devrait rester quand même limité, on ne peut pas tout faire, on ne peut pas prendre des rendez-vous pour le patient...</p> <p>Et puis du coup cela prend un petit peu de temps, la femme était handicapée, ne se déplaçant qu'en fauteuil roulant, difficile de la convoquer pour pouvoir faire le point. Ouais, mais franchement cela avait pris du temps.</p>
6d		Protection judiciaire	qui est de mettre une sauvegarde de justice, parce qu'on ne savait pas très bien ce que faisait l'aide à domicile et puis demander l'aide sociale pour éventuellement un remplacement

6e		Compromis = difficile	mais en même temps, je lui apporte quoi comme confort de vie, que d'être loin de sa femme.
6f		Botter en touche	Donc effectivement, j'ai un peu botté en touche mais voilà, à la fin de l'hospitalisation, je n'étais pas vraiment...
6g		Demande de la motivation	Parce que appeler les centres médico-sociaux proches de son quartier, arriver à avoir quelqu'un et tout, faut se motiver.
7a	Difficultés rencontrées à l'hôpital	Mauvaise observance = difficulté	Qui avait un diabète très mal pris en charge
7b		Contexte social précaire = difficulté	N'ayant pas de logement, en plus lui il était un peu isolé C'était une situation sociale aussi un peu complexe (...), on s'est retrouvé un peu coincé socialement. c'est une patiente qui ne parle pas français, qui était en France depuis moins de trois mois, donc qui n'avait pas d'AME, qui était complètement repliée sur elle-même et qui n'essayait pas du tout de dialoguer,
7c		Contexte psycho-social lourd = difficulté	Elle avait perdu sa mère un an auparavant dans un incendie, enfin un contexte très difficile. Elle vivait avec une belle-mère, donc contexte pas facile
7d		Raccourcir les séjours / pression administrative	donc comme cela faisait déjà trois semaines qu'il était chez nous et à un moment, on a aussi la pression de raccourcir la DMS,
8a	Aptitude = établir un diagnostic	Place de l'examen clinique	elle me paraissait un petit peu pas comme les autres je l'ai examinée, elle était très pâle Sans forcément penser que je vais chercher l'anémie et puis bah après les compétences normales de diagnostic à visée thérapeutique Et à l'examen, à ce moment-là, elle avait la douleur thoracique, tachycardie,
8b		Réalisation d'examens complémentaires	ensuite j'ai fait un bilan, une échographie je l'ai même emmenée faire un ECG j'ai demandé un bilan quand même en urgence Bah un peu tout, parce que du coup, j'ai fait un bilan par rapport aux troubles du comportement alimentaire, mais ça, je n'étais pas très inquiète finalement, d'apparence, elle ne m'inquiétait pas, donc un peu nutritionnel.

			<p>J'ai fait un bilan hépatique. Je n'avais pas prescrit d'imagerie dans un premier temps, donc bilan hépatique pour l'Hépatite B et quoi d'autre, bah bilan de MST, bilan sanguin</p> <p>Donc voilà, je lui ai dit que c'était une possibilité parmi tant d'autres, qu'il y avait d'autres choses, qu'il fallait faire des examens</p>
8c		Lecture des éléments disponibles= aide	<p>Dans son dossier, il y avait une IRM et une date de rendez-vous de consultation et dans son IRM, en fait, ça montrait qu'il avait un cancer des tissus métastatique et donc au final, enfin bref, il avait une embolie pulmonaire</p>
8d		Faire un diagnostic de maladie rare	<p>en fait il avait une hyperparathyroïde primitive</p> <p>une maladie rare, une maladie de Kikushi</p>
9a	Importance du ressenti / impression clinique	Intuition sur le diagnostic	<p>je ne me souviens plus pourquoi, à un moment donné j'ai dû suspecter une myocardite, je ne me souviens plus pour quelle raison exactement</p> <p>Moi je me dis que tout le reste c'est plutôt secondaire.</p> <p>Mais c'est vrai que c'est souvent dur, dès que l'on doit avancer quelque chose que nous on sait que c'est forcément grave, à l'examen, sa masse, ils ont du penser à quelque chose d'adhérent, de douloureux, c'est un début de mastite, mais voilà, ce n'est pas engageant.</p> <p>Donc en fait, elle n'avait pas d'EP mais elle avait en revanche une grosse masse médiastinale, de localisation</p> <p>C'est parfois des ressentis ou des petites choses</p> <p>il n'était pas bien, on soupçonnait tout de même un cancer quelque part</p> <p>on fait l'IRM tranquillement en se disant que l'on ne va rien trouver</p>
9b		Intuition sur le suivi futur	<p>N : Et elle a tout compris ce que tu lui disais ou</p> <p>S : Non, elle comprenait, mais je voyais bien que l'organisation allait être compliquée.</p>
9c		Annonce diagnostic grave = difficile pour le soignant	<p>Sur le coup le ressenti, oui c'est ça, une certaine détresse et un certain déni aussi.</p> <p>On commence à lui faire une annonce le lendemain matin (...) et c'était affreux</p> <p>c'était compliqué (...) de l'annonce diagnostique,</p>
9d		Savoir mettre de la distance...	<p>Après il y a une limite de protection de soi aussi qu'il faut trouver</p>

9e		... mais pas trop	et que je sentais que c'était très anxiogène pour lui que je n'avais plus vraiment envie de passer du temps dans sa chambre.
9f		Peut être trompeur	parce que comme j'avais l'impression que c'était reparti et qu'il était revenu à son état de base, on n'avait pas appelé
10a	Aptitude = gestion de l'urgence	S'adapter en fonction du degré d'urgence	donc j'ai demandé un bilan quand même en urgence sans l'envoyer aux urgences, elle ne me paraissait pas non plus très inquiétante
10b		Identifier l'urgence	Et la deuxième fois qu'il est revenu, il m'a dit qu'il avait à nouveau des douleurs dans la poitrine. Potentiellement le danger c'est plutôt le niveau digestif, et partir de là et donc voilà, finalement je l'ai fait hospitaliser
10c		Appeler le Samu	tu as fait ce que tu as pu, tu as appelé le Samu
10d		Besoin d'une réponse rapide	Qu'elle soit rapide et puis voilà, il y a une chose urgente qui m'inquiète
10e		Diagnostic de maladie grave aux urgences = compliqué	c'était compliqué, mais c'était surtout sur le fait de la prise en charge immédiate
11a	Aptitude = convaincre le patient/ communication	Nécessite longue discussion avec le patient	<p>Finalement, j'ai du vraiment insister pour qu'elle le fasse le même jour, Surtout qu'en médecine générale les patients, ils parlent facilement, donc si à 23 ans tu lui demandes, enfin je ne sais pas, si elle compte avoir un bébé dans six mois</p> <p>Je n'ai pas laissé tomber le truc, j'insistais, j'expliquais, avec plusieurs approches différentes pour lui faire comprendre qu'elle n'avait pas trop le choix en fait, mais j'ai quand même été étonné qu'elle ait fait la démarche</p> <p>Il y a une grande partie de la visite qui était en fait dédiée à de la négociation avec la patiente</p> <p>Donc il y a eu pas mal de négociation à ce niveau là, on a fait l'Innohep etc</p> <p>Alors qu'en fait, ce n'est pas forcément que maintenant, ça fait peut être plus de cinq ans qu'il négocie avec le patient pour qu'il aille à l'hôpital</p>
11b		Utilisation de la technique de l'entretien	Euh bah, il y avait déjà tout ce qui est l'entretien motivationnel après pour le poids.

		motivationne l	
11c		Nécessite de la motivation, du temps	<p>on va être là pour la remotiver et il faut que nous on soit motivés. Mais la négociation, tu vois... moi j'imagine mal pendant une heure...</p> <p>On était tout de même quelques-uns à essayer de le motiver J'ai évité de batailler</p>
11d		Convaincre = responsabilité du praticien	<p>alors qu'il y a peut être une urgence, un danger imminent et on se sent investi d'une mission c'est une responsabilité. Après je pense qu'il y a une responsabilité certes, mais elle a des limites aussi. Oui mais toi au moins t'auras fait ton job et... Au moins tu ne l'auras pas tué, et il aura pas à te le reprocher, s'il s'en sort, de te dire euh, « ben voilà, mais je suis allé à l'hôpital 3 jours après, et on m'a dit « vous auriez du venir il y a 3 jours, c'était vraiment grave ». Vous ne m'avez pas dit ça docteur! Moi je n'ai pas compris qu'il fallait aller à l'hôpital» Il faut toujours essayer de négocier.</p>
11e		Echec = frustration	<p>et toute la frustration que l'on a lorsqu'on n'arrive pas à convaincre les gens à aller aux urgences</p> <p>J'ai essayé de lui dire qu'il fallait qu'elle arrête de prescrire, enfin bon ... Voilà.</p>
11f		Convaincre = difficulté surtout si seul	<p>Moi, que j'ai eu du mal à gérer au début parce que je me disais : « et mince, j'ai cette responsabilité, je suis toute seule, il faut que ce gars aille consulter. Que dois-je faire ? Quels sont les mots à employer ? Pourquoi il ne perçoit pas le danger ? Pourquoi il n'a pas cette notion ? »</p> <p>Il y a de la frustration aussi ... -J : Dès que l'on n'arrive pas à lui faire comprendre, on est beaucoup plus frustré... On est beaucoup plus déçu. Tu négocies sur le temps que tu as en consultation. Tu peux plus faire de la bonne médecine parce qu'à un moment, le dernier motif, tu dis « bon ben ok, faites le bilan... » Voilà, je n'arrivais pas à me dire, est-ce que c'est mes mots ? Est-ce moi qui n'arrive pas à le convaincre ? Est-ce qu'il n'a pas conscience de son état de santé ? Enfin, ...</p> <p>c'était impossible de ..., de lui expliquer (...) tout le monde était en civil et moi j'étais là avec ma blouse blanche, je ne savais pas trop</p>

11g		Laisser le temps au patient / se donner du temps	<p>Ou ils peuvent en avoir conscience. Moi, la patiente, j'ai été étonné qu'elle soit allée aux urgences par la suite.</p> <p>Mais des fois aussi les démarches, ça peut mettre un certain temps à les admettre sur le coup il faut savoir patienter.</p> <p>Et c'est vrai que ce temps qui est différent finalement, il donne aussi un poids</p> <p>Le temps est différent et c'est quelque chose que l'on n'est pas habitué à savoir gérer justement.</p>
11h		Savoir accepter le refus, le compromis, laisser le patient décider	<p>Oui bah justement, là on débute, on a du mal à jeter l'éponge, à laisser les gens...</p> <p>-S : Non je n'ai pas jeté l'éponge.</p> <p>Moi j'ai eu une situation d'une dame de 42 ans, qui avait un cancer pulmonaire, qui vient, qui refuse tous les soins, je la vois, elle me dit oui je refuse tous les soins, et là j'ai eu une rage, enfin une rage ...</p> <p>elle a toutes ses chances, pourquoi, tout ça. Essayer de la convaincre sans pour autant</p> <p>Elle est libre</p> <p>C'est comme tout, parce que tu as, tu ne peux pas contraindre les gens à faire les choses qu'ils ne veulent pas faire, c'est tout.</p> <p>Avec quelqu'un il faut savoir jusqu'où on peut aller et comment arriver à le convaincre, et à, partir de quand on peut abandonner On peut donner toute l'information tout bien avant, ou bien lui il veut pas il veut pas parce qu'il fait beau qu'il veut aller se promener... On ne peut pas lui dire « non, c'est comme ça et pas autrement » ou bien on lui dit « je vous explique ce que vous risquez, vous rentrez chez vous et... »</p> <p>Il faut essayer de trouver un compromis quoi...</p> <p>sur le fait que et bah est-ce que l'on doit prendre en compte la demande de ce patient qui voulait en finir</p> <p>Alors que c'était un peu difficile, alors on disait on va essayer, on va réessayer, on ne peut pas le forcer. (...) avec le patient qui était opposant à gérer</p> <p>Mais ouais, une fois j'ai eu un problème, parce que la patiente n'avait pas spécialement tenu à ce que j'écrive une lettre au médecin traitant, en disant je n'avais pas marqué. Je lui avais donc dit de reconsulter à 48h mais je n'avais pas marqué puisqu'elle n'avait pas voulu sa lettre, et donc ça c'est un petit peu compliqué par la suite, un peu loin mais voilà</p> <p>Voilà, je ne sais pas ce qu'ils en font, pareil</p>

11i		Echec peut dépendre du patient	C'était peut être due à la patiente ?
11j		Convaincre = Plus facile à l'hôpital	<p>Moi je trouve que l'on apprend aussi en étant en médecine générale, le poids que peut avoir des paroles et des répercussions, même si ce n'est pas immédiat. Alors que c'est un truc à l'hôpital justement, c'est très immédiat, ils sont hospitalisés là, ils sont tous là tout d'un coup, ils sont aux urgences, c'est maintenant ou jamais.</p> <p>Il n'y a pas de négociation. A l'hôpital tout est ...</p> <p>Et le rapport est différent, le rapport hiérarchique est différent, c'est ce que l'on disait. On est plus «d'égal à égal» en ville, par la situation physique, vestimentaire, enfin tout quoi. Alors que lorsque l'on est à l'hôpital, on impose plus facilement des choses à l'hôpital, on discute beaucoup moins les choses, on a peut être moins le temps.</p> <p><i>C'est plus difficile pour vous en tant que médecin ?</i></p> <p>-T : Oui.</p> <p>-S : C'est plus dur, ça rend les choses un peu plus dur.</p> <p>-C : On est plus dans le marchandage...</p> <p>-A : On investit plus de sa personne et puis c'est ...</p> <p>On est beaucoup plus quand même faible, enfin... A l'hôpital, on est très vite, même physiquement, entouré par d'autres soignants, médecins ou pas médecins.</p> <p>-P : Et à l'hôpital, un patient qui refuse c'est très simple, on lui dit bah: dehors.</p> <p>-J : Oui enfin ce n'est pas compliqué, on lui dit, vous ne voulez pas, vous sortez. Alors que dans le cabinet tu ne peux pas faire ça. Tu es devant ta personne, tu ne vas pas lui dire, ah bah d'accord vous ne voulez pas, vous sortez.</p>
11k		Aptitude à être coercitif	<p>mais ta relation va être forcément biaisée pour l'avenir, et il pourra t'en vouloir pour la suite.</p> <p>Ca dépend toujours du degré d'urgence. Y'en a je pense que oui, tu peux être, euh, enfin euh, je sais pas, je vais dire, s'il y a un danger vital immédiat, et que la personne s'entête, tu peux lui dire aussi « bon ben voilà, je vous demande pas vote avis</p> <p>on l'a obligé à prendre un médecin traitant,</p>
11l		Ne pas faire peur	Je pense que leur faire peur ce n'est pas la solution... ça marche avec certains mais, (<i>plusieurs parlent en même temps</i>) ce n'est pas toujours adapté aux patients qu'on a devant soit

11m		Laisser parler le patient / parler peu = bénéfique	Moi, il y a un autre truc aussi, dans ce genre de cas, j'étais étonnée au début: j'avais un praticien qui parlait très très peu en fait en consultation, et au début j'étais vachement interpellée (...) et en fait je me suis rendue compte que du coup ce qu'elle disait avait un poids décuplé et ensuite que lorsque les patients te déversent leurs flots de demandes, de trucs et bah tu n'es pas non plus obligé de répondre du tac au tac à tout quoi, tu peux aussi
12a	Aptitude = ne pas passer à côté de quelque chose	Examen clinique inhabituel	elle me paraissait un petit peu pas comme les autres et il me dit qu'il a mal au ventre mais pas comme d'habitude
12b		Ne pas se faire piéger par des cas cliniques redondants	lorsque l'on est vraiment inondé par les cas de quelque chose de commun, tu vois 20 patients qui ont ça, grippe, grippe, grippe Parce qu'au niveau des compétences, ça rejoint un peu, il faut essayer de faire la part des choses entre ce qui est habituel et ça il y avait plein de patients en état d'ébriété donc ils étaient tous étiquetés en état d'ébriété Et donc voilà pour moi, le premier recours, il était de faire la part des choses entre ce qui est étiqueté aux urgences et ce qui est étiqueté, ce qui est banal -C : Ils ont le droit d'avoir des trucs aigus. -P : Quelqu'un qui vient et qui somatise toujours sur une douleur thoracique, un jour ça peut être grave... -T : Ou bien une douleur abdominale. -P : Ca peut être une vraie urgence chirurgicale.
12c		Être attentif et vigilant	il faut vraiment faire attention à tous ces signes cliniques moindres, c'est vraiment l'histoire de base Et puis au cours de ta journée, pour ne pas passer à côté de quelque chose Et puis en fait dans le lot, il y en avait un qui parlait, qui n'était finalement pas si alcoolisé que ça Si tu veux au départ, il ne venait pas du tout pour ça, il était dans le lot de tous les alcoolisés. Je veux dire, jusque là je ne veux pas passer à côté de quelque chose. -S : On a besoin d'être toujours vigilant. il y a aussi la notion d'être un peu tout le temps en alerte Et qui peuvent se ressembler C'est ça

12d		Applications des enseignements théoriques	<p>c'est vraiment l'histoire de base mais on ne l'applique pas forcément toujours au cours de notre pratique, enfin je trouve, je ne sais pas. On a appris ça en D3 ou D4, pâleur, anémie, moi lorsque je l'ai vu pâle, je ne pensais pas à l'anémie, elle me paraissait juste un cas, pas comme les autres.</p> <p>Je n'ai jamais fait de pédiatrie. Mais c'est facile de peser l'enfant, de voir qu'il a perdu 8% de son poids ou 10 % de son poids Bah de toute façon si après tu suis ce que l'on t'a appris, effectivement de 0 à 5 tu restes à la maison, de 5 à 10 ça dépend, et au dessus de 10 tu les envoies c'est sûr, donc si tu fais comme cela...</p> <p>De toute façon on a le savoir sur les grosses maladies.</p> <p>Non pas que des trucs aigus, même s'ils viennent pour le dépistage. C'est-à-dire que lorsqu'on a eu le cours sur le VIH, qu'on nous a expliqué qu'il fallait dépister de façon large et assez systématique, bah oui on pense plus chez le mec qui débarque d'Afrique, chez la jeune toxico. On a des profils très établis dans la tête et du coup voilà.</p>
12e		Détails importants	<p>mais cela m'a appris vraiment à faire attention au moindre détail durant l'examen clinique</p> <p>je suis peut être passée à côté de quelque chose, je n'ai peut-être pas vu la détresse là qu'il y avait</p>
12f		Plaintes itératives = vigilance	<p>Il disait tout le temps qu'il avait très très mal au ventre, le praticien le voyait toutes les semaines, il avait mal au ventre, il l'examinait et il n'avait jamais rien, voilà, de temps en temps il avait déjà fait des bilans et cela n'avait rien donné.</p> <p>De toute façon, il a toujours mal au ventre, il râle toujours</p> <p>Il faut l'avoir en tête justement. Toujours avoir un peu de recul de se dire, est-ce que finalement la relation de confiance que l'on a établie n'est pas en train de nous jouer un tour aussi.</p> <p>-N : Je pense que malgré la chronicité de la relation, il faut toujours pouvoir se remettre en question.</p> <p>La nana très anxieuse avec la douleur thoracique, bon bah on va être moins vigilant aussi.</p>
13	Identification du motif de consultation explicite	Renouvellement d'ordonnance	<p>il venait pour renouveler son traitement contre l'asthme et c'était juste de la VENTOLINE</p>

			<p>et il me dit qu'il a mal au ventre mais pas comme d'habitude et en fait il avait une pancréatite</p>
14a	Aptitude = Aller au-delà de la demande	Prise en charge de l'obésité	<p>une jeune fille, mignonne comme tout, sauf qu'elle était quand même obèse Donc après, il y avait cette histoire d'obésité, personne ne s'était jamais préoccupée de son poids et à douze ans je trouvais que ça valait peut être le coup de vouloir essayer de faire quelque chose avant que ça ne puisse pas se résoudre. Donc parfois dans les soins de premiers recours, il n'y a pas forcément que des demandes immédiates, il se cache des choses derrière où l'on se sent un peu impuissant</p>
14b		Ajustement du traitement de l'asthme	<p>on se rend compte qu'elle prend la VENTOLINE genre trois fois par jour et que son asthme n'est pas du tout équilibré, donc il y a avait déjà ce point là</p>
14c		Traitement de l'eczéma	<p>Après comme problème, elle avait aussi du coup un terrain allergique et elle avait des énormes plaques d'eczéma partout, un peu genre lichénifiées et puis pareil, elle ne mettait rien, mais ça la gênait du coup c'était complètement, enfin complètement disgracieux.</p>
14d		Dépend du contexte, du patient	<p>Ca dépend. Non ça dépend. Non ça dépend qui, qui c'est Oui mais après, si elle vient tous les quatre matins pour un oui, je pense que je creuserais un peu. Ca dépend aussi de sa dernière consultation, si sa dernière consultation c'était il y a dix ans, c'est sûr, je vais lui demander si elle prend la pilule, si elle a un suivi gynécologique, qu'est-ce qu'elle fait comme travail, je vais la peser, enfin je ne sais pas. Si je la vois deux/trois fois par an pour une gastro ou un rhume, si je la connais... Non mais tu vois une nana, que tu ne vois jamais, tu ne lui demandes, ah les rhumes machins, tous ça, là, l'année prochaine tu vas la revoir en décembre et basta, tu vas peut-être la voir ... Mais après tu la connais un petit peu, elle vient tous les ans. Non, mais je pense que... Non, mais la plupart des 23 ans, tu les vois une fois par an</p>
14e		Astuces pour amener à parler du motif caché (exemples)	<p>« Comment ça va ? ». Enfin un peu une conversation comme cela</p> <p>C'est d'abord ça, c'est le dernier motif. Il faut savoir être patient.</p>

			<p>-Le truc à la porte ?</p> <p>-N : Oui c'est toujours ça. Au fait Docteur...</p> <p>Je leur laisse un temps et après ils répondent, comme ça je note les trois/quatre choses intéressantes qu'ils disent, après je les examine, j'ai moins de retenue et du coup j'ai moins de «ah au fait Docteur... » « Bah re-déshabillez vous... »</p> <p>On leur demande: « est-ce que vous avez des problèmes, des questions, des interrogations? », des trucs comme ça.</p> <p>« Et puis est-ce que vous aviez quelque chose d'autre dont il fallait que l'on parle? » Des choses comme cela.</p> <p>Laisser un temps en parole, ça peut être lorsque l'on rédige notre examen clinique, ça peut être lorsqu'on fait l'ordonnance, il y a souvent un temps sans parole, et donc souvent, lorsqu'on a un peu de temps et la disponibilité aussi...</p> <p>Donc j'ai discuté avec elle et tout ça et j'ai surtout appris au bout d'un moment que,</p> <p>Et puis en fait, en discutant un petit peu avec elle, il y avait une découverte de sérologie Hépatite B positive récemment.</p> <p>Et du coup en déroulant ce truc là, elle n'avait pas de prise en charge sociale</p>
14f		Aller au-delà systématiquement	<p>Bah tu ne t'arrêtes pas là.</p> <p>Euh non. (<i>je ne m'arrête pas là</i>)</p> <p>Non (<i>je ne m'arrête pas là</i>)</p> <p>Enfin tu prends les constantes, tu la pèses.</p> <p>Tu lui fais un bilan</p> <p>« Est-ce que vous avez un suivi gynéco... »</p> <p>Surtout qu'en médecine générale les patients, ils parlent facilement, donc si à 23 ans tu lui demandes, enfin je ne sais pas, si elle compte avoir un bébé dans six mois...</p> <p>Tu ne vois pas le patient arriver et tu ne lui dis pas, bah voilà, tu ne lui sautes pas direct sur les sinus et direct sur l'ordonnance, je pense qu'il y a des médecins comme cela mais...</p> <p>Oui mais bon</p> <p>Ou alors un motif, enfin explique moi la rhinopharyngite, c'est-ce qu'on disait tout à l'heure, mais c'est un bon exemple. Mes praticiens ils m'ont fait passer le message, ils m'ont dit on ne vient pas, enfin c'est rare de venir pour une rhino, donc cherche un peu ce qui peut y avoir autour, en tout cas cherche, même s'il n'y a rien de caché.</p> <p>-J : Maintenant je leur dis « vous venez pur quoi? Ah ok, quoi d'autre? »</p>

14g		Motif bénin de consultation= ne va pas au-delà	<p>Oui je m'arrête la Oui moi aussi. Oui. (<i>je traite la sinusite et point barre</i>) Non mais tu vois une nana, que tu ne vois jamais, tu ne lui demandes, ah les rhumes machins, tout ça, là, l'année prochaine tu vas la revoir en décembre et basta, tu vas peut-être la voir ... Oui (<i>je m'arrête là</i>) Non, moi j'ai dit ça, moi j'ai dit ça. (<i>je traite la sinusite et basta</i>)</p> <p>Il y en a clairement, pour une consultation de type rhinopharyngite banale, qui ne traitent que la demande du patient. Ils mettent le diagnostic, le traitement, explications et point. Ils n'ont qu'un truc par consultation, et donc derrière, pas vraiment de dépistage ni de prévention . Il ne faut pas non plus être tout le temps à chercher la souffrance cachée derrière. S'ils viennent pour une substitution, et bien clairement, on traite ce problème, qui est le motif de consultation C'est le cas des jeunes</p>
14h		Prise en charge Hépatite B	Et se posait la question d'un bilan éventuel médical de cette hépatite B découverte
14i		Motifs banaux = en profiter	<p>Moi ça ne me paraissait pas assez complet, Appliqué à la médecine générale, c'est moins cohérent, parce que la rhinopharyngite si tu n'élargis pas un peu autour, tu te lasses un peu. C'est un peu limite comme exercice Les patients viennent pour un rhume, il faut en profiter pour leur parler d'autre chose Les jeunes on les voit une ou deux fois par an, maximum, ce sont pour des motifs banaux, rhinopharyngite, certificat de sport, il faut en profiter quoi. Ca dépend si le patient il vient 1 fois par an, et pour un rhume, il faut essayer . Y a des petites choses qui demandent pas beaucoup de temps, comme renouveler une pilule, y a pas de problème, mais il faut lui dire que la prochaine fois on traitera le problème dans son ensemble</p>
14j		Demande de l'expérience	<p><i>par rapport au dépassement du motif de plainte, par rapport à la hiérarchie du problème du patient, qu'est ce qui a changé pour vous, entre le début et la fin du stage ?</i> -C : Non. <i>Plusieurs personnes ont l'air d'accord avec la réponse</i> Faut avoir la bonne technique... Au début, je m'occupais vraiment du premier motif. Ouais et tu ne t'occupais que de ça!</p>

14k		Appris durant le stage chez le praticien	<p><i>ce stage a été important pour cette compétence?</i></p> <p>-S : Carrément! Bah on arrive à analyser les demandes avant de partir en général [du stage] On a entretemps appris aussi à élargir un peu justement le premier recours</p>
14l		Appris dans les groupes Balint	<p>Mais on a travaillé un peu ça dans les groupes Balint.</p> <p>-D'accord. Donc vous avez développé ce travail dans les jeudis matins, dans le groupe Balint, les problèmes cachés des patients.</p> <p>-T : La face cachée.</p>
15a	Aptitude hiérarchisation =	Hiérarchisation des problèmes identifiés = difficulté	<p>Enfin voilà, du coup j'ai eu un peu de mal à hiérarchiser les choses puis à expliquer correctement</p> <p>On peut dire, son problème cardiaque, ça fait deux ans qu'il ne prend plus rien, il vient d'arriver, ça peut attendre quinze jours de plus. Potentiellement le danger c'est plutôt le niveau digestif, et partir de là, pour le réinsérer dans un circuit de soins et de prévention par la suite.</p> <p>et donc finalement la solution que l'on a trouvé, c'est de le mettre en rééducation le temps que l'on avance le problème social (...) en disant que de toute façon le problème ne peut pas être résolu rapidement, il a besoin que l'on fasse un point social sur son...</p>
15b		Acquisition dans le temps	<p>Oui j'ai commencé par là et après c'était pas mal, vu que c'était au début de semestre, elle est revenue vachement souvent, donc du coup après on a pu l'équilibrer sur le plan de l'asthme, on a un peu essayé de lui parler du poids.</p> <p>Les consultations d'après.</p> <p>mais là aujourd'hui on essaie quand même de hiérarchiser, savoir ce qu'il faut faire dans un temps imparti. Même si souvent c'est un peu difficile, mais déjà moi j'ai appris ça.</p>
15c		Etre systématique = positif	<p>Quand on a un patient qui vient avec 10 motifs qui partent dans tous les sens, c'est vrai que si on écrit tout: problème numéro 1, tac, problème numéro 2, tac, et qu'à la fin on conclue point par point je pense que la consultation est de meilleure qualité.</p> <p>Oui c'est bien de hiérarchiser</p>
16	Aptitude = recherche	Etiologie du	Essayer de comprendre pourquoi elle était un

	de l'étiologie	surpoids	peu grosse en fait c'était marrant, enfin, son père a expliqué que comme elle était très bonne élève, pour la récompenser, il lui donnait tout ce qu'elle voulait à bouffer et du coup elle se prenait des plâtrées énormes et voilà. Donc voilà, il y avait une raison
17a	Aptitude = Approche centrée patient	Adaptation de l'entretien motivationnel	Et puis même l'entretien motivationnel lorsqu'on a douze ans,
17b		Prise en charge globale	C'est une prise en charge globale Voilà. parce que c'était un patient qui faisait des chutes, donc si on regardait toutes les chutes, c'était un patient qui avait tout le côté bilan de chute forcément, il n'avait pas les bonnes chaussures, il n'avait pas les choses adaptées. Alors voilà, il a fait sa pancréatite aigüe alcoolique, c'est un alcoolo-tabagique, il est un peu même beaucoup en précarité sociale, il doit une cinquantaine d'années, au chômage, alcoolo-tabagique
17c		Prise en charge globale = travail	Enfin, c'était complexe parce que d'un point de vue médical, c'était plutôt simple mais il y avait beaucoup de choses à faire d'un point de vue de médecine générale, C'était un peu complexe, parce qu'il y avait autant sur le plan médical que social, et puis même la prise en charge médicale à l'hôpital dès le départ, aussi bien avec l'équipe médicale et paramédicale, c'était délicat.
17d		Soins multidisciplinaires	on l'a adressé à un centre médico-social avec des consultations psy, des groupes de paroles
17e		Intéressant	Puis finalement, c'était assez intéressant.
18	Aptitude = Faire appel à un réseau	Réseau obésité	J'avais été regarder car dans le 93, il y avait un réseau de prise en charge d'enfants obèses du coup il y a une compétence réseau
19a	Comparaison des possibilités thérapeutiques	Equivalence prise en charge réseau et cabinet	et en fait ça ne marche pas plus lorsqu'un enfant est pris en charge par un réseau que lorsqu'il est pris en charge par le médecin généraliste tout seul, mais bon on s'était renseigné.
19b		Faire avec les contraintes	Donc on essaye de faire au mieux, c'est-à-dire que j'ai essayé d'organiser, lui donner des numéros, pour qu'elle appelle l'hospitalisation de semaine de diabétologie, pour que cela soit fait rapidement mais ce n'est pas évident.
20a	Aptitude à prendre une décision	Difficulté à prendre une décision	il n'y a pas de critère pour l'hospitaliser, on est un vendredi, il n'y a pas de service de diabétologie, elle n'est pas en décompensation sévère. Et du coup, quoi faire pour cette jeune

			<p>filles, avec en plus la mère qui demande, enfin la belle-mère qui demande une aide, qui dit si là on ne l'hospitalise pas, si on ne fait pas quelque chose, elle va se laisser mourir, ce n'est pas possible, faites quelque chose et là on se retrouve un petit peu sans, bah on n'a pas de ressource quoi, parce qu'on ne peut pas l'hospitaliser parce qu'il n'y a pas de service court et il n'y a pas la vraie urgence pour pouvoir la garder, mais il y a une urgence quand même pour cette jeune fille d'être prise en charge, qui est à la fois psychologiquement et médicalement en danger.</p> <p>Mais c'est vrai que c'est un petit peu difficile. on a hésité à le faire dans la nuit</p>
20b		Nécessaire	<p>Donc effectivement, la situation pour moi c'était de trancher</p> <p>qu'au final, en tant que généraliste, on doit être celui qui dit que lui, il est malade et doit être hospitalisé</p>
20c		Jugement difficile en cas d'hospitalisation	<p>Bah moi, je trouve que c'est l'un des trucs les plus durs le premier recours, enfin dans les compétences que l'on a à acquérir. Enfin moi, je trouve que l'on fait tous nos stages dans des trucs spécialisés, où en fait il y a déjà quelqu'un qui a dit, « lui, il est malade et lui, il a besoin d'être hospitalisé »</p>
		Mal enseignée	<p>Et voilà, cette compétence là, on nous ne l'enseigne pas tellement</p> <p>je trouve que l'on fait tous nos stages dans des trucs spécialisés, où en fait il y a déjà quelqu'un qui a dit, « lui, il est malade et lui, il a besoin d'être hospitalisé »</p> <p>On n'est pas très bien formé, enfin, dans la formation, on n'intègre pas trop ça je trouve</p>

21a	Missions du premier recours	Mission de débrouillage	<p>Faire le débrouillage savoir faire un diagnostic étiologique de débrouillage.</p> <p>c'est apprendre un petit peu à te débrouiller toute seule.</p> <p>Pour moi le premier recours, concernait le même médecin généraliste, c'est la première consultation de débrouillage, c'est un diagnostic, c'est urgent et ensuite c'est prescrire des examens complémentaires, on peut approfondir le dossier par la suite.</p> <p>vous avez quand même essayé au maximum d'avancer les choses en ville et d'organiser les choses en appelant des correspondants, en essayant de hiérarchiser les trucs</p> <p>C'est un premier travail de hiérarchisation.</p>
-----	-----------------------------	-------------------------	---

			<p>prendre un patient en charge dès la ville en fait, avant de passer par les soins hospitaliers le débrouillage</p> <p>Premier recours parce que rien n'avait été fait, elle n'avait aucune prise en charge médicale,</p>
21b		Repérage des urgences	<p>C'est savoir faire la part des choses entre ce qu'il y a d'urgent et ce qui ne l'est pas ...</p> <p>savoir ce qui est urgent</p> <p>Et donc voilà pour moi, le premier recours, il était de faire la part des choses entre ce qui est étiqueté aux urgences et ce qui est étiqueté, ce qui est banal</p> <p>premier recours c'est ce qui relève un peu de l'urgence ou semi-urgence</p> <p>le premier recours, c'est vraiment quelque chose de, voilà qui relève plus de l'urgence diagnostique ou de traitements.</p> <p>Parce que lorsque l'on est seul, faut que tu fasses la part des choses urgentes pas urgentes, et comment je gère</p> <p>définir ce qui est grave, ce qui n'est pas grave définir ce qui est urgent, ce qui n'est pas urgent</p> <p>Eventuellement dans un contexte d'urgence je l'avais un petit peu associé à « urgence ».</p> <p>Evaluer déjà le degré d'urgence chez moi.</p> <p>Evaluer la gravité. (...) d'essayer d'évaluer la gravité</p> <p>savoir stratifier le degré d'urgence</p> <p>c'était plus premier recours, même si l'on est souvent premier recours aux urgences ou comme cela</p> <p>lorsque l'on est aux urgences, on a l'impression parfois d'être un peu le premier recours des gens (...) s'ils viennent, c'est que c'est quelque chose d'aigu, quelque chose de soudain, d'un coup il y a un problème</p> <p>Sur le premier recours, il y a aussi la notion d'être un peu tout le temps en alerte, pour justement faire le distinguo entre le grave et le bénin</p> <p>Voilà</p>
21c		Soulager les symptômes	<p>C'est savoir soulager (...), les douleurs, la prise en charge de symptômes, pas forcément la prise en charge la cause, savoir faire un diagnostic étiologique de débrouillage.</p> <p>Il y a un symptôme, je viens.</p> <p>ça va être bah qu'est-ce que l'on fait en premier devant cette douleur ou devant cette plainte on va dire,</p> <p>ça peut être la prise en charge thérapeutique, voilà, juste les antalgiques, donner quelques choses pour le soulager, ou pour rendre le patient plus confortable.</p> <p>le patient a l'impression que c'est un épisode,</p>

			<p>qu'il y a quelque chose qui ne va pas maintenant alors qu'on se dit bah non, « vous avez déjà eu une fibro, vous avez déjà eu des examens ». Et là, il fait « bah oui, mais j'ai mal maintenant ». Là, c'est aussi du premier recours pour lui, parce que c'est aussi maintenant qu'il a mal, à 3h du matin, c'est maintenant qu'il veut qu'on le prenne en charge et tout</p>
21d		Repérer les demandes secondaires	<p>Donc parfois dans les soins de premiers recours, il n'y a pas forcément que des demandes immédiates, il se cache des choses derrière</p> <p><i>Donc pour vous, dépasser la demande premier recours, fait partie de la compétence ?</i></p> <p>-J : Bien sûr. -T : Clairement. -C : Oui. -P : Ouais, ouais.</p>
21e		1° ligne	<p>Ou bien premier recours, c'est un petit peu la première ligne médicale, médecin traitant ou les urgences</p> <p>Bah moi, je me serais plutôt orientée, le premier recours c'est la première ligne, le médecin généraliste ou les urgences</p> <p><i>Le premier recours c'est aussi le premier médecin</i> <i>Un médecin généraliste c'est un médecin qu'on va voir pour tout.</i></p> <p>En fait, dans le sens où c'est là où le patient va se diriger en premier (...) qui est-ce qu'il va aller voir en premier, c'est vrai que ça va être le médecin de famille, si jamais c'est dans des heures normales, les urgences si jamais c'est la nuit ou le week end peut être et à ce moment là</p> <p>Bah effectivement le médecin généraliste c'est le premier contact médical que peut avoir le patient,</p> <p>quand on est le premier appelé, ça aurait été du premier recours pour le généraliste qu'il voyait tranquillement, puisque ça aurait été une première consultation</p>
21f		Accès facile, libre (par opposition aux spécialités)	<p>Oui et l'accès facile</p> <p><i>par rapport à une consultation de cardio, enfin de spécialité ou plus théoriquement, le patient, il n'est pas censé venir de ses propres moyens.</i> <i>Il ne va pas aller voir le cardiologue lui-même</i></p> <p>notion d'accessibilité aux soins, que ça soit tout ce qui est PML, les choses comme cela,</p>
21g		Assurer les gardes	<p>Bah non c'est la garde, on est dans le premier recours.</p> <p><i>on fait des gardes d'intérieur de l'hôpital</i></p>

21h		Accueillir toutes les demandes, même non médicales	<p>dans le premier recours, il y a aussi le premier lieu où l'on peut venir en cas de détresse. Ce n'est pas forcément une détresse médicale ou typiquement organique, mais c'est aussi la première personne à qui s'adresser dans une situation qui n'est pas forcément médicale. Parce que lorsqu'on est en ville, c'est aussi « j'ai découvert que ma fille fumait du cannabis, je veux... »,</p> <p>Donc sa demande était un premier recours où il fallait l'aider à avancer dans ses démarches. Ce n'est pas forcément que médical, c'est aussi administratif ou des choses</p> <p>Il y a aussi, ils nous demandent des certificats des choses comme cela qui ont une valeur légale.</p> <p>lorsqu'il est confronté à une difficulté, à une douleur, à une plainte</p> <p>pour n'importe quelle demande, ça peut être des demandes parfois qui n'ont rien avoir avec du médical. (...) Ca peut être des demandes sociales</p> <p>elle n'avait pas de médecin traitant, pas d'assistante sociale, aucune couverture de santé, aucun moyen de dialogue établi</p> <p>lorsque l'on est appelé devant une fièvre ou quoi que ce soit.</p>
21i		Orienter / Organiser les soins = rôle central	<p>De planification et d'organisation des soins.</p> <p>Pour après orienter correctement, soit si c'est quelque chose de grave vers une hospitalisation ou justement vers un autre spécialiste ou si n'a ne relève pas du tout de la médecine, plutôt quelque chose de psychologique (...) les orienter</p> <p>orienter ton patient, ça peut être aussi juste savoir l'écouter et l'orienter vers l'assistante sociale du secteur, ou....</p>
21j		Coordonner les différents soins	<p>en tout cas si le rôle avait été laissé au médecin généraliste, ça sert d'aiguillage</p> <p>C'est aussi la coordination entre les différentes spécialités</p> <p>Son rôle sera ensuite d'aiguiller, se sera celui qui va prendre en charge, qui va savoir pour que les soins soient le mieux coordonnés</p>
21k		Identifier les patients fragiles et s'y adapter	<p>définir ce qui est réalisable pour le patient aussi et ce qui est un peu moins réalisable (...) être efficace dans la démarche</p> <p>Il y a des problèmes sociaux ou des choses comme ça, une personne âgée seule, elle ne saura pas, elle ne pourra pas gérer toute seule, enfin, s'occuper de ce genre de chose, on peut se renseigner</p>
21l		Identifier la plainte	<p>l'identification de la plainte</p> <p>qu'est-ce qu'on fait en premier pour essayer un petit peu de trouver une</p>

			<p>étiologie</p> <p>le type de plainte</p> <p>voilà, donc ceci est le début d'une prise en charge qui est un premier recours dans une découverte</p>
21m		Répondre à la plainte	<p>On est là pour répondre à sa demande et identifier un petit peu</p> <p>Je pense que c'est aussi une prise de médicament en urgence, style ASPIRINE, en cas d'infarct, des choses comme cela</p> <p>mais c'est le médecin généraliste qui est là et qui doit trouver la réponse</p>
21n		Relation au patient, explications	<p>Il y a également la relation avec le patient il y a tout le côté relationnel qui est abordé et donc expliquer à la patiente ce qui fallait faire, ce qui est le mieux pour elle quoi,</p> <p>disons que c'est une contenance qu'il y ait vraiment dialogue, à l'établissement d'un dialogue, une relation médecin/patient et médecin/famille.</p>
21o		Dépend de la volonté du médecin	Le premier recours, il est aussi, ce que toi tu as envie de faire de ta pratique
21p		Prévention / dépistage	<p>Le premier recours, pour moi aussi comprend dépistage et prévention</p> <p>Ce sont des choses qui à mon sens, peuvent être détectés par le médecin généraliste et qui peut être vigilant (...) Et c'est aussi quelque chose que je pense que le médecin généraliste peut être un peu vigilant, à prendre le poids régulièrement, faire des dosages d'albumine.</p> <p>Est-ce qu'il y a des conseils faciles à obtenir sur le plan médical, au niveau de la prévention même.</p>
21q		Notion de clinique primordiale	<p>avec des moyens, disons un plateau technique limité, en se basant plus sur l'interrogatoire, l'examen clinique.</p> <p>Donc ça va être justement la clinique</p>
21r		Fonction de ses capacités	On différencie en fonction de ses compétences.
21s		Accessible quel que soit le niveau socio-économique	c'est aussi justement en fonction du niveau socio-économique, à quel recours, les gens voilà peuvent espérer obtenir selon leurs difficultés, parce qu'il y a des centres de soins gratuits.
21t		Suivi des patients chroniques	Par exemple la prise en charge d'un patient diabétique chez son médecin généraliste, ça reste du premier recours s'il a des prises de sang régulières, parce qu'il ne va pas voir un diabétologue derrière, c'est juste son contrôle

			Alors que nous, lorsqu'il nous raconte son histoire, on dit bah justement que non ce n'est pas de l'urgence, que ce n'est pas du premier recours
21u		Dépend des points de vue	C'est vrai que c'est ... Premier recours, ça reste encore quelque chose..., chacun le voit de son point de vue à lui. le premier recours, enfin nous de ce que l'on voit à l'hôpital, c'est tout de même difficile... on peut appeler cela du premier recours,
21v		Différente au cabinet et à l'hôpital	Bah je pense aussi que la vision du premier recours dans son cabinet n'est pas la même
21w		Prise en compte du facteur temps	Dans le premier recours, tu as un facteur temps que tu dois intégrer dans ta décision et dans ta prise en charge thérapeutique, qu'on n'a pas du tout même aux urgences
22	Différer la prise en charge = sentiment d'échec	Impossibilité de résoudre le problème immédiatement	On est là, un médecin qu'elle va voir, je la vois une fois comme ça aux urgences, donc elle m'a touchée cette jeune fille mais après je ne pouvais pas faire grand chose derrière. Donc parfois dans les soins de premiers recours, il n'y a pas forcément que des demandes immédiates, il se cache des choses derrière où l'on se sent un peu impuissant. j'avais, je pense, fait ce qu'il fallait faire mais je n'avais pas vraiment réglé le problème. (...)- Non bien entendu, mais c'est le côté ma prise en charge s'arrêtait là. C'est le côté j'avais fait une prise en charge, on peut toujours discuter, mais après je n'ai plus de suivi c'est ça qui est ...
23a	Volonté de faire au mieux	Volonté de faire au mieux	Donc on essaye de faire au mieux on peut le faire, si on a le temps et si on a la volonté de le faire. Et ça permet de faire de la bonne médecine... Et en plus derrière tu as une vraie frustration, parce que tu n'as pas bien fait ton boulot de Docteur... d'essayer d'arranger la situation j'aurais fait mon job clairement ça avait été une bonne prise en charge c'était pas quelqu'un d'hospitalisé mais l'on se doit d'y aller,
23b		Difficile avec le peu de temps disponible	ce qui est un peu difficile, et je me demande comment réussir à gérer ça, c'est de continuer à faire de la bonne médecine, avec des consultations aussi courtes et mon praticien leur répond qu'il ne peut pas se concentrer sur 5 problèmes à la fois, en même temps, en 20 min.

23c		Dépend du patient	« si vous voulez qu'on fasse bien les choses, on fait ça de façon différée. Vu qu'il y a des choses qui ne sont pas urgentes, vous choisissez ce qu'il vous paraît le plus important pour vous. »
23d		Difficile en fin de consultation	Tu peux plus faire de la bonne médecine parce qu'à un moment, le dernier motif, tu dis « bon ben ok, faites le bilan... »
23e		Volonté de ne pas passer à côté de quelque chose	Je veux dire, jusque-là je ne veux pas passer à côté de quelque chose.
24a	Avantages d'être le médecin traitant	Connaissance du patient	<p>Donc parfois dans les soins de premiers recours, il n'y a pas forcément que des demandes immédiates, il se cache des choses derrière où l'on se sent un peu impuissant. Lorsque l'on n'est pas le médecin traitant ...</p> <p>alors qu'un médecin traitant connaît ses patients, il sait que ça fait 157 fois qu'il vient pour cela.</p> <p>Tu connais ta patiente je veux dire quand tu connais les gens, tu connais leur famille, tu connais leur situation, tu vas les revoir, tu prends le temps, enfin tu les découvre tout bêtement, c'est presque ça</p> <p>Je pense qu'il faut aussi connaître les patients. Et puis plus on les connaît, moins on est dépendant de ce qu'il nous dise explicitement en fait. Plus on connaît le contexte sur la durée et plus on arrive un peu à élargir la vision du patient</p>
24b		Les patients se livrent facilement= point positif	<p>Surtout qu'en médecine générale les patients, ils parlent facilement, donc si à 23 ans tu lui demandes, enfin je ne sais pas, si elle compte avoir un bébé dans six mois...</p> <p>Voilà.</p> <p>Ou tout en disant tout cela, ils le disent facilement, et du coup ça va assez vite</p>
24c		Suivi des patients	<p>vu que c'était au début de semestre, elle est revenue vachement souvent</p> <p>le suivi des patients au long cours, ça se passe bien</p> <p>Donc là, bah pas de bol, j'ai fini mon stage avec lui mercredi et je n'aurai pas la suite</p> <p>Quand tu as un patient que tu as vu plein de fois, il te dit n'y a pas de soucis...</p> <p>Et puis il y a des gens que tu connais.</p> <p>Voilà, c'est lui qui le suit, c'est lui qui le reverra après</p>
24d		Patientèle à son image = plus facile	<p><i>Du coup tu penses toi, que comme ton praticien a fait sa patientèle à son image, il est moins lié à des situations l'ayant mis en défaut.</i></p> <p>-J : Je pense.</p> <p>-C : Ouais.</p>

25a	Mission du deuxième recours (en opposition avec le 1 ^{er} recours)	Traiter les problèmes qui peuvent attendre	deuxième recours, c'est plutôt les choses qui peuvent attendre Mais je l'imagine comme effectivement, la chose grave aiguë et urgente est éliminée
25b		Les avis de spécialistes	le deuxième recours les avis de spécialistes, je ne sais pas trop à quel niveau situé cela. Puis deuxième recours, voilà les spécialistes, ou même le deuxième avis, parce que cela peut être un urgentiste ou un cardiologue qui demande à un deuxième cardiologue, un deuxième avis médical en tout cas. mais après dans la finesse étiologique ou dans le traitement, un deuxième avis ou je ne sais pas, en ville aussi cela peut très bien s'appliquer. Aller voir, c'est plus souvent un spécialiste qu'un deuxième généraliste, ou aller voir un ostéopathe ou un kiné ou une sage femme, je ne sais pas quoi. Je sais que j'ai appelé un correspondant cardiologue de mon praticien pour voir avec lui qu'est-ce qu'il avait. non ça c'est bon je prends en charge, je vois éventuellement avec un rhumato si je ne m'en sors pas et après on verra Et derrière, à la troisième consultation où je l'ai vu, donc là j'avais organisé que le gastro le voit le lendemain, pour que le cardio le voit la semaine d'après. Au niveau libéral, ça serait l'adresser aux spécialistes
25c		Revoir son médecin traitant	Après ça peut être juste revoir son propre médecin Je suis d'accord avec ça. Peut-être qu'on ne leur dit pas assez aux urgences, retourner voir votre généraliste, je pense qu'ils le font peut-être d'eux-mêmes
25d		Approfondir le cas / examens complémentaires	ensuite c'est prescrire des examens complémentaires, on peut approfondir le dossier par la suite. mais après dans la finesse étiologique ou dans le traitement Même l'envoyer faire un prise de sang dans un laboratoire, ou une radio, enfin des choses de base, mais déjà... on est déjà dans une autre....
25e		Adresser pour se former	C'est comme cela que l'on apprend, si tu envoies à un spécialiste, il te donne la réponse, c'est aussi comme ça que tu apprends et la prochaine fois tu sauras Et le psychiatre m'a expliqué que
25f		Hospitalisation	au niveau hospitalier, ça serait l'hospitalisation

		n	après les urgences.(...) C'est-à-dire le moment où il y a une prise en charge et pas un retour à domicile direct
25g		Suivi des patients chroniques / prévention (avis divergents ⁷)	ce qu'ils veulent dire par du premier recours c'est ..., ça enlève tout ce qui est suivi de pathologie chronique ou que ce soit de la prévention. C'est à part de tout ce qui peut être prévention ou suivi régulier du patient.
26a	Compte rendu des urgences disponible = facilite la prise en charge	Pas de compte rendu systématique = point négatif	Que les choses soient remises à plat. Ils ne sortent pas forcément tous avec un courrier Oui, quand tu es aux urgences tu n'as pas forcément le temps mais quand tu revois ton médecin c'est bien d'avoir le courrier. Après effectivement, je trouve aussi qu'il y a plein d'urgences où il n'y a pas de compte rendu qui est adressé aux médecins. Il y a quelques hôpitaux qui le font, par exemple Foch, ils le font systématiquement,
26b		Compte rendu existant= point positif	dès qu'il y a un généraliste qui est à côté de Foch, et du coup c'est vachement bien de recevoir le compte rendu et de se dire, « ah bah tiens mon patient, il est allé aux urgences, il a eu ça ». Du coup il y a la biologie, j'ai les résultats D'autant plus les gens, ils ne savent pas trop expliquer ce qu'on leur a fait, ni les résultats, ils ne savent pas trop quoi.
27a	Diagnostic mal expliqué aux urgences	Rétention d'information	Et des fois, on ne leur a pas trop expliqué non plus
27b		Problème de compréhension	Et des fois, on ne leur a pas trop expliqué non plus D'autant plus les gens, ils ne savent pas trop expliquer ce qu'on leur a fait, ni les résultats, ils ne savent pas trop quoi Et puis ils entendent ce qu'ils entendent aussi.
28	Urgences = dernier recours	Passer aux urgences est rassurant	oi je traiterais les urgences plutôt en dernier recours, enfin, la chose dont je me suis rendu compte c'est qu'une fois que les patients sont passés aux urgences, enfin je ne sais pas, si vous en avez la même expérience ou pas, si aux urgences on leur dit il n'y a rien, les patients ne vont plus se soucier de ce symptôme en disant, si aux urgences on m'a dit que ce n'était rien, je peux mettre ce symptôme de côté. Ils ont plus confiance en la prise en charge et en la présence du plateau technique des urgences
29a	Démarche médicale différente aux urgences	Démarche diagnostique différente	C'est pour cela que la démarche que j'ai lorsque je suis aux urgences et lorsque je suis en cabinet de ville, la démarche diagnostique n'est pas la même

			<p>Oui voilà, mais ce n'est pas forcément des choses que je ferais en ville. Quelqu'un qui vient avec des maux de ventre...</p> <p>Donc, on est censé se donner les moyens de trouver quelque chose, on ne connaît pas les gens aux urgences, on ne sait pas si se sont des gens qui exagèrent ou qui n'exagèrent pas, ou qui consultent tout le temps ou qui n'ont pas de suivi. Donc on est quand même obligé de faire un minimum de choses, alors qu'un médecin traitant connaît ses patients, il sait que ça fait 157 fois qu'il vient pour cela.</p> <p>Je ne dirais pas en terme de prudence, mais c'est ce que tu disais, c'est plutôt en terme de plateau technique etc, par exemple une dame qui vient avec un tableau de gastro-entérite, si c'est une de nos patientes et qu'on la voit en cabinet, c'est évident on va dire ok vous avez mal au ventre vous vomissez, c'est une gastro-entérite etc, une dame qui vient aux urgences ...</p> <p>Non mais en fait, comme tu ne la connais pas, tu parts du principe que ce n'est pas la même douleur que quand elle a une gastro et donc que si elle vient aux urgences c'est parce que elle a quelque chose de plus grave qu'une gastro</p> <p>Voilà, aussi au cabinet, voilà ça ne me gêne pas du tout de dire à la dame c'est très probablement une gastro, ça va passer, prenez du VOGALENE, du SPASFON et tout et si dans deux jours ça ne va pas mieux, vous revenez. Et ça ne me dérange pas de la faire revenir dans deux jours et que si elle revient et qu'elle est enceinte ou je ne sais pas quoi, bah ok il n'y a pas de problème. Alors qu'aux urgences, effectivement, j'ai l'impression qu'il faut régler le problème et les gens une fois qu'ils sont venus aux urgences, c'est plus compliqué de les faire revenir, alors que, enfin je ne sais pas.</p>
29b		Examens complémentaires plus utilisés	<p>Souvent, aux urgences ils ont le droit à une prise de sang et aux radios</p> <p>Ouai, parce que le plateau technique est facile d'accès et après c'est aussi la politique du service. Il y a des services où ils vont vouloir être plus prudents et te pousser à consommer des examens complémentaires. Ce n'est pas forcément la meilleure des solutions.</p> <p>Mais aussi, parce qu'on a tendance à penser que les gens ont déjà vu leur médecin traitant, parce qu'aux urgences, c'est censé être urgent.</p> <p>Donc, on est censé se donner les moyens de trouver quelque chose, on ne connaît pas les gens aux urgences, on ne sait pas si se sont des gens qui exagèrent ou qui n'exagèrent pas, ou qui consultent tout le temps ou qui n'ont pas de suivi. Donc on est quand même obligé de faire un minimum de choses, alors qu'un médecin traitant connaît ses patients, il sait que ça fait 157 fois qu'il vient pour cela.</p> <p>Je ne dirais pas en terme de prudence, mais</p>

			<p>c'est ce que tu disais, c'est plutôt en terme de plateau technique etc, par exemple une dame qui vient avec un tableau de gastro-entérite, si c'est une de nos patientes et qu'on la voit en cabinet, c'est évident on va dire ok vous avez mal au ventre vous vomissez, c'est une gastro-entérite etc, une dame qui vient aux urgences ...</p> <p>Une dame qu'on voit aux urgences, bah il y a plein d'autres choses qui peuvent faire mal au ventre et qui peuvent faire des vomissements, donc je vais forcément lui faire des béta HCG, je vais lui faire un ionogramme sanguin, je vais lui faire des transaminases, je vais lui faire une BU, je vais lui faire je ne sais pas quoi, un ECG...</p> <p>Il n'y a pas d'ECG en cabinet.</p> <p>en arrivant à l'hôpital putain, on fait quand même beaucoup trop de trucs à l'hôpital que l'on ne devrait pas faire, enfin c'est quand même une évidence</p> <p>Ne serait-ce que lorsque tu vois un patient lors de garde, un bilan ça ne coûte rien, tu as le résultat une heure et demie après, un scanner c'est assez facilement obtenu aux urgences,</p>
29c		Médecin plus prudent aux urgences qu'au cabinet / Cadre médico-légal contraignant	<ul style="list-style-type: none"> - Oui - C'est sûr. - Oui. - Bien sûr - Il y a des services où ils vont vouloir être plus prudents et te pousser à consommer des examens complémentaires - On est toujours prudent, mais on se dit qu'on prend toujours un peu moins de risques aux urgences. - En même temps, nous on ne peut pas être sûr de ça et donc on est quand même plus prudent <p>De toute façon aux urgences, tu es obligé de tout écrire.</p> <p>Quand tu es aux urgences on t'apprend quand même clairement qu'il faut tout écrire, qu'il faut te couvrir.</p> <p>Ça, ça prend aussi beaucoup de temps.</p>
29d		Nécessité d'éliminer certains diagnostics	<p>Alors qu'aux urgences, effectivement, j'ai l'impression qu'il faut régler le problème et les gens une fois qu'ils sont venus aux urgences, c'est plus compliqué de les faire revenir, alors que, enfin je ne sais pas.</p> <p>Pas forcément pour avoir le diagnostic, mais pour être sûr de...</p> <p>D'éliminer certains diagnostics</p> <p>Ne pas passer à côté de quelque chose</p> <p>Pour éliminer des diagnostics urgents</p>
29e		Cadre médico-légal= positif	C'est aussi pratique quand tu es aux urgences
29f		Pas de temps	Alors que d'enseigner les gens...

		pour l'éducation des patients	
29g		Si doute possibilité d'hospitaliser	Parce que même si aux urgences, tu n'es pas sûr de toi, tu l'hospitalises au lit-porte, il sera revu demain par un autre médecin, tu es tranquille, puis voilà.
30a	Les urgences : accueil des cas sérieux	Le patient vient de lui même	<p>En règle générale, quand même, lorsqu'un patient consulte aux urgences, c'est un geste de plus, vraiment s'être déplacé</p> <p>Mais je ne sais pas si c'est le généraliste qui envoie, ça j'ai plus l'impression que c'est la part du patient.</p> <p>Oui le patient qui va aux urgences.</p> <p>S'il a une entorse de cheville, il pourra aller voir le médecin généraliste, avoir une radio, mais non ils vont toujours aux urgences</p> <p>ils sont venus à 1h du matin</p>
30b		Urgence vraie	<p>Mais aussi, parce qu'on a tendance à penser que les gens ont déjà vu leur médecin traitant, parce qu'aux urgences, c'est censé être urgent</p> <p>Oui et on va forcément tomber sur quelque chose.</p> <p>on hospitalise et on a tout sur place tout de suite</p>
30c		Confiance du patient envers les urgences	<p>Ils attendent quelque chose je pense.</p> <p>Ils ont plus confiance en la prise en charge et en la présence du plateau technique des urgences</p>
31a	Rôles des urgences	Prise en charges des urgences	<p>aux urgences, c'est censé être urgent</p> <p>pour l'emmener aux urgences pour une injection d'Inohep</p>
31b		Substitution au médecin traitant	<p>Non mais en réalité, il y a en a plein qui n'ont pas de médecin traitant et qui viennent aux urgences, et ça sert de...</p> <p>Oui c'est leur consultation de médecine générale</p>
31c		Réaliser plusieurs examens complémentaires urgents	ce qui était compliqué dans le fait de lui faire faire un scan, c'est que l'on n'avait pas de créatinine récente et que l'on ne pouvait pas avoir de scanner facilement sans l'envoyer aux urgences.
31d		Éliminer les diagnostics graves	<p>Elle a finalement été aux urgences, où ils lui ont fait l'angio-scan</p> <p>C'est quelque chose qui arrive tout de suite, c'est maintenant qu'il faut s'en occuper, ça peut être grave</p>
31e		2 ^e avis	Alors que pour le patient, ça s'inscrit peut être dans une continuité peut être de demander un

			autre avis pour autre chose
31f		Traiter toutes les demandes même non urgentes	<p>Alors que souvent, c'est parfois des choses qui traînent, (...) des choses qui sont prises en charge par un autre médecin</p> <p>je pense qu'aux urgences, on a tous vécu la situation, bah ce n'est pas de l'urgence quoi.</p> <p>Ah oui, ça aussi c'était marrant, ils sont venus à 1h du matin. Alors je lui dis, « mais le bilan, vous l'avez eu à quelle heure ? »</p>
31g		Rôle différent selon les visions des médecins et des patients	<p>Bah ce n'est pas maintenant que l'on peut gérer cela, alors que pour le patient c'est quelque chose que l'on doit s'occuper maintenant (...)Et que nous, avec notre recul et nos connaissances, on se dit bah non, ça pouvait attendre demain, ça peut même attendre la semaine prochaine. Voilà, ce n'est pas quelque chose qui nécessitait justement de vouloir voir quelqu'un, enfin voilà.</p>
32	Démarche identique aux urgences et en ville	Démarche identique aux urgences et en ville	<p>Je me suis rappelé d'une histoire qui, peut être ça peut aller dans le premier recours. J'ai vu une patiente, une femme avec douleurs abdominales, plutôt à l'hypochondre droit bizarrement, à qui je demande, est-ce qu'elle a des règles etc, depuis combien de temps etc, elle me dit que là maintenant elle a ses règles. Je lui fais quand même les bêta HCG qui se révèlent positifs, bon après j'ai su finalement, donc je trouve que c'est quand même intéressant, une femme qui a ses règles, comme il le faut, peut-être avec deux jours de retard, pas plus que ça(...)Là j'étais aux urgences, mais en ville j'aurais fait la même chose</p> <p>J'aurais fait la même chose.</p> <p>Je l'aurais envoyée faire le bilan</p>
33a	Existence d'un plateau technique en ville = point positif de l'exercice de ville	Plateau technique existent	<p>Après les médecins généralistes, ils ont quand même un plateau technique, enfin</p> <p>Donc j'ai appelé le cabinet de radiologie juste à côté, donc j'ai téléphoné pour savoir s'il pouvait la recevoir pour une écho</p>
33b		Résultats aussi ou plus rapides qu'aux urgences	<p>Ils ont quand même les bilans rapidement, ils ont peut-être un délai de quatre/cinq heures, mais ils ont tout rapidement et ils ont des examens complémentaires plus rapidement qu'aux urgences parfois, les écho-dopplers et tout ça, c'est plus rapide qu'aux urgences</p>
33c		Adresser à un confrère qui a les outils techniques	<p>Je pense qu'il y a des médecins qui ont de bons correspondants cardiologues et les cardiologues, moi j'ai déjà vu des patients être pris dans la journée, le matin de 10h à 18h, et bah ça évite à la dame d'aller aux urgences, évidemment une douleur qui n'était pas cardiologique, mais voilà quoi</p>

			je n'avais pas de lecteur ECG, donc j'ai vu avec le cardiologue comment on pouvait gérer ça aussi.
34a	Adresser aux urgences pour une meilleure prise en charge	Problème de maintien à domicile.	Problème de maintien à domicile.
34b		Urgence chez la personne âgée	Les personnes âgées, ils passent rapidement la main à d'autres services, quand c'est urgent.
34c		Douleur thoracique	Beaucoup de douleurs thoraciques Mais quand tu n'as pas d'ECG au cabinet, tu envoies très facilement aux urgences Quel que soit l'âge, quel que soit le contexte et quel que soit le type de douleur, même si c'est flagrant que c'est une douleur pariétale, j'envoie aux urgences
34d		Traumatologie	Tout ce qui est traumato aussi.
34e		Compétences du médecin traitant limitées	Mais il y a aussi un truc, moi je sorts de pédiatrie, et avant d'avoir fait la pédiatrie, je pense que j'envoyais très très facilement aux urgences Il y a un manque de compétences pour le coup, car la pédiatrie c'est quand même quelque chose d'hyper particulier quand même. C'est difficile d'avoir les compétences de pédiatre en plus de toutes celles des adultes et celles des gériatres
34f		Pédiatrie	avant d'avoir fait la pédiatrie, je pense que j'envoyais très très facilement aux urgences C'est difficile d'avoir les compétences de pédiatre en plus de toutes celles des adultes et celles des gériatres Les enfants qui sont déshydratés ah pareil, c'était l'hiver, donc toutes les gastros, les bronchiolites
35a	Aptitude = Eviter d'envoyer aux urgences	Il existe des alternatives	Je pense qu'il y a des médecins qui ont de bons correspondants cardiologues et les cardiologues, moi j'ai déjà vu des patients être pris dans la journée, le matin de 10h à 18h, et bah ça évite à la dame d'aller aux urgences, évidemment une douleur qui n'était pas cardiologique, mais voilà quoi il faut donner les numéros du service et dire que si ça ne va pas, qu'ils appellent le service directement, qu'ils ne passent pas par les urgences. Ce sont des patients qui sont connus du service, je pense qu'il y a moyen pour nous en tant que généraliste d'éduquer, d'éviter de passer par les urgences Même en médecine interne, lorsque que tu es vraiment suivi, généralement tu peux passer par.. Oui mais passer directement, parce qu'aux urgences tu fais un débrouillage, il y a un interrogatoire...

36b		Prise en charge longue	Aux urgences, tu passes toujours la journée
36a	Les patients vont directement aux urgences= mauvais circuit de prise en charge	Entorse de cheville	<p>Mais je ne sais pas si c'est le généraliste qui envoie, ça j'ai plus l'impression que c'est la part du patient</p> <p>Oui le patient qui va aux urgences</p> <p>S'il a une entorse de cheville, il pourra aller voir le médecin généraliste, avoir une radio, mais non ils vont toujours aux urgences</p>
36b		Sutures	C'est d'eux-mêmes qu'ils vont aux urgences, comme lorsqu'ils se coupent, quand machin
36c		Résultats de biologie	le bilan dans la soirée, là il est une heure du mat, vous êtes peut être partie de chez vous à minuit, vous l'avez eu à quelle heure ? ». Elle me dit que c'était le labo qui l'avait faxé à 23h30
37a	Déterminant du lieu de consultation du patient = multifactoriel	Education du patient	<p>Non mais c'est vrai que pour l'entorse de cheville, c'est plus une question d'éducation</p> <p>Mais peut-être, enfin là dans le service de cardio dans lequel je suis actuellement, justement, ils poussent à éviter de passer par les urgences. C'est à dire, que nous, on nous dit de leur dire, il faut donner les numéros du service et dire que si ça ne va pas, qu'ils appellent le service directement, qu'ils ne passent pas par les urgences. Ce sont des patients qui sont connus du service, je pense qu'il y a moyen pour nous en tant que généraliste d'éduquer, d'éviter de passer par les urgences</p> <p>Même en médecine interne, lorsque que tu es vraiment suivi, généralement tu peux passer par</p>
37b		Compétence du médecin	Oui c'est aussi une question de compétence de médecin, moi on me met deux médecins et un praticien médecin du sport, je pense qu'il n'y a pas un seul de ses patients qui ne serait pas venu le voir. Je pense que c'est le patient qui se dit: « il sera capable ou pas ». C'est comme pour les sutures, il y a encore quelques médecins qui font les sutures au cabinet, mais comme tu sais que ton praticien, il ne le fera pas, tu vas directement aux urgences
37c		Résultats d'examen	Puis le bilan aussi ça dépend du contexte, en pneumologie il y a en quatre. Qu'est-ce qu'il y avait d'autre. Enfin, une femme qui a une décompensation cardiaque, qui aurait pu être gérée en ville parce ce que cliniquement, elle était bien mais le bilan était tellement mauvais qu'il l'a envoyée aux urgences.
37d		Relation généraliste/praticien hospitalier	<p>Ca dépend aussi du chef de service et de la liaison qu'il a avec les médecins de ville</p> <p>Est-ce que tu as vraiment besoin que le patient soit suivi en cardio pour l'adresser en cardio, si tu connais le chef de service ?</p> <p>Exactement, tu peux aussi appeler</p>

			Bah oui mais ça dépend comment les médecins hospitaliers considèrent les médecins généralistes
37e		Volonté du généraliste	Et si le généraliste veut se faire chier aussi
38	Plus prudent avec les enfants	Adresse plus aux urgences	Moi j'envoie plus facilement aux urgences pédiatriques qu'aux urgences pour adultes Mais il y a aussi un truc, moi je sorts de pédiatrie, et avant d'avoir fait la pédiatrie, je pense que j'envoyais très très facilement aux urgences
39a	Constat de pratiques différentes	Selon les hôpitaux	Ca dépend dans quel hôpital Ca dépend des hôpitaux. Et bah ça dépend où tu l'envoies Je pense que c'est plus...ils ne se basaient pas tant que ça forcément sur la perte de poids
39b		Selon les équipes	Et ça dépend des équipes en plus Il y a autant d'avis que
39c		Selon les praticiens	deux praticiens très différents Des praticiens aussi très différents deux approches totalement différentes, une qui prenait 15 mn par patient, l'autre qui prenait plus le temps pour la prévention, l'éducation etc. Bon après je pense qu'il y a un juste milieu entre les deux ca m'a permis de voir deux pratiques totalement différentes deux pratiques totalement différentes on se rend compte que par rapport à la pratique de nos praticiens, on a des praticiens qui vont faire plutôt de la psy, d'autres plutôt des gamins, qui sont des premiers recours, mais orientés vers une voie même si ça pouvait diverger d'un praticien à l'autre
40	Actes réalisés aux urgences	Exemples d'actes réalisés aux urgences	Il n'y en a pas beaucoup que tu gardes en fait. Et il y en a peu que tu prélèves. Moi de ceux que j'ai envoyés, la moitié effectivement n'a pas été hospitalisée mais ils ont passé une journée aux urgences. Ils ont été perfusés je veux dire ceux qui ont été perfusés Ce que je veux dire, c'est qu'ils ont quand même reçu une hydratation IV et il y a quand même eu un acte thérapeutique qui a été fait, ça na pas été juste « ah oui il a perdu du poids, donnez lui à boire, au revoir madame ». Et puis c'était, « et bah si ça ne va pas, vous revenez.
41a	Aptitude = appliquer connaissances théoriques in vivo	Connaissance théorique de la prise en charge de la	Bah de toute façon si après tu suis ce que l'on t'a appris, effectivement de 0 à 5 tu restes à la maison, de 5 à 10 ça dépend, et au dessus de 10

		diarrhée du nourrisson	
41b		Hyperparathyroïdie	Connaissances théoriques et enfin application
42a	Critiques négatives sur la maquette de l'internat	La gynéco et la pédiatrie devraient être obligatoires	Clairement la gynéco et la pédiatrie devraient quasiment être un truc obligatoire
42b		On devrait tous faire un SASPAS	<p>Bah on ne peut pas te répondre, oui moi je te dirai (<i>le SASPAS m'a manqué</i>)</p> <p>Oui mais, parce qu'on nous a dit qu'on en avait six, mais si on te rajoute deux semestres, pourquoi pas.</p> <p>Je pense que je regretterais de, j'aurais bien aimé un SASPAS aussi</p>
42c		Choix des stages en fonction du classement= point négatif	<p>Bah moi j'étais dernière de la promo, c'était ça...</p> <p>parce qu'en fait ce qui est dommage, dans les premiers stages, on choisit entre 700 et 800^{ème} les postes qui restent et on a toujours d'assez mauvais stages, où c'est soit vraiment pas bon, pas pédagogue...</p> <p>mais moi je suis l'un des derniers à le faire sur cette fac et pourtant voilà, je ne suis pas un des moins bien classé de cette fac mais j'étais l'un des derniers</p>
42d		SASPAS peu disponible / thèse	Moi j'aurais adoré faire un SASPAS mais c'est trop tard, parce que je n'ai pas validé ma thèse, donc je ne peux pas
42e		Stage chez le praticien arrive trop tard	<p>le stage chez le praticien] est arrivé tard dans le cursus</p> <p>quelqu'un qui découvre là, que le cabinet ce n'est pas du tout son truc, c'est un peu tard effectivement ça arrive un peu tard</p> <p>je sais que ça arrive tard</p> <p>Ca arrive un peu tard mais je pense que ça commence à changer</p> <p>Mais à la limite, je trouve que ce serait bien que le stage de premier niveau soit un peu plus tôt</p> <p>-Je pense que pour un stage de premier niveau..., on peut le faire en deuxième ou troisième semestre. J'ai des copains dans une autre faculté, c'est en premier semestre, si franchement tu es dans une fac</p> <p>Ca pourrait être un stage qui se fait, je ne sais pas, en deuxième semestre et qui permettrait aussi d'aborder</p> <p>le fait de faire le stage chez le praticien un peu tard et pas beaucoup.</p> <p>Moi je trouve que le niveau 1, ça serait bien qu'il soit plus tôt.</p> <p>j'aurais bien aimé faire mon stage chez le praticien plus tôt,</p> <p>Bah je ne sais pas vraiment encore ce que</p>

			<p>c'est, enfin ...</p> <p>-Donc tu attends le stage chez le prat. Non ?</p> <p>-Oui.</p>
42f		SASPAS arrive en même temps que bon stage hospitalier = négatif	<p>... Par exemple là, en sixième semestre et je vais sûrement faire un SASPAS mais j'ai tout de même une hésitation, je me dis: « enfin tu es quand même vraiment con, là je suis en décalé, je vais choisir en cinquième, en sixième ou septième sur les stages de Paris. Et là je me dis, je pourrais avoir tout ce que je veux, tous les meilleurs stages où il y a des gars qui t'apprennent hyper-bien, où tu apprends plein de trucs, bah oui mais j'aimerais bien faire un SASPAS. »</p> <p>Moi qui du coup mets en compétition en sixième semestre: SASPAS et stage hospitalier</p>
42g		Maquette = Trop rigide	-Bah oui mais le problème avec la rigidité de notre maquette, on est tout de même très distancés, on a très peu de choix. C'est-à-dire entre ce que l'on doit caser dans la maquette, nos stages et notre vie professionnelle qui se dessine au fur et à mesure
42h		Pas assez de place chez le praticien	Il y a eu 40 terrains de stage, on est 90 d'inscrits au troisième semestre, donc voilà. Ça veut dire qu'il y en a qui vont être en quatrième d'autres en cinquième et qu'ils n'auront pas le choix.
42i		Certains stages sont inadaptés à la MG	<p>mais c'était essentiellement de l'oncologie, donc pour un médecin généraliste..., la chimiothérapie ...</p> <p>on était à la course à la maladie rare et ça devenait vraiment de la médecine interne et plus du tout de la médecine générale justement.</p>
42j		Internes du même niveau dans les mêmes stages = négatif	que souvent on est des internes du même semestre, de la même fac, on ne peut pas tous s'absenter en même temps.
43a	Durée de l'internat pas idéale	L'internat est trop court	<p>Moi je pense qu'il faudrait le rallonger</p> <p>Oui moi aussi je ne serais pas contre</p> <p>Faut faire un septième semestre</p>
43b		L'internat est trop long	<p>Non mais l'internat est trop long</p> <p>Ah oui, qu'ils ne le rallongent pas, c'est bon!</p> <p>Enfin un septième semestre !! (<i>n'est pas du tout d'accord</i>)</p>
43c		Possibilité de rallonger l'internat	<p>On devrait rallonger mais de manière facultative, ceux qui veulent faire un ou deux semestres de plus ils peuvent, parce que j'ai l'impression que pour rallonger ton internat en médecine générale, c'est la croix et la bannière.</p> <p>mais si l'on me proposait de faire gratuitement un semestre supplémentaire, sans</p>

			garde par exemple, bah je serais hyper contente.
44	SASPAS= remplacement gratuit= point négatif	SASPAS= remplacement gratuit= point négatif	Parce que moi je n'ai pas fait le SASPAS uniquement pour cette raison là .Bah pour la raison de remplacer gratuitement Déjà que je trouve que le SASPAS c'est un peu bizarre, Ah oui ça, ça me gêne C'est assez gênant. C'est assez bloquant C'est fatiguant Non mais quand on t'impose des horaires de 8h30 à 19h30, je dis n'importe quoi... Et qu'elle ne te propose même pas à bouffer ou qu'elle te propose dix euros, genre tu peux aller bouffer Et tu rapportes 1500€ par mois au mec qui fait du golf à la place, je trouve cela hyper choquant
45a	Critiques positives de la maquette	Répétition de ce qui est essentiel	En cardio par exemple, on est tellement bourré que voilà, AC/FA ça se traite comme ça, HTA ça se traite comme ça, bon le diabète machin tout ça, si tu ne connais pas, vraiment quelque part ça veut dire que peut être tes cours tu les as lus en diagonale!
45b		Le SASPAS doit rester une option	Non. (<i>le SASPAS ne me manque pas</i>) Non (<i>idem</i>) Aucunement (<i>je ne regrette pas de ne pas en avoir fait</i>) mais parce que c'était choisi de mon plein grès. Si j'avais voulu le faire je l'aurais fait je suis partisane de profiter au maximum de l'hôpital et de ce que l'hôpital peut m'offrir. Voilà, je ne voulais pas six mois de ça parce que je pense qu'il y a des choses à apprendre à l'hôpital mais j'ai fait le choix de privilégier l'hôpital et de me dire va faire de la cardio.
45c		Les stages hospitaliers de la maquette sont adaptés à la médecine générale	Enfin, il y a quand même peu de stages proposés en médecine générale par l'hôpital qui sont ultra-spécialisés quoi, où on apprend trop de trucs. Mais là, la cardio en médecine préventive vasculaire ce n'est pas spécialisée, non mais en fait, c'est de la médecine générale Non mais moi par exemple, cela m'a servi beaucoup de faire un stage de pneumo pour faire la médecine générale, c'est très bien. Bah c'est sûr que la formation hospitalière est importante en tant qu'interne et très complémentaire et je pense qu'il est très important de passer aux urgences, même en tant que généraliste, avoir les deux versions du truc.
45d		Durée des	Non, moi je ne suis pas d'accord, parce que tu

		stages adaptée =	<p>vois typiquement la pédiatrie, je me suis plaint jusqu'au cinquième mois et le sixième j'ai kiffé.</p> <p>Presque pareil.</p> <p>Je trouve que tu es à l'aise, bien, et que tu commences à te sentir autonome le sixième mois.</p> <p>Et moi, je pense que si tu faisais que quatre mois je ne suis pas sûr que tu Au départ, tu apprends en fait et après tu pratiques et vraiment cela devient un truc de routine et je pense que c'est la routine que tu vas retenir ensuite, au bout de plein d'années.</p> <p>Parce que six mois c'est une demi-année, c'est vachement mieux</p>
45e		Stage d'externe c/ le praticien = positif	<p>Il y a les externes dans les cabinets maintenant (...) Il était temps.</p> <p>Enfin faire ça pendant l'externat je trouve cela plus opportun, plus logique, enfin quand tu veux faire de la médecine générale</p>
45f		SASPAS = adapté pour pratique future en ville	<p>Quand tu as l'intention de travailler en ville, ça paraît tellement logique</p>
45g		Stages permettent de cibler les connaissances utiles	<p>et je sais que là je vais aller en pédiatrie et que je dois apprendre ça, je sais ce que l'on voit en ville et je vais plus m'attacher à apprendre telle ou telle chose.</p>
46a	Médecine générale = activité variée= point positif	Choix des activités	<p>Bah si tu ne veux pas le faire tu ne le fais pas. Moi par exemple, je sais qu'en gynéco je ne suis pas bonne, je ne le ferais pas, je dirai à une femme enceinte que je ne la suis pas</p> <p>Je ne suis pas à l'aise pour le faire, je ne le ferai pas</p> <p>qu'il me faudra une spécificité en plus, un petit truc en plus, qui me permette de ne pas faire que du cabinet tout le temps, ou alors orienter le cabinet avec des compétences un peu différentes. Par exemple, j'en avais un qui s'occupait beaucoup des toxicos, un qui faisait de la médecine de sport, enfin voilà. Je ne sais pas encore exactement sous quelle forme cet infectieux, enfin</p> <p>Moi je ne pensais pas que c'était si vaste que ça</p>
46b		Stimulant intellectuelle ment	<p>on se retrouve devant des domaines variés comme la cardio, pneumo et tout ça c'est très intéressant d'un point de vue intellectuel je trouve, très stimulant</p> <p>C'est très intéressant, ça fait un peu peur, parce qu'il faut être au point sur plein plein de choses...</p> <p>Donc voilà pourquoi je me suis assez intéressée à ce patient-là,</p>
46c		Valorisant	<p>Ça a un côté valorisant aussi...</p>

			Oui ça a un côté valorisant,
46d		Compétences en pneumologie	« ah bah j'ai fait les antigénuries, tu le mets sous AUGMENTIN, tu te dis : « j'aurais pu le dire! »
46e		Compétences variées	on se retrouve devant des domaines variés comme la cardio, pneumo et tout ça C'est vrai que de savoir, on peut nous parler de plein de choses, qu'on est au centre de tout, c'est comme ça que je le ressens.
47a	Aptitude = Etre conscient de ses limites	Ne fait pas si ne connaît pas	Je ne suis pas à l'aise pour le faire, je ne le ferai pas Mais je pense que tu fais en fonction de tes compétences Bah faut savoir reconnaître ses limites Et ne pas se prendre pour des dieux tous puissants, enfin surtout nous
47b		Chercher l'information limitante	Non mais je pense avoir l'honnêteté de dire bah je ne sais pas, je vais me renseigner Si ça dépasse mes compétences, je peux aller me renseigner
47c		Adresser à plus compétent	Savoir quand passer la main Tu vas appeler un ami cardiologue, parce qu'il a un truc qui va pas et il ne faut pas déconner Parfois tu vas d'emblée adresser à un spécialiste parce que tu n'as pas le temps. Jouer au petit malin, et faire des petits trucs... C'est aussi, enfin pour moi c'est un des trucs fondamentaux, c'est aussi savoir que tu ne sais pas et savoir à quel moment il faut botter en touche. Je veux dire, globalement, jamais on ne te reprochera de t'avoir mis en touche trop tôt, c'est quand même savoir où ce n'est pas bon, savoir éventuellement où tu es plus compétent, savoir se limiter et dire « attendez là stop, bah moi je passe la main » et à partir du moment où tu passes la main, c'est quand même ...
48	Certaines maladies sont indissociables	Diabète et HTA sont indissociables	C'est différent la diabéto, la gynéco c'est une femme enceinte, c'est un temps donné de la vie, la diabéto c'est tellement intriqué dans tout et puis quand ils viennent pour le traitement, pour la tension et que je dis je fais que la tension et je ne fais pas le diabète etc.
49a	Compétences nécessaires en médecine générale = acquises	Il nous manque peu de compétences	Mais si c'est pour la médecine générale, vraiment il ne te manquera pas tant de compétences Je pense que ce qu'ils veulent savoir, imagine tu es installée en ville, qu'est-ce que tu crois qu'il va te manquer comme compétences en tant que médecin généraliste, généraliste pas cardiologue, pas rhumatologue, pas spécialiste, comme compétences que tu n'as pas acquises lors de ton internat. Par exemple savoir traiter les infarctus à

			<p>la phase aiguë, c'est très bien mais bon, pour la médecine générale c'est pas trop... Mais j'exagère.</p> <p>Moi je le savais quand je suis passée en USIC mais bon ça ne me servait à rien...</p>
49b		Liste des compétences non connue	<p>Le problème c'est que l'on ne connaît pas la liste des compétences que l'on est censé avoir.</p> <p>Si on l'a, mais c'est parce que tu n'as pas lu le papier!</p>
50a	Certaines connaissances sont à approfondir	Pas à l'aise en rhumatologie	<p>Moi je pense ne pas être à l'aise dans tout ce qui est rhumato, douleurs articulaires.</p> <p>Ouais ouais.</p> <p>Parce ce qu'il y en a plein plein plein là-dessus et je n'arrête pas d'apprendre et c'est sympa quoi, tant que tu n'es pas passé dans le service. Enfin, il y a une grosse partie de plaintes rhumato, douleur, ortho, machin, il y en a plein, tout ce qui commence par l'anomalie du squelette, chez l'enfant, l'adulte, l'arthrose on prend en charge etc. on a une idée évidemment.</p> <p>Tous les trucs de dermato et rhumato.</p> <p>Je suis tout à fait d'accord, la rhumato c'est « j'ai mal là ah oui, ou oui docteur j'ai un peu mal au genou depuis trois mois » et même le simple examen du genou qui se pratique comme cela, bah ça nous manque énormément finalement.</p> <p>C'est-à-dire que sur le névrome de Morton, on n'en avait jamais entendu parler avant d'arriver chez un généraliste</p>
50b		Pas à l'aise en dermatologie	<p>Tous les trucs de dermato et rhumato.</p> <p>On ne connaît pas</p> <p>Sur tous les trucs qui pendouillent de la peau, enfin en dermato, on n'a jamais fait le top 20 des trucs foireux de dermato...</p>
50c		Connaissance des médicaments = à approfondir	<p>je trouve que ce qui est plus compliqué c'est de savoir pragmatiquement ce qu'on fait quoi, c'est à dire en vrai: le patient il a ça et qu'est-ce que on fait dans l'immédiat, pas seulement, ah bah pas seulement donner un antihypertenseur, par lequel on commence, à quelle posologie, lequel est l'équivalent de celui-là...</p> <p>Quand on arrive et que l'on pose le Vidal sur le bureau, le truc il est épais comme ça, attendez, désolé je n'ai pas eu le temps de l'apprendre par cœur... En général, les patients ils le comprennent bien.</p> <p>des trucs tout bête, je ne connaissais pas l'équivalent des médicaments différents que l'on a ou que l'on n'a pas sur l'hôpital par rapport à</p>

			ceux que j'avais appris pour l'externat, donc voilà.
50d		Déterminées par la motivation de l'interne	<p>Mais je pense qu'en fait les compétences, cela dépend typiquement de la personnalité de l'interne et du cursus qu'il fait. Si c'est un mec qui n'aime pas les patients et qui a décidé de glander et bah il va lui manquer des compétences, ça c'est sûr.</p> <p>Oui, je suis tout à fait d'accord avec toi.</p>
50e		Manque de connaissance en cardiologie	J'ai voulu passer en cardio car je me trouvais nulle en cardio
51a	Aptitudes à acquérir à la fin de l'internat	Prise en charge des pathologies fréquentes et graves = acquis	<p>un interne lorsqu'il a fini, il sait traiter les pathologies hyper fréquentes en médecine générale de façon, vraiment sans problème</p> <p>Le but du jeu c'est vraiment de simplifier, voilà les médecins qui sortent de la fac on peut leur faire confiance, ils ne leur manquent pas tant de lacunes, c'est étudier un peu les compétences, vraiment sur lesquelles il faut se baser, nous former pour qu'on les ait à la sortie et justement le travail c'est la définition de ses compétences là.</p> <p>J'ai l'impression que les connaissances globales finalement tout le monde les a comme on a tous passé l'internat, les grands diagnostics, les grandes orientations diagnostiques, les traitements dans leur ensemble, tout le monde les connaît.</p> <p>la dissection aortique j'étais impeccable</p> <p>tout ce qui est sur infarctus, AVC, tout ça on sait très bien gérer, mais quelque'un arrive avec le SAMU, tu traites l'urgence</p>
51b		Savoir orienter le patient	il sait orienter sur les maladies un peu plus, au moins il sait faire le diagnostic ou l'approche diagnostique d'une maladie un peu plus pointue et il l'oriente
51c		Compétences fonction des motivations de l'interne	Après évidemment, il y a des internes qui n'ont pas envie ou je ne sais pas les enfants ne les intéressent pas, il ne fait pas de pédiatrie et ce n'est pas vraiment un problème en soit
51d		Savoir faire de la prévention	Il doit savoir faire de la prévention.
51e		Savoir passer la main	<p>Il doit savoir passer la main quand il est ... Dépassé.</p> <p>A la limite de ses compétences ou de ses pratiques</p>
51f		Savoir prendre son temps	Il doit prendre son temps, ce n'est pas forcément quelque chose qu'il a à sa disposition
51g		Mettre en pratique des connaissances	je trouve que ce qui est plus compliqué c'est de savoir pragmatiquement ce qu'on fait quoi, c'est à dire en vrai: le patient il a ça et qu'est-ce

		théorique = difficulté	<p>que on fait dans l'immédiat, pas seulement, ah bah pas seulement donner un antihypertenseur, par lequel on commence, à quelle posologie, lequel est l'équivalent de celui-là...</p> <p>Par exemple personne ne t'a expliqué, tu arrives comment tu fais ? En pratique, ce qui manque, c'est en pratique, comment on fait ? Qu'est-ce que j'écris sur mon ordonnance, qu'est que je fais, enfin je ne sais pas.</p> <p><i>n'étaient carrément pas le bilan recommandé que l'on apprend nous</i></p> <p><i>J'ai oublié je pense 80 % de ce que j'ai appris pour l'internat et maintenant j'essaye de me servir au mieux de mes 20 % qui restent.</i></p>
51h		Prendre en charge des pathologies bénignes = difficulté	<p>Et puis il y a toute la partie bobologie, que l'on ne connaît pas, enfin moi quand je suis arrivée chez le praticien, ça m'a fait ça, ça me manque quoi</p> <p>Moi je ne savais pas quoi donner pour un rhume, mais j'étais en galère</p> <p><i>Même sur tous les virus.</i></p>
51i		Nombreuses	<p><i>Les compétences que vous allez encore améliorer, avant de pouvoir voler de vos propres ailes de façon tout à fait tranquille</i></p> <p><i>Là, je crois que l'on peut dire : liste non exhaustive!</i></p> <p><i>C'est paradoxal. Il y a moins de mises en défaut. Vous avez des savoirs comme jamais plus vous ne les aurez.</i></p> <p><i>-J : Non.</i></p> <p><i>Tout le monde parle</i></p> <p><i>Mais après nos connaissances, nos compétences, je veux dire il y a plein de choses à connaître, tu ne peux pas tout connaître. Il y a trop choses à savoir.</i></p>
51j		Pas acquises à l'hôpital	<p>c'est que ce n'est pas un stage hospitalier qui va combler les lacunes potentielles</p>
52	Manque d'expérience = point négatif	Manque d'expérience = point négatif	<p>c'est beaucoup de l'expérience et c'est évident qu'à trois ans d'internat, on n'a pas vu toutes les situations de la terre et après c'est ce que tu disais un peu, il nous manque toute la bouteille, tout le recul et toute l'expérience de comment gérer un patient, on ne sais pas trop ce qu'il a ou comment gérer un patient</p> <p><i>Enfin, on n'est pas habitué à avoir ce poids qui est à la fois positif et en même temps une responsabilité.</i></p> <p><i>c'est vrai que je n'ai pas beaucoup d'expérience</i></p>

53	Etablir un répertoire de correspondants	Répertoire de correspondant s= outil utile	D'où l'utilité lorsque tu t'installes en ville, d'avoir un bon répertoire. Même si c'est ta première année d'installation. D'avoir des correspondants
54a	Aptitude = savoir faire revenir le patient (éducation)	Ne pas gérer tous les problèmes lors de la même consultation	<p>C'est là qu'il manque toute l'éducation du patient parce que tu dis « ah oui docteur, j'ai mal au genou depuis trois mois », si c'est à la fin de la consultation, apprendre et savoir que l'on peut dire au patient « écoutez c'est fini maintenant la consultation, on a réglé tous les problèmes, et pour le genou, si ça fait trop mal vous revenez après », bah non mais c'est ...</p> <p>Au début, je ne savais pas dire non aux gens et finalement, si tu veux faire de la bonne médecine, tu ne peux pas en fin de consulte par-dessus la jambe, ah ouais ouais on va faire une radio, on va faire machin et tout, c'est ça aussi apprendre à gérer le patient.</p> <p>réduquer tous les gens.</p> <p>et du coup il me dit qu'il ne voit pas de problème à les faire revenir. De traiter le jour même ce qui est le plus important pour le patient le jour J et ce qui est urgent à faire. Et de revenir dans quelques jours ou semaines pour parler des autres problèmes</p> <p>mon praticien leur répond qu'il ne peut pas se concentrer sur 5 problèmes à la fois, en même temps, en 20 min</p> <p>Parfois ça s'impose, quand la salle d'attente est pleine, et qu'il y en a qui débarquent avec 36000 problèmes c'est apprendre à différer</p> <p>parce qu'il y en a vraiment qui arrivent avec le format A4 et qui ont 20 items... A un moment stop, quoi...</p> <p>sinon tu te retrouves très vite avec 40 questions.</p>
54b		Echec	<p>Ça fait deux mois. Donc je crois qu'elle ne reviendra pas.</p> <p>et s'ils ont besoin ils vont voir quelqu'un d'autre qui leur prescrira leur liste de médicaments. De toute façon ils n'hésiteront pas à le faire je pense.</p> <p>Tu savais qu'elle allait ne pas revenir ?</p> <p>Bah j'espérais qu'elle revienne.</p> <p>Mais tu t'en doutais un peu quand même ?</p>
54c		Différer la consultation à l'hôpital	parce que si c'est pour l'envoyer à l'hôpital dès le début, il risque de ne pas revenir, de ne pas accrocher. Peut-être reperdu après
54d		Importance de la 1ere Cs	<p>Il faut peut-être trouver dans la première consultation, un seul motif qui lui permette d'accrocher pour la suite</p> <p>Surtout que c'est un tout nouveau patient</p>
54e		Créer un lien	Arriver à accrocher, créer un lien pour pouvoir

		pour amorcer le suivi	maintenir un suivi un seul motif qui lui permette d'accrocher pour la suite
54f		Manque de moyen = obstacle	« mon bilan sanguin, je préférerais quand même attendre d'avoir ma SECU pour le faire, parce que je n'ai pas d'argent » et elle n'est jamais revenue Ouais je m'en doutais un peu et même, ne serait-ce que parce que les raisons économiques sont suffisantes, après il y avait peut-être d'autres raisons, mais lorsqu'elle n'est pas venue, je me suis dit en premier, peut être juste qu'elle n'a pas eu de quoi faire le bilan, peut être qu'elle n'a pas eu de quoi payer 25 euros, mine de rien, une fois par semaine.
54g		Pour réévaluer le patient	On l'a reconvoqué pour qu'il revienne me voir
54h		Peut créer conflit avec le patient	Et certains patients ne comprennent pas, certains sont même un peu agressifs, ils nous disent, « et ben tant que je suis là, je paie la consultation, on fait tout... » Mais clairement y en a qui se braquent. Après ils adhèrent ou ils n'adhèrent pas
54i		Education du patient = possible	Ils reviennent ou pas les gens? -J : Ils reviennent !! Bien sûr ouais ils reviennent! Ils reviennent et en général ils ne font pas la même erreur. Ils reviennent en disant : « aujourd'hui on parle du genou... ».
54j		Ne pas être trop rigide sur le nombre de motifs	Faut pas être rigide: une consultation = un motif...
55	Formation médicale continue= nécessaire	Evolution des savoirs à prendre en compte	Ouais il y a des trucs qui divergent vachement d'avant et il y a des trucs qui sont pareils. C'est fou quand même
56a	SASPAS= apprentissage de l'autonomie	Débrouiller seul les plaintes= appris grâce au SASPAS	Parce que lorsque l'on est seul, faut que tu fasses la part des choses urgentes pas urgentes, et comment je gère surtout, parce que tu ne connais pas le réseau forcément bien, c'est apprendre un petit peu à te débrouiller toute seule, lorsque ton praticien n'est pas là. j'ai appris à l'utiliser cette compétence, je ne suis plus pommée quand je vois un patient, cela ne me fait pas peur. c'est toi qui est responsable quand même, quand tu es tout seul dans le cabinet, Je veux en faire un mais pour une raison un peu particulière pour le motif du premier recours, après mon stage j'aimerais travailler en zone très reculée
56b		Approfondir ses	Et puis au niveau du diagnostic, j'étais vraiment poussé à chercher pendant l'heure de

		connaissances = point positif du SASPAS	<p>consultation, à chercher des trucs sur internet des trucs que je ne connaissais pas.</p> <p>oui il y a une part d'apprentissage théorique beaucoup sur la neurologie quand même, après tout ce qui est un peu bâtard comme cela c'est ça qui est difficile, surtout la neurologie, tu apprends pas mal de choses, c'est toi qui cherche tout de suite la réponse, ça t'apprend un peu à chercher.</p> <p>tu sais aller plus vite, où aller chercher</p> <p>plus un SASPAS où on prendra le temps d'aller regarder les recommandations, parce que j'apprendrais encore une fois plein de choses.</p>
56c		Apprentissage de savoir où trouver des informations	<p>tu sais aller plus vite, où aller chercher</p> <p>Aller chercher</p>
56d		Gain de confiance en soi	<p>C'est la confiance en soi</p> <p>Oui c'est ça la confiance en soi, c'est ça que tu gagnes</p> <p>Il y a une certaine confiance en soi</p> <p>je pense que j'y aurais gagné en confiance en moi d'être seule justement en cabinet, vraiment avec un patient, toute la journée</p>
56e		Mise en pratique des connaissances théoriques	<p>En fait, tu es plus pragmatique dans le sens où ce n'est pas forcément que tu as plus de connaissances mais tu sais aller plus vite, où aller chercher</p> <p>Aller chercher, savoir comment gérer la consultation sans trop s'étaler</p> <p>au niveau des compétences, de gérer la consultation</p> <p>Moi j'avais autant de patients que lui, les après- midis où c'est lui qui consultait ou si c'était moi, c'était toujours autant</p> <p>Ca dépend, ça dépend, Mais globalement, il n'y a pas beaucoup de différence (<i>de nombre de patients vus</i>)</p>
56f		Formation pluridisciplinaire / autres visions	<p>et j'aimerais bien être un petit peu formé par des sages- femmes sur le accouchement et du coup je me dis que ça peut être une bonne manière de faire des consultations non spécialisées, donc variées, donc de ville, en prenant un tiers temps en maternité.</p> <p>Faire un SASPAS pour voir d'autres pratiques par d'autres généralistes, voir d'autres internes. Et voir justement d'autres techniques et m'enrichir un peu.</p> <p>Ca va dépendre de mes prochains stages, pourquoi pas, mais ça serait plus pour élargir mes compétences Un de mes praticiens n'est pas du tout gynéco, l'autre un peu plus mais c'est vrai que les patientes n'étaient pas très à l'aise d'avoir deux personnes... C'est vrai que je n'ai pas fait beaucoup de gynéco.</p>

56g		Perfectionnement	Oui moi je veux faire un SASPAS, pour continuer à me remettre en question après chaque consultation,
57	Comparaison SASPAS/remplacement = avis divergents	Comparaison SASPAS / remplacement = avis divergents	Parce que juste faire des remplacements en sortie d'internat, ça ne remplacerait pas le SASPAS Ce n'est pas pareil Ouai mais par exemple, je ne sais pas, est-ce que si tu t'installes en cabinet à plusieurs, est-ce que ce n'est pas la même chose, tu as ton pote à coté Moi franchement je ne crois pas, enfin c'est mon avis mais
58a	Description du déroulement du SASPAS/points positifs	Relecture systématique des dossiers = point positif	Quand on a un praticien qui fait les choses correctement, qui relit derrière toutes les consultations, je trouve ça sympa d'avoir une relecture et voir, non mais franchement, les miens, ils étaient bien et franchement ils relisaient toutes mes consultations et ils étaient bien, quand j'avais fait d'une manière et qu'ils pensaient que l'on pouvait faire aussi d'une autre manière que la leur, au lieu de me dire «non tu as mal fait », « ah ok c'est bon tu as fais comme ça, c'est bon ». je me dis qu'il ne faut pas que je passe à côté de quelque chose, c'est peut-être le truc grave qu'il ne faut pas que je loupe. Donc revoir toutes les consultations.
58b		Maitre de stage joignable = rassurant	mais c'est quand même assez reposant de se dire, que si tu ne sais pas tu peux l'appeler quoi et il y aura toujours quelqu'un pour te répondre et je trouve cela pas mal C'est plus décontractant que d'appeler un cardio ou d'appeler... Après tu peux plus discuter avec ton praticien
58c		Esprit d'équipe = facilite la prise en charge	le fait d'avoir un praticien, bah tu es deux et je trouvais que du coup, ça faisait genre une mini équipe, c'est carrément plus facile.
58d		Horaires moins lourds qu'à l'hôpital	Moi je n'ai choisi le SASPAS que parce que c'est clair, je suis tellement écrasée par l'hôpital, ses horaires, je trouve ça insupportable enfin bon, enfin c'est surtout un problème dans la famille. C'est insupportable, après bon finalement, je ne peux pas dire qu'on a rien appris en SASPAS, ça sert quand même Ah oui donc tu as pris SASPAS pour glander ?! Non, mais tu ne fais pas de gardes, donc voila, mais c'est clairement un stage qui est plus relax qu'un stage à l'hôpital, ça on est d'accord, je l'ai pris pour ça. Comme tu disais c'est des vacances pour nous, internes Même les vacances, on ne te fait pas chier en

			disant, « ah bah non faut absolument que vous partiez en août il y a machin qui doit revenir là, oui mais y a machin qui part à ce moment là »...
58e		Sentiment de ne pas être exploitée	Je ne me suis pas sentie exploitée
59a	Présence du maître de stage au cabinet = aléatoire	Praticien pas toujours présent	<p>Moi perso mon praticien, il n'était pas sur place Moi non plus Après ça dépend. Si les praticiens ne jouent pas le jeu à ce moment là, de s'occuper de toi et tout... Mais ils ne sont pas tous là Combien vont faire.... Moi déjà chez le prat Alors non, non quand il n'était pas là... Non les jours où il n'était pas là, il y avait un jour où il était censé être à la fac Oui voilà Et une matinée, bon ok, l'autre il était chez lui mais... Mais il était chez lui</p> <p>-Oui mais pour un stage de niveau 1, théoriquement tu as quand même une longue phase où tu n'es pas tout seul. -Ca dépend des praticiens.</p>
59b		Pas toujours le même	J'en ai eu une en fait et sa collègue a pris le relai parce qu'elle avait des problèmes personnels à gérer et on va dire des petites difficultés de gestion psychologique, donc au final, ma praticien initiale, ce n'était pas forcément celle avec qui j'étais le plus souvent.
60	SASPAS= pas sûr d'avoir appris des choses	SASPAS= pas sûr d'avoir appris des choses	<p>après bon finalement, je ne peux pas dire qu'on a rien appris en SASPAS, ça sert quand même Donc tu apprends des trucs Sinon tu finis par apprendre des trucs Théoriquement. (<i>on n'apprend pas assez</i>) Oui ou de pratique ou théoriquement ou de concret, enfin bref, à part gérer des petits trucs</p>
61a	Stage chez le praticien (niveau 1) : critiques	Pas sûr d'avoir appris des choses= point négatif	<p>Moi je ne suis pas sûr d'avoir appris des choses, j'ai pratiqué, mais je ne suis pas sûr d'avoir appris des choses Que l'on savait faire, en tout cas de manière théorique qu'on a su appliquer, mais je n'ai rien appris, enfin je n'ai rien appris</p>
61b		Mise en pratique = point positif	<p>j'ai pratiqué parce que j'ai une praticienne qui me l'a offert, qui m'a dit tous les matins je te laisse gérer les consultations libres moi je gère l'après midi, donc déjà tous les matins j'étais seul dans le bureau, j'ouvrais le cabinet, je voyais les gens, je gérais mais je ne sais pas, ça pouvait être parfois quinze le matin, fallait aussi y aller, et je gérais toute seule et ça c'était super</p>

			<p>Moi c'est pareil: plutôt une bonne impression.</p> <p>Moi à peu près pareil, une bonne impression de la pratique en cabinet de ville, voir un peu comment ça se passe, le suivi, le relationnel, les pathologies à suivre.</p> <p>cela m'a permis d'avoir une vision de la médecine générale plus réaliste qu'au cours de mes études</p> <p>ça m'a montré de reprendre les trucs que je ferai en tant que généraliste</p> <p>Plutôt du concret, enfin du concret</p> <p>c'est quelque chose que l'on n'apprend pas à faire avant</p>
61c		Prise de confiance en soi = point positif	Il y a une certaine confiance en soi.
61d		Apprendre à gérer le cabinet= point positif	<p>j'ai appris comment on gérait un cabinet...</p> <p>J'ai appris à utiliser son répertoire et ses outils, son ordinateur</p> <p>j'ouvrais le cabinet, je voyais les gens, je gérais</p> <p>et je gérais toute seule et ça c'était super</p>
61e		Apprendre à gérer le cabinet= difficulté	<p>Ouais mais après quand tu as la responsabilité du cabinet, de la tune qui doit rentrer, de l'assurance, du machin et tout, le nombre de patients que tu dois voir, ça vient quand même contre balancer tes gardes</p> <p>C'est difficile, parce qu'on n'est pas installé, on n'est pas chez nous...</p>
61f		Apprendre à gérer la bobologie= point positif	Tu as quand même appris à gérer la bobologie
61g		Autodidactie= point négatif	Enfin, on a appris tout seul puisqu'on a été lâché tout seul
61h		Mauvaise condition de travail= point négatif	<p>enfin franchement c'était que, je sais que l'on peut trouver un intérêt à tout mais dans un cabinet où je ne peux pas les allonger, juste une pièce où je ne pouvais pas allonger les patients en me disant c'est pour les certificats les Si, si. Ou sinon j'étais à côté d'elle ou sinon c'était : « met là à 8h30 pour V. », tu vois, bah c'était, donc un peu pénible.</p> <p>Non puis tu te dis putain, tu te fais quand même vachement moins chier à l'hôpital.</p> <p>Ouais mon praticien, il met 2 lignes, moi je mets une page. Quand tu vois les patients qu'il a vu, tu galères un peu...</p>
61i		Pas de reconnaissance et la part du praticien =	<p>elle me mettait des rendez vous, de trucs pas intéressants</p> <p>en me disant c'est pour les certificats les Si, si. Ou sinon j'étais à côté d'elle ou sinon</p>

		point négatif	<p>c'était : « met là à 8h30 pour V. », tu vois, bah c'était, donc un peu pénible.</p> <p>tous les patients que je voyais seule chez l'autre, c'était ça, c'était en doublon, ou alors c'était bah je vais chez le coiffeur bah met celui là...</p> <p>Elle me disait: « ah oui mais lui il est compliqué, parce que c'est un chronique. » Enfin je ne vois pas où est ...</p>
61j		Pas assez d'autonomie= point négatif	<p>mais en fait ce que j'aurais bien aimé c'est un peu plus d'autonomie à un moment</p> <p>l'autre ce n'était pas comme cela, parfois entre deux, elle me mettait des rendez vous, de trucs pas intéressants</p> <p>Moi aussi je me suis braquée</p> <p>donc j'aurais voulu avoir plus l'opportunité d'être seule et de faire un peu ce que je veux, quitte à me planter à certains moments mais de...</p> <p>Plus d'autonomie, on est d'accord</p>
61k		Pas d'accord avec le maître de stage= point négatif	<p>En plus parfois, je n'étais pas toujours d'accord avec l'antibiothérapie avec elle, c'était systématique, du coup ...</p> <p>Du coup, enfin j'avais un peu de mal à me braquer parce que je l'écoutais, mais enfin c'est son cabinet, c'est ses patients</p> <p>Et on est obligé en fait de se calquer sur des pratiques de nos praticiens, on le sait, qui ne sont pas forcément les bonnes, on fait des choses où on n'est pas On est obligé de le faire de toute manière parce qu'on sait très bien qu'il va nous dire de faire ça, alors que l'on n'est pas d'accord, enfin bref. Donc, ça m'a gêné</p> <p>un autre qui était proche de la retraite et qui avait une pratique qui était quand même à mon avis, un peu moins stimulante, parce que c'était quand même, enfin beaucoup de patients chroniques attachés à lui mais finalement peu de médecine comme ça, voilà j'ai moins accroché avec lui.</p> <p>des trucs dans chaque pratique qui me plaisaient plus ou moins</p> <p>je ne ferais peut être pas de la même façon d'autres que je ne referais pas avec lesquelles j'étais plus ou moins d'accord.</p> <p>reprenre les trucs que je ne ferais pas plus tard</p>
61l		Double activité= fait en pratique mais interdit	<p>Il y a en beaucoup qui le font (<i>diviser la consultation</i>)</p> <p>Ils le font mais tu n'as pas le droit</p> <p>Et bah moi, tous les patients que je voyais seule chez l'autre, c'était ça, c'était en doublon</p>
61m		Approches différentes = point positif	<p>j'ai vu ce qui me plaisait.</p> <p>cinq pratiques très cohérentes, parce qu'ils sont en groupe et avec lesquelles j'étais assez en</p>

			accord, donc plutôt agréable. -C'est un des avantages à être en groupe quand même. ... Alors que l'autre, elle me laissait tout voir, c'était beaucoup plus intéressant
61n		Pratiques différentes = point négatif	Le problème c'est que c'est cinq pratiques différentes Et nous du coup on arrivait en stage chez le praticien, avec la clientèle effectivement de ce praticien qui est déjà un peu orientée vers la tension ou le diabète, l'autre il ne prend que des vieux parce qu'il adore ça. Et nous on arrive comme cela et parfois on est pris en défaut, on peut se retrouver avec un praticien qui adore la dermato et puis nous on est des billes!
61o		Apprentissage choses nouvelles = positif	Enfin c'est quelque chose que l'on n'apprend pas à faire avant.
61p		Tuteur = rassurant, accompagnant	j'ai quand même revu avec mon praticien pour qu'il valide la conduite Alors j'en ai parlé avec mon praticien qui m'a dit « mais tu as peut être été un peu dur, tu pouvais lui dire qu'il n'y a pas plus naturel que la mort. » Bah à voir nos praticiens le faire, peut être qu'on s'est dit « ça marche finalement ».
61q		Hâte d'y être	En fait ce que j'attends c'est de me rapprocher de la médecine générale, de la relation médecin/malade
62a		Attentes inchangées = point neutre	le stage chez le prat déjà n'a pas modifié mes attentes Moi, ça n'a rien changé Moi à peu près pareil, ça n'a rien changé
62b		Attentes inchangées = point négatif	Bah moi non, c'est toujours point d'interrogation, je ne sais toujours pas ce que je veux faire
62c		Attentes inchangées = point positif	Ca me conforte on va dire dans mon choix. Moi j'avais deux praticiens traditionnels dans leur pratique, qui n'ont fait que conforter ce que je voulais, la médecine de ville. ça m'a conforté dans le fait que la médecine générale : oui Pareil, j'ai deux maîtres de stage, ça a confirmé mes choix, je veux faire ça. Globalement je suis sûr de mon choix, je suis sur le bon chemin. de toute façon cela m'a conforté dans mon choix, donc pas de souci sa pratique effectivement m'a donné envie et m'a conforté dans ce choix-là Moi, ça me conforte dans mon choix Le stage chez le praticien ça nous oriente pas mal sur ce qu'on veut faire après, ça ne nous a pas changé radicalement, mais bon ça t'oriente

			de façon quand même importante.
63a	Aptitude = gérer la bobologie	Pas essentiel	<p>Si la jeune fille de 26 ans qui vient pour son rhume, je lui dis « bon bah vous vous mouchez », point à la ligne, ça ne va pas la tuer tu vois.</p> <p>Ah oui c'est sur</p> <p>Ne pas lui prescrire 150 petits sachets, machins et tout, je ne considère pas que c'est un manque de compétence de gérer la bobologie, tu l'écoutes, tu lui expliques ce qui lui arrive, tu lui dis...</p> <p>Bah tu peux..., moi, je ne me suis pas sentie en défaut parce que je ne savais pas prescrire de l'acétyl cystéine, ou du machin, je ne me suis pas sentie en ...</p>
63b		Intérêt de la bobologie= approche patient	<p>Mais après la compétence, ce n'est pas que gérer la bobologie, c'est vrai qu'il n'y a pas de règles médicales, mais c'est le rapport patient</p> <p>Parce que tu as quand même une bonne relation avec le patient, bon bah voilà c'est un rhume, faut surveiller, vous vous mouchez bien, vous vous reposez</p>
64a	Aptitude = Ne pas donner de traitement	Difficile car pas apprécié par les patients	<p>Oui mais ça ne plait pas forcément au patient.</p> <p>Bah oui mais ...</p>
64b		Dépend de l'éducation du patient	<p>Non ce que je veux dire c'est que ce n'est pas ta clientèle</p> <p>Oui ce n'est pas ma clientèle.</p> <p>Ils sont habitués à une certaine pratique.</p> <p>Oui après toi, tu te feras ta propre clientèle.</p> <p>Oui quand tu te feras ta propre clientèle, tu pourras.</p> <p>Mais je pense, tu vois ce discours, tu peux les tenir avec tes propres patients.</p> <p>Bah voilà.</p> <p>en ville, on voit beaucoup de patients qui passent par les urgences et qui sortent sans, zéro prescription et ça c'est, moi je suis sûre, je serais aux urgences, je ferais la même chose</p>
64c		Possible avec des explications	<p>Si tu leur parles et que tu leur dis...</p> <p>Mais tu leur dis, moi je leur dis, ça vous fait plaisir mouchez vous avec du STERIMAR, mais il n'y a pas besoin d'ordonnance quoi.</p>
65a	Donner des médicaments pour faire plaisir au patient= avis divergents	Impossible, ce n'est pas éthique	<p>Ils veulent un traitement, un médicament, un médecin c'est comme les gens qui vont aux urgences, si tu leur dis juste, « vous n'avez pas de chose grave, mais rien du tout, mais que ça va passer » et que tu ne donnes rien...</p> <p>Je suis complètement contre cette idée tu vois</p> <p>Moi aussi, moi jamais je ne prescrirais un truc pour faire plaisir à quelqu'un. Ça me fout hors de moi.</p> <p>Mais tu n'as pas besoin...</p>

65b		<p>Cela ne peut pas faire de mal et ça peut être bénéfique</p>	<p>Ce n'est pas leur faire plaisir, mais ça ne va pas les tuer non plus de prescrire du sérum physiologique.</p> <p>Moi je ne suis pas d'accord avec toi, un nez bien bouché, un petit coup de Déturgylone ça fait du bien</p> <p>Bah oui.</p> <p>en ville, on voit beaucoup de patients qui passent par les urgences et qui sortent sans, zéro prescription et ça c'est, moi je suis sûre, je serais aux urgences, je ferais la même chose, mais eux ils veulent quelque part je ne sais pas, s'occuper d'eux même, ou s'occuper de son gamin, mettre les gouttes, ça leur fait plaisir, c'est psychologique.</p> <p>Ça ne sert à rien mais psychologiquement ça les soulage</p> <p>Mais le placebo ça marche</p> <p>Ouais.</p> <p>Ouais des trucs comme ça...</p>
66a	Remplacement tutoré= idée à évaluer	Remplacement tutoré = une bonne idée	<p>Oui à la fin</p> <p>A la fin, moi aussi, à la fin</p> <p>Moi ça, je trouverais ça super</p> <p>Oui mais ça va faire complètement un doublon entre un SASPAS plus un remplacement tutoré</p> <p>Plus d'autonomie, on est d'accord</p> <p>Oui moi je l'aurais fait</p> <p>Parce que moi je n'ai pas fait le SASPAS uniquement pour cette raison-là.</p>
66b		Remplacement tutoré= une mauvaise idée	<p>Non</p> <p>Enfin un remplaçant classique, il ne va pas se prendre la tête</p> <p>Ca revient à un tutorat</p> <p>Non mais là, juste du remplacement, ce n'est pas possible</p> <p>C'est impossible</p>
66c		C'est pareil mais le remplacement tutoré est financièrement avantageux	<p>Mais pour moi c'est pareil, un remplacement tutoré, un remplacement tutoré ou un SASPAS. Sauf que le remplacement tutoré, tu gagnes beaucoup plus que le SASPAS.</p> <p>Parce que moi je n'ai pas fait le SASPAS uniquement pour cette raison là. Bah pour la raison de remplacer gratuitement</p>
66d		Conditions financières à définir, suscite de l'interrogation	<p>Mais tu es payé, comme un remplacement</p> <p>A la sortie de ton internat tu remplaces un praticien, mais pour moi ça, ça remplace le...</p> <p>Quel est l'intérêt pour les tuteurs ? Ils seraient payés par la fac ?</p> <p>Bah en partie, il voit ses patients, toi tu vois les autres, il a deux salles, tu es mieux payé</p>
66e		Relation à définir	<p>Non pas payé par la fac</p> <p>Mais après, ce n'est pas trop faire un peu le « maître de stagiaire »? Comme le problème dans les entreprises qui embauchent que des stagiaires</p> <p>La précarisation des jeunes</p>

			<p>Juste six mois ? Ca revient à un tutorat Ils font une sélection des généralistes Déjà que je trouve que le SASPAS c'est un peu bizarre, mais là si c'est juste de...</p>
66f		Remplacement tutoré= doublon avec le SASPAS	<p>Oui mais ça va faire complètement un doublon entre un SASPAS plus un remplacement tutoré mais pour moi ça, ça remplace le... Mais ça ferait office de SASPAS, on ne passerait pas par SASPAS</p>
67a	Interrogations sur les avantages d'être tuteur	Les tuteurs sont payés par la fac	<p>Les tutorés, ils sont payés par la fac, tu leur donnes, je ne sais pas, 1000 euros par mois. Non ils ne sont pas payés autant, je ne crois pas</p>
67b		Le tuteur ne doit pas travailler en même temps que le tutoré	<p>Mais attend, quand tu es remplaçant, le médecin n'a pas le droit de travailler en même temps que toi C'est une sorte de collaboration</p>
68a	Questions sur les modalités du SASPAS	Praticien toujours sur place ?	<p>Ils sont là tout le temps en SASPAS, à côté de toi ? Enfin dans la salle à côté?</p>
68b		Double activité autorisée ? (activité du tutoré en parallèle du praticien)	<p>Il n'a pas le droit de doubler un SASPAS? Mais j'étais en SASPAS, pourquoi ils n'ont pas le droit ? Tu n'as pas le droit travailler, tu es sûr ? Parce que qu'ils le font, enfin Mais tu veux dire quand ils ont deux cabinets et deux consultations en parallèle, ils n'ont pas le droit ? Non mais un cabinet, avec un interne et un cabinet avec le médecin ? Tu es sûr que cela on leur dit quand... ?</p>
68c		Travailler à la fac est autorisé pendant que le tutoré consulte	<p>Si, la fac ils ont le droit Si, la fac tu as le droit</p>
69a	Double activité (activité du tutoré en parallèle du praticien) interdite	Double activité couramment pratiquée	<p>Il y a en beaucoup qui le font Ils le font mais tu n'as pas le droit Et bah moi, tous les patients que je voyais seule chez l'autre, c'était ça, c'était en doublon Mais ils le font tous, enfin la plupart Une bonne partie Lui, il ne le faisait pas mais mon deuxième il le faisait. Moi aussi, mais je ne crois pas que mon praticien qui le faisait, le faisait consciemment. Il y en a un paquet qui dise aller vient ...</p>
69b		Double activité interdite	<p>ça il n'a pas le droit de doubler, c'est un exemple de ce qui est interdit. Enfin si, il a le droit de doubler Non tu n'as pas le droit diviser ta consultation</p>

			<p>Ils le font mais tu n'as pas le droit Ils n'ont pas le droit, normalement ils sont censés être à coté et ne pas faire d'activité professionnelle Peu importe, c'est de la double activité, tu n'as pas le droit C'est de la double activité financière pour eux. Ils n'ont pas le droit Ni la fac, ni les consultations. Bah tu n'as pas le droit d'avoir deux cabinets Bah bien sûr que tu n'as pas le droit Non mais tu te rends compte comment c'est dégueulasse Mais il gagne 1400 euros pour cela Bah évident que tu n'as pas le droit. Ah oui, oui t'inquiète qui le savent Ils savent que quand ils ne sont pas au cabinet, ils ne sont pas censés demander à l'interne de venir. Ils savent que lorsqu'ils partent en vacances tu n'es pas censé venir Oui, voilà</p>
69c		C'est de la tricherie, de l'escroquerie	<p>En embauchant un mec gratos Non mais tu te rends compte comment c'est dégueulasse Et il se fait payer pour cela en plus Dans ce cas là, je suis tuteur dans cette fac, tuteur dans une autre et je me fais une mini-clinique d'internes C'est ça qui est choquant Mais est-ce que tu te rends compte ? Il gagne deux fois plus. Mais je veux dire, enfin l'argent c'est important pour tout le monde je pense, il gagne deux fois plus. Mais arrête... Attend, attend. Moi j'avais autant de patients que lui, les après-midis où c'est lui qui consultait ou si c'était moi, c'était toujours autant</p>
70	Double activité (activité du tuteur en parallèle du praticien)= pas choquant	Ce n'est pas choquant	<p>Mais tu ne vois jamais autant de patient que lui Moi aussi, mais je ne crois pas que mon praticien qui le faisait, le faisait consciemment. Non (<i>ils ne le font pas tous</i>)</p>
71	La cardiologie : une discipline déplaisante	Je n'aime pas la cardiologie	<p>Et ça me confirme que je n'aime pas la spécialité d'ailleurs Ce n'est pas un mythe le cardiologue ?</p>
72a	Les spécialistes sont performants uniquement dans leur spécialité= point négatif	Demande d'avis dès que cela sort du champ de la spécialité	<p>Mais les cardio c'est assez spéciaux, non mais attend, un vieux qui est là, qui a une pneumonie, une pneumonie d'inhalation qui a un truc c'est sûr, ah bah on va prendre l'avis du pneumologue, le pneumologue il va dire « ah bah j'ai fait les antigénuries, tu le mets sous AUGMENTIN, tu te dis : « j'aurais pu le dire! » Mais il demande, lorsque ça sort de la cardio, il ne fait plus.</p>

			<p>Mais ils le font tous ça, le neurologue, si ça sort de la neuro...</p> <p>Pas les orthos</p> <p>Non, il ne voit pas la pneumologie !</p> <p>Oui mais ce cas-là, il va dire ça ne relève pas de mes compétences, allez voir un autre de mes confrères. Ou parlez-en à votre généraliste.</p> <p>-T : Aller voir un rythmologue.</p> <p>-N : Ou parlez-en à votre généraliste!</p>
72b		La cardiologie est un cliché	<p>C'est pas un mythe le cardiologue ?</p> <p>Ce n'est pas un mythe.</p> <p>Mais le gastro qui arrive en face d'un cardio, bah je pense que c'est impressionnant.</p> <p>En revanche, il revient de la coro, « vient on va aller la voir ».</p>
72c		Les orthopédistes = mauvais cliniciens	<p>Non, il ne voit pas la pneumologie</p> <p>Il ne remarque même pas que le patient tousse et a de la fièvre!</p>
72d		Orthopédistes = mauvaise relation thérapeutique	<p>il a dit l'orthopédiste, ça ne sert à rien de me les montrer, revient dans dix ans, lorsqu'éventuellement j'aurais quelque chose à faire pour vous</p>
72e		Ont moins de 1 ^{er} recours	<p>Il a moins de recours.</p> <p>-T : C'est moins évident</p>
72f		Spécialisés dans leur domaine	<p>Sur la dermato, lui globalement tu lui montre un truc, il saura ce que c'est</p> <p>il va tout à fait pouvoir dire, ce n'est pas dans mon cadre restreint. Moi j'ai éliminé les choses qui me concernaient</p>
72g		Se croient supérieurs	<p>Surtout qu'ils le font, qu'ils sont là en mode « je suis Dieu tout puissant... ».</p>
72h		Font tout le temps la même chose	<p>Et les dermatos c'est ce que tu dis, tu leur montres n'importe quel bouton, s'ils ne savent pas ce que c'est, ils vont mettre des dermocorticoïdes, ce n'est pas grave ...</p> <p>Enfin voilà, c'est facile de mettre des dermocorticoïdes quand on ne sait pas.</p>
73a	La pédiatrie c'est difficile	La pédiatrie c'est difficile	<p>justement pour dire que la pédiatrie ce n'est pas facile</p> <p>Non, moi je ne suis pas d'accord, parce que tu vois typiquement la pédiatrie, je me suis plaint jusqu'au cinquième mois et le sixième j'ai kiffé.</p> <p>Presque pareil</p> <p>La pédiatrie au départ, j'aurais mieux fais de prendre médecine</p> <p>Je trouve que tu es à l'aise, bien, et que tu commences à te sentir autonome le sixième mois</p> <p>Enfin bah tu vois, je n'ai jamais fait de stage de pédiatrie, j'ai pris la gynéco parce que je ne voulais pas faire en dernier semestre 50000 heures de garde,</p>

			Ce n'est pas mieux qu'en pédiatrie Ils font ça toute leur vie.
73b		Réticences	moi j'avais des réticences par rapport à la pédiatrie
74	Les actes faits en routine sont ceux que l'on retient	Les actes faits en routine sont ceux que l'on retient	Et moi, je pense que si tu faisais que quatre mois je ne suis pas sûr que tu Au départ, tu apprends en fait et après tu pratiques et vraiment cela devient un truc de routine et je pense que c'est la routine que tu vas retenir ensuite, au bout de plein d'années.
75a	La vie à Paris est chère	La vie à Paris est chère	Non mais à Paris tu es moins payé proportionnellement mais ce n'est pas parce que...
75b		Internat plus facile financièrement en province	Non mais quand tu vois à Nantes que tu payes 300 euros tes 80m2, l'internat ça doit être un peu plus simple je pense.
76a	Rallonger l'internat est difficile	Difficulté à trouver un stage	j'ai l'impression que pour rallonger ton internat en médecine générale, c'est la croix et la bannière. Il faut négocier, il faut trouver le stage où tu veux aller, faire de la lèche pour ... C'est horrible. Sur CV tout est bouché, tout est sur piston Alors que soit disant ils ont besoin d'internes
76b		Les stages preneurs d'internes sont difficiles	Ouais mais sauf que tu auras des stages comme Colombes, donc là t'inquiète, ils vont te prendre mais par contre tu vas payer cher. Bah les gardes, tu es pris aux endroits où il n'y a pas assez d'internes, donc tu es pris là où il y a des problèmes.
77a	Les gardes étaient différents avant	Les gardes étaient pires	et encore c'était pire avant, c'était largement pire pour nos ancêtres.
77b		Les urgences étaient moins fréquentes mais réelles	Vous croyez vraiment ? Les gens n'étaient pas un peu plus éduqués? Moi j'ai vu des mecs en garde lire des bouquins, aux urgences il n'y avait rien. Oui parce que c'était des vraies urgences. Le mec il te disait, le vieux interne, prend ton temps, lorsque tu vas arriver aux urgences, le mec qui va mourir, il aura le temps de mourir, alors que maintenant tu ne peux plus, alors qu'avant ils laissaient des gens mourir.
78a	Critiques sur les gardes	C'est normal de faire des gardes	En tout cas, je pense que faire des gardes c'est normal, mais elles ne sont pas assez rémunérées nos gardes. Que tu fasses des gardes, je veux dire c'est normal
78b		Gardes= pénibles	Ce n'est pas forcément l'internat qui me soule, ce sont les gardes Ouais moi aussi j'en ai ras le bol Oui moi aussi, il m'en reste dix-huit, je vous

			<p>jure je les compte</p> <p>Je vous jure ça va être les dernières gardes de ma vie.</p> <p>Moi aussi</p> <p>Le 30 octobre, je connais toutes les dates par cœur, ça va être ma dernière.</p> <p>Enfin bah tu vois, je n'ai jamais fait de stage de pédiatrie, j'ai pris la gynéco parce que je ne voulais pas faire en dernier semestre 50000 heures de garde</p> <p>Oui mais au bout d'un moment tu en as raz le cul</p> <p>Mais tu en aurais moins marre si elles étaient mieux payées</p> <p>Evidemment mais tout est question de ça, c'est une question de motivation. Bosser toute la nuit, travailler comme une malade à 7 euros de l'heure, euh non.</p> <p>Bah ouais</p>
78c		Gardes pas assez rémunérées	<p>En tout cas, je pense que faire des gardes c'est normal, mais elles ne sont pas assez rémunérées nos gardes.</p> <p>Oui.</p> <p>C'est moins que le SMIC horaire.</p> <p>Voilà, les gardes elles seraient payées 200 euros, c'est quand même payer des gens à Bac+9.</p> <p>Ce n'est pas motivant</p> <p>Attends c'est sept euros de l'heure, attends tu fais la gueule.</p> <p>C'est même un petit peu moins, c'est moins que le salaire d'une femme de ménage.</p> <p>Oui, c'est moins que le SMIC horaire.</p> <p>Attends la pédicure, c'est 70 euros le grattage de pieds, c'est moins d'une heure, c'est même pas une demie heure et ça c'est bien enregistré ?!</p> <p>Non mais c'est vrai, il faut qu'ils fassent quelque chose, parce que l'on te demande de passer dans les étages, on te demande de gérer les urgences, tu dois tout faire.</p> <p>Mais tu en aurais moins marre si elles étaient mieux payées</p> <p>C'est clair que si elles étaient payées quatre cents euros...</p>
78d		Pas de repas prévu= point négatif	<p>Tu n'as même pas à bouffer</p> <p>Oui tu n'as même pas à bouffer</p>
78e		Pendant les gardes : travail de l'interne non reconnu	<p>Non mais c'est vrai, il faut qu'ils fassent quelque chose, parce que l'on te demande de passer dans les étages, on te demande de gérer les urgences, tu dois tout faire</p> <p>Et ils te regardent comme de la merde</p> <p>Oui tu n'as même pas à bouffer</p> <p>Et moi, ce que je trouve insupportable, c'est que le chef il est là comme ça et «toi tu vas le voir et moi je vais regarder internet toute la nuit», c'est que ça, c'est insupportable. A la limite, si on était deux à travailler normalement, ok.</p>

78f		Examens complémentaires peu disponibles	<p>Et par exemple la nuit, on n'a pas systématiquement..., enfin pour avoir un bilan c'est compliqué, avoir l'imagerie c'est compliqué, et il y a des gens à qui on dit « bah non, vous revenez, on va faire une lettre au médecin traitant, vous ne revenez pas même, on fait une lettre au médecin traitant », on les laisse sortir</p> <p>On a tout de même la possibilité d'avoir une imagerie si on en a vraiment besoin et ce n'est pas tout à fait non plus la même chose et le bilan, s'il le faut, mais voilà...</p>
79a	Les gardes sont plus faciles quand on est chef	Le chef se couche plus tôt	Moi je comprends que le chef, il aille se coucher au bout d'un moment
79b		Les séniors peuvent prendre des astreintes téléphoniques	Oui mais tu peux bien prendre des astreintes téléphoniques dans ce cas là
79c		Plus facile si sénior sur place	<p>Enfin c'est quand même bien qu'il soit sur place</p> <p>Bah c'est ce qui se passe.</p>
80a	Aptitude = Apprendre à gérer son temps de consultation	Appris au cabinet= point positif	<p>Mais cela peut-être, on l'a acquis chez le praticien</p> <p>Tu ne prends pas forcément une demi-heure pour ta consultation. Tu fais les choses correctement, tu fais un examen, tu poses les questions et tu tapes en même temps.</p>
80b		Pratique différente après le stage chez le praticien	Le stage chez le praticien et puis à nouveau le retour à l'hôpital, à te dire, enfin je pense que l'on a tous changés après le praticien quand même. On a vachement changé au retour du praticien en se disant, en arrivant à l'hôpital putain, on fait quand même beaucoup trop de trucs à l'hôpital que l'on ne devrait pas faire, enfin c'est quand même une évidence
81	Réalisation d'examens inutiles à l'hôpital	Réalisation d'examens inutiles à l'hôpital	en arrivant à l'hôpital putain, on fait quand même beaucoup trop de trucs à l'hôpital que l'on ne devrait pas faire, enfin c'est quand même une évidence
82a	Avantages de travailler à l'hôpital par rapport au cabinet	moins pénible qu'en ville	<p>Non puis tu te dis putain, tu te fais quand même vachement moins chier à l'hôpital.</p> <p>C'est vrai qu'à trois heures de l'après-midi, quand tu n'es pas de CV, tu es barrée.</p> <p>Quand tu es chef c'est différent, interne tu fais tout le truc de merde</p> <p>Nous on a plus l'habitude à l'hôpital, derrière nos blouses etc. Enfin il y a une grosse différence entre traiter un patient qui est au lit et..., ce n'est pas pareil, là tu es à domicile</p> <p>Ce n'est pas du tout la même chose que le médecin généraliste en ville, qui va devoir</p>

			organiser des choses
82b		Moins de responsabilités	<p>Ouais mais après quand tu as la responsabilité du cabinet, de la tune qui doit rentrer, de l'assurance, du machin et tout, le nombre de patients que tu dois voir, ça vient quand même contre balancer tes gardes</p> <p>Parce que même si aux urgences, tu n'es pas sûr de toi, tu l'hospitalises au lit-porte, il sera revu demain par un autre médecin, tu es tranquille, puis voilà. Dans ton cabinet, à la fin tu dois conclure et il ne sera pas revu, et tu es tout seul et ...</p> <p><i>C. acquiesce</i> Non mais c'est vrai</p>
82c		Plus simple quand on est chef	<p>Même quand tu es chef. Non mais quand tu es chef, tu ne les dictes plus tes courriers, tu les corriges.</p> <p>Il y a certainement des médecins expérimentés qui ont réussi à fermer un peu la limite de, voilà, on ne va pas négocier trois heures pour que quelqu'un face une prise de sang, ok vous ne voulez pas...</p>
82d		Hospitalisation plus facile	<p>Et c'est aussi adapter la pratique en ville versus que si on l'avait vu à l'hôpital, là typiquement, on l'aurait vu aux urgences, on aurait tous eu envie de l'hospitaliser dès le début: et pour ses antécédents et pour l'immensité du chantier qu'il amène avec lui et là</p> <p>il n'y avait plus de place à Cochin, donc bon on le prend parce qu'on a de la place</p>
82e		Avis spécialisé plus facile	Et puis à l'hôpital, c'est avis cardio, avis dermato, avis neuro, avis machin, avis psy...
82f		Plus d'examens complémentaires disponibles	<p>Voilà, je n'ai pas tel moyen à ma disposition. Je n'ai pas de scanner à côté, pas de biologie,</p> <p>... on hospitalise et on a tout sur place tout de suite</p> <p>si on avait eu un lit-porte ça aurait été parfait. Mais bon. Et donc, c'est tout de même compliqué, parce que parfois honnêtement, il y en a que je me dis, j'ai bien envie de les hospitaliser, mais bon on n'a pas toujours de la place</p>
83a	Avantages de travailler au cabinet par rapport à l'hôpital	Moins pénible	<p>on se fait nettement moins chier en ville par rapport à l'hôpital, c'est-à-dire...</p> <p>Comme tu disais c'est des vacances pour nous, internes</p> <p>Et c'est C. qui dit que l'hôpital c'est chiant c'est toi qui as un poste en médecine interne et qui dit que l'hôpital c'est chiant!</p>

			Moi c'est le fonctionnement de l'hôpital, c'est-à-dire que je ne me projette pas dans cette pratique, je ne parle pas des compétences, des connaissances biomédicales tu vois
83b		Possibilité de gérer sa vie comme on veut	Oui mais parce que tu es tout seul, tu peux gérer ta vie comme tu veux Tu as plus de contraintes mais c'est toi qui les gères comme tu veux
83c		Débrouiller une situation	Non, non mais je suis d'accord, c'est dans le côté positif que je le dis. Tout le monde n'a pas l'habitude de le faire et qu'on y est souvent confronté en ville. C'est-à-dire essayer de ne pas balancer tout le monde aux urgences dès que l'on a une petite appréhension. Ce n'est pas du tout la même chose que le médecin généraliste en ville, qui va devoir organiser des choses
83d		Autant de soucis qu'à l'hôpital	Il n'y a pas moins de soucis.
83e		Plus de responsabilité = valorisant	Au cabinet tu es forcé de creuser le dernier neurone qui te reste, même s'il est 20h du soir, que tu es crevé, tu n'en peux plus et tu n'as qu'une envie c'est de te coucher, tu es obligé de creuser le dernier neurone, parce que tu te dis si c'est un truc grave, il ne faut pas passer à côté, si c'est un truc pas grave bah tant mieux mais...
83f		Evaluer les conditions de vie	c'est que l'on n'avait pas les moyens non plus d'aller à domicile (<i>à l'hôpital</i>)
83g		Permet le suivi des patients	Enfin, il est sorti et je ne sais pas ce qu'il est devenu et ça m'ennuie un peu, parce que j'espère que ça a porté ses fruits. Assurer le suivi aussi dans les premiers recours
84a	Le secteur 2 : pas forcément un avantage	Obligation de faire plus	Ça existe toujours aussi Oui ce n'est pas forcément bien mieux Le secteur 2. Mais d'ailleurs, on m'a dit qu'il était supprimé Non mon père est en secteur 2, il prend cher, il est à 43, il dit cela a aussi des inconvénients, déjà tu payes le je sais plus quoi... Oui la majoration Et ensuite tu ne peux pas dire au patient... ...Je te vois en un quart d'heure et c'est 43 euros moi il me dit je serais à l'acte, dans ce cas-là, c'est le certificat de sport et je vous revois pour parler de ça.
84b		Consultations plus longues, plusieurs problèmes à	Bah tu peux lui dire: « écoutez, on a parlé de plusieurs choses donc ... » Et ensuite tu ne peux pas dire au patient... ...Je te vois en un quart d'heure et c'est 43

		réglé	euros Voilà, c'est plus long, c'est plusieurs problèmes pendant la consultation Et ils ne reviennent pas pour rien. Ils viennent pour plusieurs choses. Je pense que quand ils ne viennent pas pour rien, pas juste pour un rhume.
84c		Les patients viennent pour parler	Pour parler. Oui pour parler. Souvent, il faut les écouter quand même Oui mais si tu sélectionnes que les patients psy, tu ne fais pas du secteur 1.
85a	Le secteur 1 = avantageux	Possibilité de faire des dépassements = avantage	Mais est-ce que l'on peut faire des dépassements ? Parce que je crois que l'on peut faire des dépassements même en secteur 1. 30 % de ton chiffre d'affaire C'est déjà quand même pas mal Bah si tu fais mille euros par..., enfin s'il faut calculer... Tu peux avoir mille trois cents... Non! Trois cents.
85b		Interrogations sur l'organisation du dépassement	Mais comment tu dis à tes patients ? Bah tu dis à un patient sur trois : « c'est plus cher »! Tu dis que c'est pour convenance personnelle Bah si tu prends des rendez-vous, que tu veux faire de la consultation libre, tu peux faire une plage horaire sur rendez-vous, bah tu fais sur cette plage horaire
85c		Dépassement d'honoraires fonction du métier du patient	Il est évident que tu vois un mec qui travail ..., qui est avocat d'affaire tu peux lui demander trente euros, voilà tu t'en fiches, c'est toujours trente euros, voilà il va croire que tu es toujours à trente euros. Tu vois un mec qui travaille au Mac Do, tu lui prends 18 euros, point Ca dépend si c'est le gérant
86a	Phrases entre internes	Prise de bec	Pourquoi tu ne te dis pas dans ce cas-là, bah la diabéto je ne sais pas faire, alors je ne fais pas Aux urgences, tu passes toujours la journée. C'est différent la diabéto, la gynéco c'est une femme enceinte, c'est un temps donné de la vie, la diabéto c'est tellement intriqué dans tout et puis quand ils viennent pour le traitement, pour la tension et que je dis je fais que la tension et je ne fais pas le diabète etc. Si on l'a, mais c'est parce que tu n'as pas lu le papier! La psychologie, c'est tout de même un peu de la médecine.
86b		Remarque personnelle	Comment ça tu n'es pas bonne en gynéco ? Ouais je sais mais après...

			<p>On n'a pas été chez le même ? Il était où ton praticien Dans le 91. Ouais c'est Monsieur D. Oui. Effectivement, il n'y a pas de vieux</p>
86c		Essai de distraction	<p>Le temps qu'il mange la compote, qu'il fasse pipi.</p> <p>C'est bien parce que si elles étaient transférées à Bobigny et puis qu'elles fassent un stage intensif.</p>
87a	Aptitude =: organiser une hospitalisation	Rédiger un courrier en vue d'une hospitalisation	"Pour l'hôpital [...] j'avais fait un courrier de 5 pages expliquant ce qu'on avait déjà fait"
87b		Convaincre le patient	<p>en gros ce que j'ai dit, c'est: « je ne sais pas ce que vous avez, ça peut être telle ou telle chose, de toute manière pour faire avancer les choses, il faut que vous alliez à l'hôpital. et puis il y a quelqu'un qui a négocié</p>
87c		S'aider des proches qui travaillent dans le milieu	enfin, elle était plus proche de la patiente, donc ça facilitait un peu les choses
87d		Difficile de prendre la décision	après c'est vrai qu'il y avait toutes les questions mais pourquoi le généraliste, enfin la famille demandait mais pourquoi son médecin généraliste, alors qu'il voyait, il ne l'avait pas hospitalisé avant, parce qu'il y avait un peu la question mais il a été hospitalisé alors qu'il était déjà condamné quoi.
87e		Peut-on forcer le patient ? problème éthique	à quel moment le médecin généraliste doit ... Enfin voilà, forcer quelqu'un à être hospitalisé, faire hospitaliser quelqu'un. En fait, il avait réussi à le faire car le patient était tellement fatigué, je pense qu'il n'a pas eu la force de s'opposer au fait qu'une ambulance vienne et l'emmène et il y avait tout ce travail-là de dire à quel moment on peut forcer quelqu'un à être hospitalisé, à ne plus prendre en compte sa demande et puis bon bah aussi de
87f		Pour se rassurer	Voilà, moi ce que je lui propose c'est d'aller en rééducation, en même temps cela me rassure car je sais que s'il se passe le moindre problème
88a	Orientation future	Activité mixte urgence et cabinet	je voulais faire les urgences avant et éventuellement avoir une activité mixte mi-cabinet, mi-urgence
88b		MG orientée selon nos domaines de prédilection	Et je pense que lorsque l'on arrivera nous après, peut être installés, on va se faire notre patientèle à nous, avec les premiers recours dans lesquels on sera bons et à mon avis, on sera

			beaucoup plus à l'aise et ça sera plus facile.
88c		Activité libérale en groupe	et j'ai envie de pratiquer en cabinet de ville, si possible avec d'autres praticiens m'installer, mais j'aime aussi le fait de travailler en équipe, donc je ne sais pas exactement dans quel cadre, maison médicale..., où l'on est plusieurs
88d		Médecine parallèle	d'intégrer la médecine chinoise à mes pratiques et peut être d'autres médecines
88e		Ne sait pas / n'y a pas trop pensé	Et plus tard, je ne sais pas exactement ce que j'aimerai faire et après je ne sais pas, donc je verrais, parce que c'est un peu loin. Voilà, donc pour l'instant je ne sais pas trop comment je veux exercer ou pas, mais ...
88f		Médecine militaire	Donc plus tard, je ferais de la médecine militaire
88g		gériatrie	Je serais assez intéressée pour faire un DESC de gériatrie
89a	Aptitude à gérer un problème non médical	Manque de connaissances	l'administratif où on utilise des connaissances sur la législation du travail Ou parfois encore plus large, il y en a aussi qui demandent des avis sur des problèmes juridiques, ça peut être est-ce que vous pensez que je dois porter plainte, à qui je dois m'adresser, enfin ce genre de choses, ce qui parfois dépasse nos compétences, faut le dire. Ça m'est arrivé, il y en a une qui m'a demandé à quel type d'avocat elle devait s'adresser pour un problème de je ne sais plus quoi, j'en sais rien je ne suis pas ... x Il y a des choses que l'on ne connaît pas ou voilà.
89b		Manque de pratique	Bah après j'ai vu aussi le côté de l'organisation des soins, au niveau social et purement financier. Enfin oui, et purement financier, qu'on ne sait pas forcément bien faire je trouve
89c		Laisser le patient se débrouiller	Non mais je ne dis pas ça, mais par exemple, un patient qui, on reprend le problème juridique, on n'a pas forcément le temps de dire à bah oui je vais me renseigner et je vous dirais ça la prochaine fois. Il peut aussi se renseigner lui-même, bah voilà
89d		Demandes fréquentes, abusives	un peu abusif parfois on est souvent confronté à des questions... Il y a des choses que l'on ne connaît pas ou voilà. Ca dépend, en l'occurrence si ce n'est pas médical, si c'est des qualités d'avocat c'est impossible. Ce n'est pas ton job

			Les gens peuvent te parler de tout et n'importe quoi! Moi, il y a des choses dont je ne parlerais pas à mon médecin généraliste
89e		Fait partie du travail de MG	Il ne doit pas absolument le faire, ce n'est pas un devoir qui pourrait lui être reproché si cela n'est pas fait. Oui c'est une histoire de conscience C'est quelque chose d'implicite, si on est dans l'aide de personne, bah oui ça peut en découler, mais de là à le prendre comme un devoir, non. Je pense que ça fait partie des compétences que l'on doit exiger de quelqu'un.
89f		responsabilité	. Par ce qu'on est aussi des prescripteurs, par exemple d'arrêt de travail ou d'accident de travail
89g		Pas intéressant	mais en soit ça n'intéressait pas franchement, le diagnostic était fait, le traitement était fait, on faisait la continuité donc ça n'intéressait pas grand monde
90a	Aptitude = rassurer les patients / les proches	Rassurer sans minimiser	mais la difficulté c'était plutôt essayer de rassurer une patiente qui était très angoissée et qui avait des raisons de l'être, sans lui dire que non elle va s'en sortir, alors que potentiellement ça sent la fin. Donc ça c'était vraiment assez dur de lui faire comprendre, oui s'en est peut être un, mais il y a des choses à faire et qu'il ne faut pas s'effondrer. Il faut continuer à que tous les jours il était là à me regarder en me demandant si c'était un lymphome, un cancer, un truc comme ça, parce qu'il y avait un peu ce spectre là qui trainait.
90b		S'aider des examens complémentaires	je pense que ce qui va la faire avancer, c'est les résultats de l'échographie je ne peux pas forcément lui donner de réponse claire: » c'est peut-être pas ça, c'est peut-être pas ça, il faut vous faire des examens pour savoir ». Donc ouais je sais mais ce n'était pas simple avec elle Et ensuite, j'ai pris un rendez-vous avec mon praticien dans l'après midi pour les résultats, pour ne pas qu'elle attende de trop, parce qu'elle était très angoissée Temporiser en faisant l'examen, ça a déjà permis à la patiente de ..., peut être je ne sais pas, si elle va se poser, si elle va repartir en se disant bon il faut que j'y aille, il faut que je traite, il y a des choses à faire, Et le mari me dit, ancien chef de service, « oui je voudrais qu'elle ait une IRM quand même

90c		Sentiment d'échec	<p>la patiente à clairement vu que je ne pouvais pas la rassurer</p> <p>Pour elle, elle avait un cancer en tête dès le début, elle me l'a dit: « C'est un cancer », tout ça. Donc moi, je ne peux pas forcément la rassurer, il y avait quand même un tableau.</p> <p>Bah c'était très dur et je ne suis pas énormément sûr.</p>
90d		Echec = situation inconfortable	<p>et voilà, une situation inconfortable, surtout pour elle, enfin moi ce n'est pas grave, mais c'est surtout pour elle que c'était inconfortable.</p> <p>Je ne savais pas trop quoi faire Et c'était affreux, on avait la famille à gérer, la patiente, on a expliqué (...) c'était très compliqué à faire en fait</p>
90e		La douleur aggrave l'inquiétude	<p>Plus angoissée, parce que ça fait mal, c'est brutal.</p>
90f		Nécessité d'une réponse rapide	<p>En tout cas, tu as organisé les choses, pour qu'elle soit le moins..., enfin que la réponse soit la plus rapide possible</p>
90g		Peut nécessiter une hospitalisation	<p>il faut que vous alliez à l'hôpital. Si ce n'est pas grave, ils vous renverront chez vous et si c'est grave, ils vont vous garder et puis ils feront le nécessaire</p>
90h		Etre empathique	<p>c'est-à-dire en admettant de la rassurer, parce qu'elle est mal et que c'est un truc douloureux, et évident tu as envie d'être dans l'empathie donc évidemment tu as envie de la rassurer, d'aller dans son sens.</p>
90i		Rassurer peut suffire pour répondre à la demande	<p>Tu n'en tiens pas compte en fait. Tu leur dis oui ce n'est rien, ce n'est pas grave. La plupart du temps tu leur dis que ce n'est pas grave et puis ça suffit</p>
90j		savoir être présent	<p>Et en fait si, simplement de se rendre compte d'être passé, d'avoir écouté cette demande, ça suffisait et pas forcément une sanction thérapeutique ou autre chose.</p>
91a	Situations vécues comme un échec	Manque d'initiative = regret	<p>Et d'ailleurs, je n'ai pas été bonne, parce que je m'étais dit qu'à la deuxième consultation, j'avais eu le temps de réfléchir un peu, et j'avais dit bah que j'essaierais d'appeler moi son école, pour savoir où ils en sont, pour essayer de faire avancer un peu plus les choses quoi.</p>
91b		Prise en charge globale vécue comme un échec	<p>Et sur l'espace de cinq semaines, on a un petit peu merdouillé au long cours en lui faisant des milliards d'exams, qui ne servaient pas à grande chose, et la principale chose qui a été le traitement antibiotique puis ensuite le traitement corticoïde, on a vraiment tardé à les mettre, le</p>

			<p>traitement antibiotique, ça a un petit peu cafouillé, donc on ne l'a même pas bien conduit et avec sa compagne pareil, elle n'a pas reçu sa dose en gros, puisque c'était une infection génitale. (...) Donc, au final, je me suis rendu compte à la fin de la prise en charge que j'avais été à côté de la plaque (...) Et cette infection génitale, dont on avait le diagnostic au bout de même pas une semaine et qu'on a laissé trainé, parce qu'on ne voulait pas biaiser les trucs en mettant des antibiotiques.</p>
91c		<p>Appel aux spécialistes trop facile, pour se rassurer</p>	<p>je n'aurais pas dû appeler le psychiatre de garde (...) il ne m'a rien dit de plus, c'est peut-être juste de la réassurance personnelle</p>
92a	<p>Aptitudes = adaptation au patient</p>	<p>Objectif = Meilleure performance</p>	<p>Ouais c'est savoir s'adapter pour rendre le plus service au gens.</p>
92b		<p>S'adapter au conteste / Patients fragiles</p>	<p>Bah par exemple une petite grand-mère, on ne va pas lui dire bah va au laboratoire faire la prise de sang, puis vous revenez etc. Donc savoir s'adapter aussi, savoir à qui on a à faire et s'assurer de la compréhension.</p> <p>Ce qui est réalisable pour le patient aussi et ce qui est un peu moins réalisable.</p> <p>une personne âgée seule, elle ne saura pas, elle ne pourra pas gérer toute seule..</p> <p>je ne sais plus si on l'a fait ou si on s'est dit « avec ce patient il faut peut-être mieux faire les choses une par une »,</p> <p>Des gens qui ont la même plainte, on ne va pas du tout réagir de la même manière en fonction de leur niveau social, au niveau de plein de facteurs.</p> <p>Il y a le contexte, si par exemple, c'est une personne qui est en difficulté, on pourra plus facilement l'aider qu'un cadre de trente ans en pleine santé qui peut se débrouiller, je pense que l'on peut l'aider facilement et</p> <p>si je peux éviter d'être trop invasif <i>avec un patient SDF</i></p> <p>pour une fois j'ai laissé la mère rester avec elle, parce que c'était une adolescente, qui avait 16 ans</p> <p>mais en même temps, d'un point de vue médical, si on le renvoie à la maison, ce n'est pas forcément bon pour lui</p>
92c		<p>S'adapter à la personnalité</p>	<p>il y a aussi les patients un peu particuliers que peut avoir le médecin</p> <p>comme il voyait beaucoup de toxicos sa pratique était plus adaptée à une population à risque très spécifique. C'est vrai que les toxicos, effectivement, ils arrivent avec des multiples pathologies sévères, et il faut hiérarchiser</p> <p>il voit beaucoup de psy et bah en fait, tu n'es</p>

			<p>pas obligé de répondre, enfin, je me disais, je la voyais, au début j'étais interpellée, plutôt dans le mauvais sens du terme du genre, elle est vraiment hyper-sèche</p> <p>. Elle me dit : « non moi j'aime bien me traiter qu'avec des choses naturelles », donc voilà.</p> <p>il y a une patiente qui se présente avec son époux, qui était ancien chef de service de rhumato. Donc déjà, on met les choses à plat</p>
92d		Laisser de l'autonomie au patient	<p>on ne peut pas tout faire, on ne peut pas prendre des rendez-vous pour le patient, on ne peut pas les tenir par la main</p> <p>Mais jusqu'où je dois écouter mon patient et jusqu'où je dois me battre pour essayer d'apporter la meilleure solution pour lui, si finalement il a envie de rester vivre à la maison et de revenir aux urgences...</p>
92e		Nécessite de la volonté quand la situation l'exige	<p>Mais dans certaines situations, il faut le faire. Je pense qu'il faut être volontaire, et se dire là faut faire</p>
93a	Aptitude = éducation du patient	Demande du temps	<p>plus le temps pour la prévention, l'éducation etc</p> <p>Et dans l'hépatite B, les conduites à risque, finalement elle n'avait jamais été ni éduquée, ni bilantée complètement</p>
93b		Education = demande du travail	<p>Le bilan d'une pathologie chronique, l'éducation sur la prévention des risques, sur les rapports sexuels à risque. Il y avait beaucoup à faire quoi.</p>
93c		Saisir les occasions	<p>Sinon ils ne reviendront pas pour qu'on leur parle de prévention.</p> <p>Si tu ne leur dis pas d'arrêter de fumer, ils ne vont pas le faire...</p>
93d		Au sens propre	<p>C'est les éduquer sur comment ça se passe et toi comment tu fonctionnes</p>
93e		Barrière linguistique = Impossible	<p>donc il n'y avait pas d'éducation thérapeutique</p>
94a	Aptitude = faire de la prévention	Prévention thérapeutique	<p>Introduire le KARDEGIC, il y a un peu de prévention.</p>
94b		Plus facile chez patient fréquents	<p>Ceux qui viennent 10 fois par an, ce sont les vieux qui viennent pour des renouvellements</p>
94c		Spécifique chez l'ado	<p>il l'avait vacciné pour le GARDASIL. Il avait commencé un peu la prévention sexuelle, à 17 ans,</p> <p>donc j'ai commencé à aborder la prévention sexuelle, les MST et tout ça et de voir un peu: « ah bah oui j'ai des rapports sexuels, ça fait</p>

			deux ans. » « Vous vous protégez ? » « Ah non. »
94d		Domaines variés	l'éducation sur la prévention des risques, sur les rapports sexuels à risque. Il y avait beaucoup à faire quoi. La vigilance sur les troubles du comportement alimentaire
95a	Aptitude à gérer la première consultation	1ere Cs demande du temps	la première fois j'avais quelqu'un qui était dernière donc c'était vingt ou trente minutes plus tard, j'ai quand même pris une heure [...] donc il faut du temps
95b		Rechercher problèmes domestiques	Parce que les gens que l'on voit pour la première fois, que l'on voit à l'extérieur ou non, ils ont peut-être des problèmes à la maison
96a	Ressenti	S'inquiéter pour ses patients	enfin assez moche quoi Mais si cela se trouve, il a refait une pancréatite aigüe, il repicole, et il n'a même plus de maison, je ne sais pas.
96b		Gestion du ressenti	Mais après comment faire pour évacuer tout ça et bien, discuter un peu de la situation et trouver quelqu'un pour en discuter
96c		Venir de Province = difficile	je ne venais pas de Paris non plus, donc voilà. Beaucoup de changement d'un coup. Donc pareil, j'arrivais à Paris, loin de la famille.
96d		Déception du manque de rigueur de certains médecins	Et ensuite, peut être un petit peu déçue qu'en tant qu'externe on nous demande d'être très carré, qu'il y a des choses qui sont tout de même codifiées.(...) Là où il y a des conférences de Consensus ou des choses comme ça, des recommandations puis le sentiment qu'une fois que l'on est dans la pratique, tout s'évanouit un petit peu (...)Donc voilà, un petit peu, pas toujours carré, un petit peu déçue de ce côté-là.
96e		Ex de manque de rigueur	et puis c'est bon bah une anémie, « bah tu fais tout, on verra bien ce qui en ressort, on ne va pas chercher ... ». Et quand nous on dit, « ah bon, on ne pourrait peut-être pas commencer par ça, puis après on verra de quel type c'est », « oui mais non c'est bon tu fais tout, puis voilà ». Puis le lendemain, « ah mais vous prescrivez trop, vous devriez peut être ... »
96f		Tristesse	« bah il est décédé ». Donc, un petit peu mal, enfin c'était un peu triste
96g		Regrets	Je regrette un peu ouais Mais ouais, une fois j'ai eu un problème (...) et donc ça c'est un petit peu compliqué par la suite, un peu loin mais voilà.

96h		Content pour ses patients	Donc on était très fier de lui On était assez content tout de même, déjà lui ça l'a déculpabilisé, il était content, c'était vraiment bien.
96i		énervement	Elle m'énervait un petit peu
97a	Aptitude = Gérer l'incertitude diagnostique	Faire appel aux spécialistes	je n'avais pas de lecteur ECG, donc j'ai vu avec le cardiologue comment on pouvait gérer ça aussi Je finis tout simplement par appeler un psychiatre de garde, j'ai tout de même demandé son avis C'était quelque part apporter une vraie réponse
97b		Avec le patient = difficile	je ne peux pas forcément lui donner de réponse claire: Donc ouais je sais mais ce n'était pas simple avec elle surtout là, on est au début, on ne sait pas ce qu'elle a
97c		Faire des examens complémentaires	c'est peut-être pas ça, c'est peut-être pas ça, il faut vous faire des examens pour savoir on lui a fait une radio du thorax, pour pouvoir la ponctionner On lui a fait passer la scintigraphie
97d		Cerner le degré d'urgence = difficulté	urgence pas urgence, besoin d'un examen, quel traitement donner directement pendant la visite ?
97e		Aller chercher l'information	Enfin on peut se renseigner et leur répondre une prochaine fois
97f		Savoir différer la réponse	Et le doute de ne pas savoir, enfin je trouve, ça c'est un peu le bénéfice du doute, on ne sait pas pour l'instant. C'est une possibilité, on ne va pas être pessimiste, on essaye les examens, on voit après.
97g		Durée du doute peut être négative	ou au contraire, si elle va se démoraliser, sûrement avoir des périodes de creux et que voilà
97h		Difficile quand gravité	Mais en même temps on ne pouvait pas être alarmiste en disant « bah c'est très grave mais on ne sait pas pourquoi c'est grave, mais c'est très grave. »
97i		Accepter l'incertitude	il y avait une découverte de sérologie Hépatite B positive récemment. Elle, en plus, elle ne savait pas si c'était B ou C. Bon finalement c'était B

98a	Relation MG - hôpital	Problèmes relationnels avec les urgences	<p>je me dis si je l'envoie aux urgences et que c'est le rush, ils vont dire c'est quoi ce généraliste qui m'envoie sa bouse, son SDF pourri dont il ne veut pas s'occuper alors que ça fait dix jours qu'il a ça</p> <p>Une des phrases classiques c'est: « ah quel con de généraliste et ce n'est que maintenant qu'il nous envoie son patient.».</p>
98b		Vision différente situations = difficile	<p>J'ai eu le médecin traitant qui pour lui, tout se passait bien.</p> <p><i>-Il n'était pas en vacances ?</i></p> <p>-Lorsqu'il est revenu. Donc lorsqu'il est revenu, il appelle dans le service pour prendre des nouvelles et il me dit « oui, oui, ça tient à domicile ».</p> <p>-Cela dépend comment ça tient !</p>
98c		Communication = difficile	<p>Bah c'était compliqué, parce que je l'ai eu vraiment à la fin de l'hospitalisation</p>
98d		Décision en accord avec le MG	<p>on devait prendre une décision,</p> <p>Voilà, c'est lui qui le suit, c'est lui qui le reverra après et même s'il n'est pas d'accord forcément avec notre prise en charge, c'est son droit,</p>
98e		Communication entre les 2 = nécessaire pour le suivi	<p>à qui on a écrit des lettres en lui expliquant la situation</p> <p>la lettre au médecin traitant, c'est très important ou au spécialiste ou qui vous voulez. Pour vraiment assurer le suivi.</p> <p>Oui mais voilà, vous voyez bien que vous voyez des patients qui ont des traitements, ça fait dix ans qui les ont « je ne sais pas ce que j'ai, j'ai été hospitalisé un an, je ne sais pas pourquoi ».</p> <p>mais c'est sur que la plupart des patients, ils ne savent pas quel traitement ils prennent.</p> <p>Voilà, je leur dis « bon, vous avez cette lettre, si vous allez voir un médecin, vous leur donnez ».</p> <p>Eux, ils comprendront.</p> <p>C'est sur que l'on ne peut pas travailler sans le médecin, enfin l'hôpital, enfin nous en gériatrie, on ne peut pas travailler sans le médecin traitant. Si on n'a pas appelé au moins une fois le médecin traitant au cours de l'hospitalisation, pour voir les antécédents, les traitements, un peu plus d'info</p>
99a	Aptitude = Avoir de l'empathie pour ses patients	Adapter la prise en charge	<p>lorsqu'on a douze ans (...) ce n'est pas forcément marrant.</p> <p>Et puis même l'entretien motivationnel lorsqu'on a douze ans, c'est prendre ses corticoïdes inhalés matin et soir, avant le sport et tout, ce n'est pas forcément marrant</p> <p>alors que visiblement ce patient était triste d'être hospitalisée et il avait envie d'être à la</p>

			maison
99b		C'est quelque chose de normal	La femme est un petit peu très angoissée par ça, c'est compréhensible. Alors il y a la compétence (<i>mise en jeu</i>) je dirais d'empathie
99c		Fait partie de la pratique	Oui c'est sûr mais en plus, après la patiente, je l'ai faite un peu se poser, elle n'a pas arrêté de pleurer et tout ça, elle a perdu son mari... Ouais c'est dur, de toute façon on est dans la pratique, de principe ça nous touche
99d		Parfois difficile	C'est un peu dur. Donc j'ai essayé de ...
99e		Dépend des antécédents du patient	Ça dépend aussi du vécu, déjà de la patiente.
99f		Intimité du patient = difficile	C'est assez difficile, d'encaisser, quand tu rentres dans l'intimité du patient Je n'osais pas poser de questions au début, je me disais c'est une intrusion, si je pose cette question, voilà, de quoi je me mêle. Mais en fait non, les gens aiment bien ça. qu'il était devant des difficultés du coup relationnelles au niveau de sa sexualité avec sa nana
100a	Aptitude = Gestion de la famille / des aidants	S'aider des proches	Elle vient accompagnée de sa fille, pour une fois j'ai laissé la fille rester avec elle, parce que c'était une adolescente, qui avait 16 ans. La mère, je la sentais très paniquée, très angoissée c'est sa fille qui m'a dit qu'elle était très anxieuse, elle est dépressive depuis que son mari est mort et il a été découvert une tumeur rénale et il est décédé trois mois plus tard, parce qu'elle était métastasée j'ai préféré mettre un tiers en laissant la fille dans la consultation, pour voir si elle m'apportait autre chose Et puis bon, il y avait quand même l'avantage qu'il y avait sa fille qui était sur place, qui était aide-soignante aux urgences, qui en a rajouté une couche avec un contact qui était déjà plus établi
100b		Influence sur les patients	qu'elle nous a avoué après, que c'était son neveu qui voulait absolument qu'elle voit un orthopédiste
100c		Rassurer, parler avec les proches = important	Avec sa fille qui est à côté, qui est inquiète car c'est sa mère, qui est consciente de la situation Parce qu'il y avait sa compagne qui était en jeu. c'était assez insistant et surtout, je n'avais pas fait ce que je fais

			toujours, c'est-à-dire, appeler la famille en disant il va moins bien (...)
100d		exemple	mais la dame, elle disait « non non je ne vais pas à l'hôpital, je ne peux pas rester là, j'ai des enfants etc. ».
100e		Demande du temps	Et du coup la famille après est revenue, il a fallu leur expliquer, et ils nous ont dit « mais pourquoi vous n'avez pas dit qu'il allait moins bien » et il y a eu tout un travail avec eux, et puis voilà, après c'est vrai qu'il y avait toutes les questions Et donc, c'est vrai que l'on a pas mal discuté, De cet aspect-là, la relation avec la famille, pas mal aussi à gérer, Bon et après il y a eu aussi tout le travail avec la famille aussi, d'expliquer,
100f		On ne peut pas tout dire	mais quand est-ce que l'on appelle la famille pour dire qu'il va moins bien, sachant qu'en arrivant il allait moins bien puis le patient ne voulait pas vraiment voir sa femme et ses enfants, il les repoussait aussi un peu, donc, on n'a pas trop envie de dire à une famille, « ah bah non il n'a pas demandé après vous », alors qu'il est décédé, c'est un peu ...
100g		Ne pas être alarmiste	qu'est-ce que l'on peut dire à la famille, parce qu'on ne voulait pas être alarmiste avant d'avoir le diagnostic.
100h		Relation tripartite avec le patient	Enfin, c'était un peu, enfin voilà, il y avait pas mal de chose de ce point de vue là, peut être plus au niveau relationnel qu'au niveau du réseau justement, entre la famille, l'hôpital et le patient
100i		Gérer les conflits internes = difficile	mais c'est aussi compliqué les histoires de comptes gérés par l'aide à domicile parce que l'on voit beaucoup de choses. Et puis finalement la femme n'a jamais voulu montrer ses comptes, la fille ne voulait pas vraiment s'en mêler, et donc il y avait des discours discordant entre la femme, la fille, l'aide à domicile et le médecin traitant.
100j		Famille oppressante = difficile	J'ai essayé déjà de la mettre dans une autre salle, pour essayer de discuter un petit peu avec elle mais il y avait toujours six personnes
100k		Membre médecin = difficile	Et le mari me dit, ancien chef de service, « oui je voudrais qu'elle ait une IRM quand même, enfin bon ». Je ne trouvais pas ..., l'examen clinique était strictement normal, donc finalement, je me sentais un petit peu obligée de le faire, d'avoir l'IRM (...) Mais ça, ça m'avait marqué, parce que là, je me suis retrouvée avec le mari (...), il a tout de suite compris (...) vraiment l'annonce rapide à des gens qui savent très bien

			<p>de quoi on parle et qui à 21h on ne peut pas cacher grand-chose, même si l'on aimerait bien essayer de tamiser un peu.</p> <p>c'était très particulier, parce qu'il connaît tous mes chefs, il connaissait tous mes chefs et tout.</p> <p>c'étaient deux anciens médecins, retraités depuis une vingtaine d'années, mais qui pensaient... qu'ils étaient toujours médecins</p> <p>Alors voilà, elle ne savait pas ce qu'elle mettait mais elle le mettait, c'était clairement ça. Déjà, ça avait été très difficile</p> <p>Oui ils avaient à peu près 80 ans, oui c'est ça, ça faisait à peu près vingt ans qu'ils étaient à la retraite. Je ne sais pas du tout comment ils peuvent encore prescrire. Je ne savais pas du tout qu'on pouvait avoir encore un ordonnancier</p>
100l		Ecouter les proches	Mais le soir, il ne la sentait pas, parce que je ne sais pas, il avait un pressentiment
101a	Aptitude = tenir compte de la vision des patients	Différente de celle du médecin	<p>Mais en plus toi, si toi tu penses à un cancer du sein que potentiellement ils vont mourir, les patients eux, n'ont pas la même vision</p> <p>Mais il y a pas mal de patients qui ne comprennent pas.</p>
101b		Peur de l'hôpital	: Après c'est toujours difficile parce qu'ils ont peur, ils n'ont pas envie d'y aller à l'hôpital. Ce n'est pas parce qu'ils ont autre chose à faire
102a	Aptitude = Créer un lien avec le patient	Difficile si patient précaire	sachant que c'est un homme qui venait juste de reprendre contact, comment faire pour ne pas le perdre
102b		Important pour le suivi	Arriver à accrocher, créer un lien pour pouvoir maintenir un suivi
102c		Prendre des nouvelles	appelé après pour avoir des nouvelles
102d		Relation courte avec le patient = point négatif	tu te rends compte quand même qu'on n'est pas là assez longtemps, c'est plutôt une relation courte et intense comme aux urgences, Et on ne voit pas trop « les échappatoires » que l'on peut avoir par rapport à leur personnalité, à leur pratique
102e		Moins nécessaire à l'hôpital	On a moins le besoin. On n'est pas dans la même relation. A l'hôpital, c'est vraiment une relation, il y a l'hôpital et le patient qui est une chose en soit, alors que là on est dans une relation plus décousue.
102f		Difficile quand vision différente	<p>C'est ça qui est aussi plus dur dans la relation.</p> <p>C'est ça aussi qui est dur dans la relation. C'est de discuter avec un patient. Est ce qu'on est là pour lui dire toute l'information que l'on puisse donner et qu'il peut comprendre ou partir les</p>

			<p>mains libres ou entre les deux, comment on se comporte face au patient?</p> <p>Tu imagines: il appuie sur le bouton et tu réponds du tac au tac!</p>
102g		Gêné par ordinateurs...	Je me suis rendu compte quand on écrit beaucoup on regarde peu le patient
102h		Nécessite de parler	Ouais mais je pense que sur le niveau relationnel c'est un peu bizarre.
102i		Nécessite une présence régulière	<p>et aussi sur une présence au quotidien, parce qu'il y a eu une période où je me suis rendu compte que je n'avais plus très envie de rentrer dans sa chambre à ce patient, que je n'avais rien à lui dire en dehors qu'on avait toujours pas les résultats</p> <p>Il ne parlait pas beaucoup, il ne voulait pas trop parler (...) Donc c'était un petit peu difficile, et en insistant un petit peu,</p> <p>j'allais souvent le voir, parce que je savais que personne n'allait le voir, enfin on prend ta prise de sang et encore c'était vraiment ça quoi.</p>
102j		Nécessite la confiance du patient	qui soit basé sur de la confiance
102k		Le lien, la relation sont facilités par action thérapeutique	Non, c'était avant. C'était plus au moment où il a eu son aphtose qui a un peu flambé et où on est passé sous du traitement un peu symptomatique, et où en même temps j'arrivais à soulager une douleur, à lui expliquer des choses rationnelles pour lui et où donc il y a un dialogue qui s'est réinstauré sur du concret
102l		Aptitude acquise chez le praticien ?	En fait ce que j'attends c'est de me rapprocher de la médecine générale, de la relation médecin/malade
102m		Difficile si âges identiques	Et surtout, moi j'ai eu des difficultés, pour savoir comment me comporter vis-à-vis de lui, parce que c'était un gars qui avait à peu près mon âge
102n		Difficile si barrière linguistique	et on n'arrivait pas à lui expliquer sa maladie
102o		Difficile quand patients comprennent rien	Et c'est vrai que lorsque les gens viennent, on se rend compte qu'ils ne savent pas ce qu'ils ont ni rien, et je trouve cela hyper-important et dans le premier recours, je trouve ça important si on hospitalise, enfin quoique l'on fasse même, de bien expliquer ce que l'on a vu, ce qu'on envisage etc, et surtout en ambulatoire, ce que l'on dit au patient, parce que franchement ils ne comprennent rien, enfin les gens, on a beau leur expliquer, il y a quand même la plupart qui ne

			comprennent pas, et ça vraiment
103a	Aptitude = faire appel aux travailleurs sociaux / personnel paramédical	Rôle clé dans la prise en charge	<p>Mais je pense qu'en fait il était dans un bon centre d'hébergement, justement où les travailleurs sociaux avaient vachement bien bossé</p> <p>mettre une sauvegarde de justice, il a fallu faire appel après à des traducteurs, enfin à des interprètes. Voilà.</p>
103b		Soulager le médecin	<p>Tu peux aussi déléguer à une assistante sociale,</p> <p>heureusement on a une assistante sociale qui est très présente avec nous, avec qui ont fait des entretiens médecin/assistante sociale/famille, qui nous permettent justement</p> <p>Ouais. Mais l'assistante sociale et la psy étaient assez motivées, surtout la psy et c'était bien, enfin la psychologue, et donc elle m'avait pas mal aidé.</p>
103c		Psychologue	une psychologue pour qu'elle vienne le voir.
103d		Organisation RAD, soins externes	<p>Et avec l'assistante sociale, on a mis en place tout un réseau</p> <p>l'organisation d'un réseau de soins</p>
103e		Réinsertion professionnelle	l'assistante sociale avait contacté aussi le pôle emploi
104	Cas typiques = perturbant	= perturbant	<p>C'est limite comme tu dis, devant des cas typiques je me suis souvent demandé est-ce que c'est la fac qui m'envoie une blague, un acteur...</p> <p>Je me suis souvent posé la question, est-ce qu'il n'y a pas quelqu'un</p>
105a	Aptitude = des interprétation examens complémentaires	Aide à la décision d'hospitalisation	<p>le bilan est revenu avec une hémoglobine à 4, et donc elle serait hospitalisée par la suite.</p> <p>Sans forcément penser que je vais chercher l'anémie et il se trouve qu'elle était à 4, donc c'est un peu quand même, cette situation avec une anémie chronique, mais quand même 4 c'est très peu</p> <p>et donc voilà, finalement je l'ai fait hospitaliser</p>
105b		Suivi	Elle m'a ramené une mammographie qu'elle a faite il y a un an et qui est tout à fait normale. Il n'y a rien.
106a	Représentation du médecin par le patient	Savoir omniscient / idéalisation	<p>On peut être vu comme le ...</p> <p>Ou parfois encore plus large, il y en a aussi qui demandent des avis sur des problèmes juridiques</p> <p>Est-ce qu'ils ne se disent pas: « tiens il cherche,</p>

			<p>moi mon médecin il aurait su... »</p> <p>Et puis il y a toute la difficulté de garder un peu ton image de médecin, ton statut...</p>
106b		Difficile quand on est interne	<p>Et quand t'es interne c'est encore plus difficile</p> <p>Ils comprennent, mais est-ce qu'on n'est pas trop jeune ? Enfin...</p> <p>-S : C'est le problème d'être jeune!</p> <p>Oui mais... c'est sûr que ça marque le côté consciencieux, mais c'est difficile.</p>
107a	Aptitude = Conjuguer exigence médicale et demande du patient	= difficile	c'est que tu es pris entre deux trucs, c'est-à-dire entre ce que tu aimerais faire et ce que tu as l'impression de ce qu'elle te demande
107b		= fréquent	Moi je trouve ce qui est difficile dans ta situation ou même, en fait ça arrive tout le temps même dans d'autres contextes
107c		= inconfortable	Et en même temps pour le truc médical et ta demande aussi médicale qui est de faire un diagnostic et être obligé de tirer une conclusion, enfin médicalement parlant, tu ne peux pas du tout la rassurer. Donc cette espèce de tiraillement entre les deux trucs, c'est très inconfortable finalement.
108	Refus de soins	= fréquent	on est souvent confronté à des gens qui refusent des soins
109a	Acquisition d'expérience / Progression au cours du stage chez le praticien	Ne pas trop s'investir émotionnellement	Il faut du temps pour la trouver
109b		Aller à l'essentiel	<p>Après tu apprends peut-être à trier un peu.</p> <p>Oui. Exactement. Je pose les questions plus directement. Je ne tourne pas autour.</p> <p>Concrètement, taper à l'ordinateur, sans faire une observation de D2, par exemple: pas d'adiodococcinésie dans le suivi d'un diabétique, sans aller jusque-là, je trouve que j'ai bien vu la différence</p> <p>. En essayant de gérer le temps, en faisant un bilan en nombre de mots que j'écris dans l'ordi, (...) au fur et à mesure du stage, ça a beaucoup décliné, mais maintenant les patients je les retiens, donc je fonctionne plus comme mon praticien qui se dit: « mon disque dur, c'est ma tête. »</p> <p>. Il en voyait pourtant autant mais les rhino, c'étaient devenu le troisième motif.</p> <p>c'est peut être ma façon d'aborder les choses qui a changé et du coup ça devenait beaucoup plus intéressant parce que j'allais plus loin. Et elle me dit: « ah oui, il t'a parlé de ça! ». Bah oui oui, voilà. Je pense que c'est nous, je ne pense pas que ce soit les patients qui...</p> <p>bah là je sais que je ne fais pas de bilan.</p> <p>il y a quand même aussi une dimension, une différence entre l'observation du vieux PU, qui</p>

			<p>passé dans le service une fois tous les 10 ans et l'externe de D4 qui fait une observation parfaite</p>
109c		Acquisition automatismes	<p>Ben oui, du point de vue gestion du temps, des automatismes, de la prévention des choses auxquelles avant on ne pensait pas.</p> <p>On a entretemps appris aussi à élargir un peu justement le premier recours.</p>
109d		Optimisation consultations avec les jeunes	<p>Par exemple pour les jeunes, on sait quelles questions poser, comment les poser, rapidement...</p>
109e		Amélioration gestion du temps	<p>Surtout la gestion de temps</p> <p>Au début on a envie de bien faire, les consultations durent ¾ h, on pose plein de questions, mais là aujourd'hui on essaie quand même de hiérarchiser, savoir ce qu'il faut faire dans un temps imparti. On a 20 minutes pour la faire et ben on essaie de la faire en 20 min.</p> <p>tout seul, et le patient il doit ressortir au bout des 15-20 minutes de consultation avec quelque chose.</p>
109f		Mieux connaître les patients = positif	<p><i>-Vous avez eu l'occasion justement de mieux connaître les gens en six mois? Certains patients?</i></p> <p><i>Nombreux sont ceux qui répondent oui</i></p> <p>En revanche, on sent que les gens sont peut-être plus à l'aise, ont plus confiance, dans le sens qu'ils nous ont déjà vus, et nous connaissent.</p>
109g		Ne pas se faire piéger	<p>Mais je pense qu'il y a quand même une grosse évolution entre le début et la fin de ce stage.</p> <p>Après je crois que non, le motif n'a pas évolué.</p>
109h		Pas de modification des motifs de Cs	<p>Pour les motifs non, je ne pense pas entre le début et la fin du stage à ce niveau-là.</p> <p>Au début pour moi ils consultaient juste pour une rhino, maintenant ils consultent plus pour autre chose (...) Ca a changé un peu l'ordre.</p> <p>Oui pour moi ça a changé un peu l'ordre.</p> <p>Mais en fait, même dans les gatros, rhino et tout, je pense que ce n'est peut-être pas les motifs qui ont changé,</p>
109i		Se fait sans s'en rendre compte	<p>on progresse, on l'analyse en même temps qu'on le fait et du coup on avance</p> <p>Ce n'est pas forcément identifiable en: là je ne suis pas bon, là je le suis.</p>
110a	Aptitude = prise en compte du cadre médico-légal	Modifie les pratiques = négatif	<p>Ben ouais mais c'est dommage, je pense.</p> <p>Après le risque, c'est que tu vas toujours avoir tendance à te protéger derrière des trucs...</p> <p>Non mais je suis d'accord.</p> <p>Ca donne un côté moins léger. Telles choses on en parlera plus tard...</p> <p>Ca, ça prend aussi beaucoup de temps</p> <p>A un moment il faut savoir aussi, je veux dire, tu peux pas tout noter!</p>

			Non bien sûr... justement en négatif
110b		Permanente, obligatoire	Je pense qu'on l'a beaucoup en tête. (<i>Dit à plusieurs reprises par plusieurs personnes</i>)
110c		Fait partie intégrante de la formation	De toute façon dans notre formation, on nous a quand même initiés à ce mouvement Eduqué à la fois sur le droit, je pense que c'est important, et en même temps, tout ce que ça implique derrière Oui mais c'est la formation qu'on a. -T : Ca fait partie de la médecine aussi.
110d		Etre exhaustif ne protège pas	Alors qu'au final tu peux quand même te faire emmerder.
110e		Modifie les pratiques = positif	<i>Est-ce que vous avez l'impression de faire une meilleure consultation quand vous notez tout, parce qu'il faut se couvrir? Ca change rien ou bien ça vous apporte?</i> ça permet de clarifier dans ta tête. -P : Ca permet de mieux s'organiser. C'est pas forcément pour le coté légal... Oui ça peut être pour ton organisation. tu es plus systématique sur les démarches, tu es plus rapide.
110f		Pas une perte de temps	Ouais bien sûr, mais c'est du temps utile. <i>C'est du temps utile au patient ou à toi-même?</i> J : Aux deux!
110g		Etre exhaustif = Peut servir plus tard	Non mais je ne sais pas, s'il se passe quelque chose... ce n'est pas que dans l'esprit médico-légal, mais admettons que si tu détailles, par exemple ton examen clinique, sur des petites choses... <i>Humm</i> -T : ... sur des normalités, ou sur des petites choses que tu vois... -Humm -T : ... le mec revient 3 ans après, vraiment pour complètement autre chose. Là tu te dis, ah il a un truc bizarre sur l'épaule. Ah ben non il l'avait déjà il y a 3 ans. Ce sont des trucs qui nous servent surtout à nous, au-delà de l'aspect médico-légal, c'est surtout de se dire euh... En plus quand tu le revois 2 semaines plus tard, parce que plus tard tu te rappelles pas forcément, ce pourquoi il vient.
110h		Peu centré sur la clinique	On n'est pas trop embêté sur ce qu'on note sur l'examen clinique.

110i		Dépend de chaque praticien	Mais je pense, en fonction de ton praticien, mais ce que tu écris ça va beaucoup avec ce que tu as envie de faire
111a	Aptitude = gestion des interfaces (ordinateur, téléphone)	Gène la relation avec le patient	Tu vois, tu as un écran, -J : Ouais ouais... -C : Je me suis rendu compte quand on écrit beaucoup on regarde peu le patient.
111b		Ne pas gêner la relation avec le patient	Moi je finis d'écrire après en général
111c		Demande du temps	Ouais mais après ça prend du temps.
111d		Demande de la technique	Pendant qu'il se rhabille tu notes ton examen. Tu poses des questions en même temps. Je pense qu'il y a plein de techniques justement pour l'organisation. sachant que je tape à 2 doigts les premières semaines c'étaient un petit peu difficile, parce qu'on ne savait pas se servir du logiciel pour prescrire
112a	Aptitude = délivrer information	Difficile:/ non systématique chez l'adulte	Ce qui nous embête c'est sur l'information que l'on va donner, qu'on doit prouver qu'on a donné l'information, les choses comme ça, ça c'est plus embêtant. On est beaucoup plus vague Mais pour les adultes généralement, on donne peu d'informations. Je pense que peu de personnes le font,
112b		Plus facile en pédiatrie	En pédiatrie souvent on a déjà mis qu'on donne l'information. On marque: revoir l'enfant dans 48h si pas d'amélioration.
112c		Donnée mais non notée	On la donne... <i>Plusieurs personnes parlent et s'opposent à cette affirmation</i> -T : ... mais on ne l'écrit pas.
112d		Noter sur l'ordonnance	Ce qu'il faut faire c'est noter sur l'ordonnance
112e		Noter l'info = positif	Oui ça serait bien de noter, dans le dossier par exemple, patient informé des risques dans le cadre d'une coloscopie.
112f		Médocolégal	Médico-légalement c'est hyper important
112g		Non fait = négatif	mais s'il y a une expertise après, on se dit ah ok il était au courant.

112h		Intérêt du 2 ^e recours pour détailler l'information	Le gastro va lui dire avant de lui faire la colo.
112i		Intérêt du consentement	Et de toute façon il va signer le consentement
113a	Chaque médecin a la patientèle qui lui ressemble	Patients s'adaptent au médecin	Après les patients s'adaptent aussi.
113b		Patients s'adaptent à la pratique	Si tu as envie d'être dans l'aigu, et de pas trop t'embêter avec le dépistage et la prévention, les gens viendront moins pour ces problèmes là.
114	Demandes multiples en 1 ^{er} recours	Chronophage	... Et c'est vrai que parfois on n'a pas forcément le temps,
115a	Aptitude = gestion de demandes abusives des patients	Motifs nombreux	<p>Il y a quand même beaucoup de patients qui arrivent avec 5 ou 6 motifs de consultation, qui profitent d'avoir la gastro ou une rhinopharyngite, pour nous débarrasser la douleur du genou depuis 6 mois, tout, en fait...</p> <p>Bah là tu tolères, quatre, cinq, six motifs tu veux.</p>
115b		Plaintes chroniques	et lui me disait que ça l'agaçait, que quelqu'un qu'on a pas vu depuis 5 ans, qui a des problèmes depuis 5 ans, profite d'avoir un problème aigu pour nous balancer tous ses problèmes...
115c		Nécessite éducation	<p>Non mais il faut les éduquer,</p> <p>Dans ces cas tu les éduques et puis je pense que tu as moins de frustration à engueuler tes patients, enfin, en tout cas à les éduquer, clairement au départ.</p> <p>-T : C'est éduquer au sens propre. Pas sur leur santé...</p>
115d		Frustration	<p>Oui quand tu as ça, ça n'a aucun intérêt comme consultation...</p> <p>Et il y a en plus ta frustration à toi, en tant que médecin, dans ton fonctionnement tu es exaspéré, parce qu'ils prennent tout le temps, tu as l'impression d'être une machine à délivrer des traitements.</p>
115e		Fait partie du travail	<p>: Ben non.</p> <p>-J : Non!</p> <p>-S : Ça fait partie de la diversité, de l'intérêt et de la difficulté quoi</p>
115f		Pas une question d'argent	De toute façon, que tu le fasses pour l'argent ou pas, tu ne vas pas leur demander plus à la fin. Tu ne gagnes pas plus. Tu ne fais pas payer au nombre de plaintes.

115g		Parfois les patients réalisent	Même sa demande, il savait que c'était peut-être exagéré
116a	Aptitude = gestion du doute, de l'ignorance	Se fait eu fur et a mesure, par expérience	<p>Il y a un truc qui change entre la fin et le début du stage chez le praticien, c'est l'apprentissage, la gestion, justement, de la « non connaissance... » par plein de techniques</p> <p>Après, c'est un truc que tu fais plus facilement lorsque tu n'es pas expérimenté: « Alors oui attendez je réfléchis ... »</p> <p><i>Oui mais justement, est-ce que cette technique là vous l'avez acquise au cours du stage ?</i></p> <p>-P : Oui. -C : Ouais. -A : Ouais.</p> <p>Et puis tu es plus à l'aise pour dire « non je ne sais pas » qu'au début</p> <p>Et tu apprends aussi à gérer le truc et de se dire, non mais c'est normal ...</p>
116b		Faire revenir	« On se revoit dans une semaine? »
116c		S'aider d'internet / chercher en temps réel	<p>Ou alors je regarde sur Google.</p> <p>Et il y en a qui ne savent pas mais qui vont chercher.</p> <p>Oui mais tu peux aussi chercher en temps réel</p> <p>Si tu penses que ça peut être vraiment dangereux pour le patient tout de suite, tu cherches directement</p>
116d		Bidouiller / botter en touche	<p>Il y en a qui ne savent pas, et qui font des petits trucs, qui bottent et out</p> <p>Il y a la technique de « bottage en touche ».</p> <p>Il y a des patients qui te demandent des trucs par exemple, je ne sais pas, sur de la physiopathologie par exemple, je ne sais pas des trucs qui leur passent par la tête, des trucs de fou. Et quand bien même on leur dira un truc qui n'est pas scientifiquement parfaitement exact, au lieu de leur dire je n'en sais rien, regardez sur internet. Tu leur sors un truc, ce n'est pas complètement faux mais c'est vrai que tu n'es pas forcément hyper-renseigné sur le sujet, parfois il vaut mieux...</p> <p>Alors que le généraliste, c'est vrai qu'il y a cette gestion de..., ça arrive hyper-souvent que quelqu'un te montre un truc et tu te dis ... Non mais...</p> <p>Tu bottes en touche en mettant ça, ça va très bien se passer. Les internes aussi mettront des corticoïdes...</p>
116e		Chercher rassure	<p>Oui, je pense que les gens comprennent. Tu le fais plus facilement et au contraire, ça les rassure. Au contraire moi je pense qu'ils sont contents que tu cherches l'information...</p> <p>Ils trouvent que justement, tu te donnes du mal, que tu t'intéresses à leur problème. Pas tous, mais il y en a qui sont contents que tu le fasses,</p>

			que tu vérifies que tout va bien.
116f		Assumer son ignorance	<p>Moi je n'ai aucun souci à dire à un patient, j'ai un trou de mémoire, je vais regarder.</p> <p>Je pense que tout le monde réagit différemment, après le tout, c'est d'assumer.</p> <p>attendez, désolé je n'ai pas eu le temps de l'apprendre par cœur... En général, les patients ils le comprennent bien.</p> <p>Je pense que ce qui débloque le truc, ce qui est important c'est d'assumer le truc.</p> <p>Un patient qui dit oh lala, il ne connaît pas. A partir du moment où toi tu assumes de dire je ne connais pas et que tu fais les choses correctement, que le patient soit passé par une phase de désespoir dans sa tête, à se dire « lui il est nul! », à la limite...</p>
116g		Difficile	C'est clair qu'il y a des choses qui sont clairement angoissantes pour les patients.
117a	Avantage d'être spécialiste	Moins de mise en échec	<p>Alors que le généraliste, c'est vrai qu'il y a cette gestion de..., ça arrive hyper-souvent que quelqu'un te montre un truc et tu te dis ... Non mais...</p> <p>Je pense que les spécialistes en ville sont aussi parfois pris à défaut</p> <p><i>Est-ce que tu penses franchement qu'il n'y a pas des situations d'incertitude, même chez les cardiologues ?</i></p> <p>-C : Ouais mais moins.</p> <p>ça arrive hyper-souvent que quelqu'un te montre un truc et tu te dis ... Non mais...</p> <p>Tous les jours.</p>
117b		On ne sait pas comment ils travaillent	Je pense que l'on ne connaît pas leur pratique en ville.
118a	Internet = problème	De plus en plus un problème	Les gens, ils vont beaucoup de plus en plus sur internet
118b		Connaissance des patients augmentent	Je veux dire, moi les gens qui connaissent très bien la physiopathologie de la surrénale,
118c		Mais pas la compréhension	qui te disent: « ça, vous ne pensez pas que l'hydrocortisone, ça serait mieux pour moi parce que ... »!
119a	Aptitude = gérer la perte de l'objectivité sur les patients avec le temps et la connaissance des patients	Crée un biais	<p><i>Pour beaucoup d'entre vous. Est-ce que connaître des gens, du coup ça facilite par rapport au premier recours vous pensez ?</i></p> <p>-P : Ca peut biaiser.</p> <p>-C : Ou ça peut biaiser...</p> <p>Je pense qu'effectivement il y a un biais, parfois on s'enkyste dans une relation qui est un peu ancienne, avec des problèmes que l'on a</p>

			identifiés
119b		Exemple de biais	<p>J'ai un exemple, une patiente qui, comment dire ça, elle était un peu neuneu pour dire les choses non médicalement et très particulière. Et qui ne prend pas jamais ses médicaments et qui a un tic, elle déchire toujours ses ordonnances. A chaque fois qu'elle revient, elle revient avec son ordonnance qui a été chiffonnée, déchirée et recollée au scotch, donc très particulière. Et la première fois que je la vois, elle me dit qu'elle a des douleurs, bah je pense dans la poitrine. Et puis je me souviens, j'avais appelé mon praticien et je lui avais dit: « Madame Machin, elle a des douleurs à tel niveau...je suis embêté... ». Il me dit attend. C'est-à-dire qu'il y avait vraiment l'effet de la connaître et c'était un bien et un mal, parce qu'en fait je l'ai vu pas mal de fois sur six mois, et la deuxième fois justement, on prend les choses très différemment, du fait de la connaître, on est plus dans le rassurer, et essayer de faire du dépistage,</p> <p>En fait, il l'avait appelé en lui disant « est-ce que tu peux la prendre ». Elle avait dit oui et elle avait dit qu'il n'y avait rien. Mais le soir, il ne la sentait pas, parce que je ne sais pas, il avait un pressentiment. Elle n'avait pas mal à la tête ni rien lorsqu'elle est venue, elle n'avait pas eu mal de la journée, sauf le matin, à 3h du matin, comme tous les jours.</p> <p><i>-Comme d'habitude.</i> <i>-Voilà, comme depuis trois semaines.</i> <i>-Donc en gros, ils sont venus pour avoir l'IRM dans la soirée, parce que ...</i> <i>-Oui une IRM de faveur un peu.</i></p>
119c		Risque de passer a cote de quelque chose	<p>on sait il y a un jour où on risque de passer à côté de quelque chose, donc on essaye de poser des questions ciblées</p>
119d		Savoir garder du recul	<p>Mais il y a aussi cette vision qui est difficile à garder.</p> <p>-P : Ouais.</p> <p>-J : Mais je pense qu'avec le temps ça a tendance à s'éteindre...</p> <p><i>Donc ça rentre en compte dans votre prise en charge en fait ?</i></p> <p>-S : Bah oui.</p> <p>Je dirais une compétence de synthèse de l'état du patient et de ne pas rester le nez dans le guidon (...) mais de revenir à l'essentiel finalement personne ne s'était vraiment penché sur le fait du pourquoi ce patient faisait des pancréatites aiguës</p>

119e		N'ose pas remettre en cause nos aprioris sur les patients	Alors que mon praticien il me disait: « ah non je ne pensais pas du tout. » Voilà, des fois ça joue des tours.
119f		Problème de suivre toute la famille	Tu ne sais pas quand tu connais toute la famille, des fois les enfants ont peur de parler, on connaît leurs parents ...
119g		Savoir revenir à la demande initiale	ok il a une fièvre mais qu'est-ce qu'il le gêne vraiment, c'est qu'il a des problèmes dans sa sexualité, qu'il a une inquiétude sur le fait de pouvoir être stérile ou pas.
120a	Avantage d'avoir des internes quand on est MG	Regard neuf	Parfois cela m'est arrivé de revoir seule des patients chroniques que mon praticien suivait depuis des années, de voir du coup avec un regard neuf et d'essayer de lui dire, ah bah tiens en fait, finalement tu n'as pas fait ça depuis très longtemps, tu n'as pas revu ça et c'est une plainte chez lui ... C'est des choses comme ça, je trouve que c'est bien de revoir les patients parfois avec l'un œil neuf et il y a un biais
120b		exemples	Par exemple, je ne sais plus, on avait vu une dame âgée qui avait besoin d'être hospitalisée, qui ne le voulait pas, mais elle avait des raisons d'être dirigée à l'hôpital, elle avait une pneumopathie hypoxémiante et tout ça. Puis mon praticien me dit, oui mais tu comprends, elle a perdu son mari à l'hôpital l'année dernière d'une pneumonie, bah oui mais je m'en fiche, faut qu'elle y aille, tant pis quoi. C'est vrai que du coup, je ne le savais pas et parfois oui, à très bien connaître les gens, c'est sûr...
121a	Spécificité du VIH	Problème du dépistage chez des patients connus, chroniques, âgés	<p>Quand tu parlais du dépistage, la patiente que tu connais depuis des années, 50 ans, tu ne vas pas oser demander, enfin voilà... « Vous avez déjà fait une sérologie? »</p> <p>-Alors que cela peut être important. -Mais justement, comment le présenter? -Ouai mais ça passe bien généralement. -Oui mais par exemple lorsque tu les connais depuis des années ?</p> <p>Mais bon concrètement, j'en ai parlé à mon praticien, si jamais je faisais une étude, de type :on fait le test, on propose une sérologie à tous les gens de 15 à 70 ans. Bon moi, je me sens à peu près confortable pour les 20 à 30, encore que je ne connais pas bien, mais aller dire à la patiente de 60 ans ... Enfin ça véhicule plein de choses.</p> <p>Moi j'ai eu mon praticien qui suivait une gamine depuis sa naissance, là elle a 17 ans, il n'avait pas encore abordé la prévention et tout ça</p>

121b		Aprioris maladie honteuse /	C'est marrant parce que de faire une recherche d'ACE, ça ne pose aucun problème par contre la sérologie VIH.
121c		Le présenter comme une maladie classique	Pour le coup, il le présentait comme le diabète, il disait que c'est une maladie chronique qui se soigne et le diabète c'est aussi une éducation et un taux de mortalité, on peut le présenter comme ça
122a	Aptitude = gérer l'attitude des patients avec les internes	Voient les internes que pour motifs banaux = négatif	La première fois qu'ils m'ont vu ils ont dit: « ah non, je viens pour mon renouvellement, du coup je repasserais. »,
122b		Ne leur font pas confiance au départ	comme si j'étais incapable de le faire Oui mais là c'est parce qu'ils ne t'avaient pas choisi, ce n'était pas ton praticien. Ils se retrouvent face à moi, en tirant la tronche la première fois
122c		Au fur et à mesure les patients acceptent l'interne	Ils s'habituent. Bah moi ça m'est arrivé des chroniques qui viennent tous les mois Et bon tu leur montres que oui tu vas quand même être capable de renouveler leur traitement anti-hypertenseur et puis en fait les fois d'après, ils ne se posent même pas la question. Il faut peut être juste qu'il soit en confiance et qu'ils se disent, ah bah oui...
122d		Dépend du maitre de stage	soit ils omettent de dire que c'est un interne et du coup ça c'est vachement difficile à gérer, tu as l'ouverture de la salle d'attente et les personnes qui...
122e		Ne connaissent pas le parcours des internes	Après ils ne savent pas forcément où on en est. Enfin moi, ça m'est arrivé assez souvent, ils sont surpris au début puis après ils se disent « ah bah en fait c'est une étudiante. », puis après « bah vous êtes en quelle année : 4,5,6, ah non, 8!... Ah oui c'est ça interne, d'accord. »
123	Aptitude =avoir une vision globale du patient	Se fait en stage de niveau 1	Ca pourrait, parce que si c'est au départ, ça nous permettrait de comprendre lorsque l'on est en milieu hospitalier, les patients avant d'arriver, avant d'être un patient nu sous une blouse, avant il était chez lui
124a	Intérêts de définir les compétences	Pas d'intérêt	-Et puis il y a vraiment un intérêt comme ça à identifier réellement, à se dire aujourd'hui j'ai progressé ...?
124b		Peu d'intérêt = travail fait malgré tout	Oui, on ne peut pas tout faire en même temps. On le fait tous, mais on ne met pas de nom dessus, on apprend plus à écouter mais voilà. Je n'appelle pas ça une compétence, c'est juste notre apprentissage qui se fait. Je ne pense pas qu'il y ait de différence

124c		Notion trop globale	Enfin pour moi c'est assez vaste, premier recours, tu le définis, tu décris à peu près la compétence du médecin généraliste, c'est hyperglobal. (...) Donc, je trouve que l'on peut voir plein de choses derrière le premier recours et je trouve cela assez vaste.
125a	Formation parallèle	DESC urgences	
125b		DESC gériatrie	faire un DESC de gériatrie
125c		DU médecine du sport	j'ai fait un DU du sport, donc les maladies traumatiques liées au sport.
125d		DU acupuncture	à côté de cela je fais un DU d'acupuncture
126a	Relation avec personnel paramédical	Relation difficile	Avec les infirmières, c'étaient hyperdifficile, l'horreur Les infirmières au Val (...), donc le patient incurique, nia nia nia, elles ne voulaient pas trop y aller, enfin voilà (...) mais bon pour l'instant il est bien, c'est un peu compliqué Elles tiraient au sort pour savoir qui allait aller dans la chambre qui pue le plus, enfin c'était vraiment moyen quoi.
126b		Relation positive	les infirmières sont supers
127a	Formation à l'hôpital = critiques positives	L'hôpital est contraignant mais on est sûr d'apprendre	mais sur les six mois tu apprends je suis partisante de profiter au maximum de l'hôpital et de ce que l'hôpital peut m'offrir. je pense qu'il y a des choses à apprendre à l'hôpital mais j'ai fait le choix de privilégier l'hôpital et de me dire va faire de la cardio Oui mais parce que je pense que j'y apprendrais beaucoup de choses
127b		On apprend dans tous les stages	Partout tu apprends des choses. Oui mai en école de l'asthme, tu apprends aussi des choses, oui excuse-moi, heureusement. En fait j'ai quand même les deux premiers stages à l'hôpital, j'ai quand même acquis des compétences, j'ai appris des choses, une certaine confiance et je pense que j'ai pu la mettre ... J'ai acquis quand même une petite expérience, je suis passée dans différents stages, je suis passée notamment en diabéto et en ville, Mais en l'espace d'un an, tout de même l'impression d'avoir acquis des compétences en tant qu'interne

			<p>Après, avec les patients s'étaient intéressants J'ai l'impression d'apprendre énormément en stage, de faire beaucoup de choses auprès du patient, etc.</p>
127c		Peut apporter quelque chose en plus	<p>-<i>Qu'est-ce que tu trouves que les stages hospitaliers t'ont apporté plus ?</i> -Bah une confiance dans la pratique. Un bon stage à l'hôpital ça peut t'apporter une compétence en plus. Cela peut élargir tes compétences. j'étais beaucoup plus à l'aise que mes praticiens en diabète, à savoir comment gérer un patient. Oui mais voilà, après cela te donne peut être une « surcompétence » qui fera que dans le cadre de ton premier recours tu auras un peu plus de diabète à gérer. Ce n'est pas mal aussi</p>
127d		Importances des spécialistes ouverts	<p>Avec des avis, des bons diagnostics, les spécialistes qui donnent des avis, qui prennent le temps, qui t'expliquent les trucs, enfin je trouve... je trouve quand même que les spécialistes ouverts, bien sûr il y en a qui sont cons comme des balais (ceux qui te demandent de faire des topos sur je ne sais quelle maladie où il y a cinq cas en France), mais il y a quand même des spécialistes qui participent à notre formation j'ai aussi eu la chance à l'hôpital d'être avec des gens qui étaient plutôt axés médecine générale et qui on peut être</p> <p>ils essayaient toujours de prendre le temps de nous expliquer, la façon de prendre en charge, leur point de vue mais bon je trouve qu'ils étaient tout de même assez présents, toujours à l'écoute quoi, eux</p>
127e		Bon encadrement	<p>Moi, le premier stage, on a été très bien encadré aux urgences. On avait beaucoup de cours, Après, la médecine interne, c'était un peu plus carrée, il y avait des cours, des cours de biblio une fois par semaine régulièrement, des topo à présenter aux externes toutes les semaines Mes chefs sont supers (...) On n'a pas de cours vraiment consensuels ou autres, mais c'est vraiment sur le tas, mais ils expliquent bien, ils prennent le temps, on peut poser des questions, donc voilà. mais l'on a appris pas mal de choses, pas mal de réflexes j'avais une chef très bien, très carrée, qui nous a appris beaucoup de choses.</p>

127f		Staff régulier	mais on avait un staff une fois par semaine où on présentait des dossiers
127g		Avoir des protocoles = positif	Il y avait quand même des procédures qui étaient assez codifiées dans le service donc globalement c'était plutôt bien
128a	Formation à l'hôpital = critiques négatives	On apprend dans tous les stages	<p>Partout tu apprends des choses. Oui mai en école de l'asthme, tu apprends aussi des choses, oui excuse-moi, heureusement.</p> <p>En fait j'ai quand même les deux premiers stages à l'hôpital, j'ai quand même acquis des compétences, j'ai appris des choses, une certaine confiance et je pense que j'ai pu la mettre ... J'ai acquis quand même une petite expérience, je suis passée dans différents stages, je suis passée notamment en diabéto et en ville,</p> <p>Mais en l'espace d'un an, tout de même l'impression d'avoir acquis des compétences en tant qu'interne</p> <p>Après, avec les patients s'étaient intéressants</p> <p>J'ai l'impression d'apprendre énormément en stage, de faire beaucoup de choses auprès du patient, etc.</p>
128b		Pas adapté à la pratique en ville	<p>Exactement, mais c'est un truc que je sais faire maintenant, mais que tu ne sais pas initialement faire forcément</p> <p>Mon métier ça va être médecin de ville, donc forcément j'ai appris plus sur le métier de ville, le cabinet, des choses comme ça.</p>
128c		Pas assez de cours en 1 ^{ère} année durant les stages	<p>Et au niveau de la formation, je me suis pas mal plaint, et en fait c'était autant le premier que le deuxième semestre, j'ai eu l'impression que j'avais très peu de cours</p> <p>En général, que c'était bâclé en deux/trois premières semaines de stage et après il fallait vraiment les réclamer pour avoir quelque chose.</p> <p>voilà on a eu quelques cours au début, après ça c'est un petit peu, petit à petit estompé</p> <p>on n'avait pas beaucoup de cours</p> <p>Par contre, pas du tout les cours prévus, jamais fais. Je pense que sur les 16 cours que l'on devait avoir, on en a eu 5</p>
128d		Pas assez de pédagogie	<p>Donc très peu de pédagogie dans les services</p> <p>Après, je trouve qu'au niveau des cours, c'est pareil, il y en a qui le font plus pour dire qu'il y a des cours et cocher la case</p> <p>Au début, il demandait à certains internes de faire des présentations et voilà, puis petit à petit c'est pareil, cela a été un peu aux oubliettes</p> <p>Et ensuite, peut être un petit peu déçue qu'en tant qu'externe on nous demande d'être très carré, qu'il y a des choses qui sont tout de même</p>

			<p>codifiées.(...) Là où il y a des conférences de Consensus ou des choses comme ça, des recommandations puis le sentiment qu'une fois que l'on est dans la pratique, tout s'évanouit un petit peu</p> <p>Finalement à part les grandes généralités, donc voilà ...</p>
128e		Formation aux urgences est pire qu'ailleurs	surtout aux urgences
128f		Dépend des chefs	<p>ça dépendait des chefs clairement</p> <p>On le voit, parce qu'en fait nos gardes, sont très particulières. On n'a pas d'infirmière la nuit, on est tout seul, il n'y a pas toujours un radiologue et les patients viennent. Là, j'étais de garde cette nuit et c'était génial encore. Et on est tout seul</p>
129a	Critiques négatives sur les stages	Moins compétent si spécialités non faites	<p>Après dans chaque spécialité, si tu n'y passes pas, tu es moins compétent, ça c'est clair</p> <p>On ne peut pas passer partout</p> <p>En revanche en rhumato, même théoriquement, en tout cas pour moi</p> <p>bien peut être que j'aurais pu identifier, j'aurais pu combler des lacunes en passant dans les services hospitaliers, en me disant: « ah il faut absolument... »</p> <p>Ouais mais je ne m'en rendais pas compte en le faisant, là je m'en rends compte.</p>
129b		Les stages sont trop longs	<p>Oui (<i>les stages sont trop longs</i>)</p> <p>Ah, quatre mois de stage ça serait l'idéal.</p> <p>Mais on pourrait faire sept stages de cinq mois au lieu de six stages de six mois, enfin ça reviendrait un peu au même, le dernier mois c'est du bonus.</p> <p>Ouais.</p> <p>Non mais c'est un peu long comme sensation, enfin pour moi</p> <p>Trois mois dans le service hospitalier à faire toujours la même chose, c'est suffisant pour apprendre. J'ai fait trois mois en rhumato, trois mois en diabéto, cela m'a permis d'être bon en rhumato, et bon en diabéto</p> <p>mais trois mois ça suffit</p>
129c		Les gardes sont pénibles	<p>Ce n'est pas forcément l'internat qui me soule, ce sont les gardes</p> <p>Ouais moi aussi j'en ai raz le bol</p> <p>Oui moi aussi, il m'en reste dix huit, je vous jure je les compte</p> <p>Je vous jure ça va être les dernières gardes de ma vie.</p> <p>Moi aussi</p> <p>Le 30 octobre, je connais toutes les dates par cœur, ça va être ma dernière.</p>

			<p>Enfin bah tu vois, je n'ai jamais fait de stage de pédiatrie, j'ai pris la gynéco parce que je ne voulais pas faire en dernier semestre 50000 heures de garde</p> <p>Que tu fasses des gardes, je veux dire c'est normal et encore c'était pire avant, c'était largement pire pour nos ancêtres.</p>
129d		Travail de secrétariat, administratif ...	<p>Alors qu'à l'hôpital tu n'as que des inconvénients(...) faut les comptes rendus, c'est beaucoup de paperasses qui n'est pas intéressante on est d'accord</p> <p>-Ouais, il n'y a que l'interne pour faire cela.</p>
129e		Beaucoup de pression	<p>, à l'hôpital tu es complètement, tu es serré quoi, c'est-à-dire que tout ce que tu fais, globalement on l'évalue, tu fais beaucoup, faut qu'il sorte, il faut que ça aille vite pour qu'il sorte</p>
129f		1 ^{er} stage = difficile (interne isolé)	<p>Le premier semestre aux urgences, j'ai été assez pommé</p> <p>et, beaucoup de « débrouille-toi ».</p> <p>Moi mon premier semestre, ça a été assez difficile</p> <p>Mes chefs n'étaient jamais là, ils passaient leur vie au bloc, donc bon c'était...</p> <p>Voilà, surtout comme les chefs étaient absents</p> <p>Alors il y a un chef, mais par exemple, parfois c'est le biologiste, donc bon c'est un peu ..., parfois ils ne veulent pas se lever ni rien, donc on est vraiment seul. Des fois on a des bons chefs et tout et c'est vraiment très particulier. Et c'est vrai que c'est un peu ça</p> <p>On a des gens qui viennent, qui nous montrent leur truc et on est vraiment tout seul</p> <p>Du coup, c'est toi qui fais le bilan ?</p> <p>Parfois oui, parce que s'il faut les monter dans les services et tout, ça fait perdre du temps, parfois ouais, je pique, je ne le fais pas souvent, parce que je ne suis pas fan, je ne suis pas très forte</p>
129g		Difficulté à aller en cours	<p>Alors je ne suis jamais allé en cours à la fac non plus.</p> <p>Je n'ai jamais pu y aller.</p> <p>c'est toujours compliqué de pouvoir aller en cours</p> <p>mais en même temps, c'est difficile pour y aller, enfin...</p>
129h		Chronophages	<p>limite un peu trop, on sortait rarement avant 20h30-21h</p> <p>Après, je n'ai pas eu le temps enfin voilà..., à des stages, le problème c'est que cela prend du temps</p>

129i		Non adaptée à la pratique du MG	ou en tout cas, ce que les médecins nous apprennent, ce n'est pas sous cet angle-là qui l'abordent, donc ...
129j		Mauvaises conditions de travail	On a un pauvre petit box pour les examiner, enfin deux box et la salle d'attente qui est parfois pleine et là il faut faire le tri, les voir. Non mais voilà, lorsque l'on hospitalise par exemple on n'a pas de lit ...
130a	Critiques positives sur les stages	Content de ses stages	Bah les stages se sont bien passés Le stage où je suis maintenant, ça se passe bien aussi, il y a une bonne ambiance et tout Donc voilà, mais bon finalement j'ai tout de même un bon souvenir. Et là, en neurologie c'est génial, c'est trop bien Donc moi, premier stage aux urgences, c'était plutôt pas mal
131a	Critiques négatives sur la formation théorique à la fac	Cours théoriques= non adaptés	J'aimerais que se soit moins orienté psy et compagnie, les burn-out et tout ça on peut en parler les jeudis matins, mais je pense que c'est très bien justement, mais les cours magistraux de 4h ça serait bien, enfin qu'on nous remette par organe, les lacunes que l'on peut avoir. Mais normalement les cours de la fac devraient être là, savoir-faire de la rhumato, la dermato. Alors que la précarité, tu ne sais pas quoi faire lorsque que tu as un SDF qui s'assied en face de toi, « bah vous dormez où ? bah je ne sais pas ». Est-ce qu'on a le droit de le foutre dehors ? Enfin tu vois... Non mais c'est des questions hors sujet au programme du CHU. Ouai mais il y en a beaucoup. Mais pourtant qui sont de vastes sujets de médecine générale mais ça n'intéresse pas vraiment... Et les traitements des hémorroïdes! Et voilà et sinon au niveau de la fac, un peu mitigée au niveau de la qualité des cours. puis d'autres cours, où on a l'impression que l'on a passé deux heures et que c'était..., qu'il y avait beaucoup de discussion, mais voilà, peut-être pas de synthèse, peut-être pas de chose à la fin quoi. Après sur la fac, ce qu'ils nous demandent, je trouve cela très déconnecté de ce que l'on vit à l'hôpital. Cela reste pour moi les RSCA, traces d'apprentissage. Parce que je pense qu'à la formation à la fac, ils essayent de nous dire seulement, mettez-vous dans la peau d'un médecin généraliste, mais en même temps à l'hôpital, on ne peut pas,

131b		Cours sur l'examen clinique rhumatologique nécessaire	Mais ce que je veux dire c'est que pour améliorer nos compétences si tu n'es jamais passé en rhumato, moi personne ne m'a jamais montré comment on fait un examen rhumato, les bouquins ça je m'en fous, mais si quelqu'un me montrait voilà...
131c		Cours sur la précarité= inutile	je veux dire la précarité de savoir qu'en Ile de France, il y a 10 % de la population qui est en dessous du seuil machin... C'est un truc que tu sais au feeling. Mais il y a un cours dessus. Oui, bah il y a un cours dessus, mais le cours il n'est pas nécessaire, parce que c'est un truc ...
131d		Pas assez humble	C'est vrai que ça nous sort un peu de la toute-puissance que l'on a pendant nos études, qui est : tu es médecin, c'est toi qui sais et les patients... Enfin.
131e		Travail demandé (RSCA, traces...) inutile, sans intérêt	Et ce qu'ils me demandent de faire, je ne comprends pas très bien à ce que ça doit aboutir. Je ne sais pas, parler au médecin qui nous ont encadré dans les stages, de mettre une appréciation, de dire, de leur demander les compétences que l'on a acquise, me paraît bien plus important que d'aller écrire que j'ai tapé tel acte sur internet et que j'ai ressorti les deux ou trois recommandations d'HAS. <i>Ah oui complètement d'accord</i>
131f		Ne se prononce pas	Je ne peux pas donner un avis sur les cours
132a	Critiques positives sur la formation théorique à la fac	Bonne formation sur la prévention	Je pense que pour le coup, on n'est pas trop mal formé là-dessus (<i>la prévention</i>)
132b		Apprentissage de la dermatologie via des photos= point positif	La dermato par exemple très bien, ils nous montrent des photos, c'est très bien, on oublie les photos mais bon Si quand même (<i>c'est bien</i>) Si si c'est bien
132c		Cours à la fac sont de bonne qualité	Il y a certains cours qui sont très biens et où on a l'impression d'avoir vraiment appris et progressé en une heure
132d		Cours non obligatoires = positif	Alors, le fait d'avoir rendu les cours non obligatoire, c'est beaucoup de liberté pour nous
133	Apprendre de ses erreurs	Savoir prendre du recul après échec	et ça m'a fait pas mal réfléchir sur moi, comment prendre en charge un patient de ma tranche d'âge, qui est en situation de difficultés, et comment faire dans une situation où je n'arrivais plus trop à voir où était l'essentiel, Et donc maintenant, je fais tout le temps mes lettres et tout au médecin traitant.

134a	Aptitude = gérer la fin de vie / Arrêt des soins	Volonté du patient	Est-ce qu'il voulait en finir parce justement cette pathologie était tellement avancée et qu'il souffrait tellement que peut-être il voulait que ça s'arrête ?
134b		Volonté de la famille	Est-ce que l'on doit prendre en compte la demande de la famille, qui était justement de faire faire tous les examens, de l'obliger, de l'endormir s'il le faut puis de lui faire faire sa fibro et tout ça ?
134c		Manque de thérapeutique	il n'y avait pas franchement de prise en charge médicale
134d		Traiter pour faire qqc	Donc le vendredi soir, on avait la chimio pour lui administrer le samedi matin. Mais c'était vraiment au cas où, si jamais, mais c'était un peu perdu. On le savait enfin. Plus par rapport à la famille aussi, pour tenter quelque chose.
134e		Difficile	Le service était dans un état second. Parce que la dame en plus, elle était adorable, elle était jeune, bon un peu comme tous, mais voilà. Et puis, le mari, il était quand même très gentil. Il y avait les enfants. Et les chefs étaient tous présents, c'était un ancien chef, forcément c'était un ami pour la plupart ou une bonne connaissance donc ... -Ce n'était pas facile. -Ouais, alors le lundi matin, lorsque je suis rentrée, c'était moyen quoi. Mais voilà.
135a	Spécificités hôpital militaire	Patientèle particulière ...	au Val, on a tout de même une population un peu particulière, Il y a un recrutement, on ne prend pas les CMU, je crois que l'on est à moitié obligé d'avoir une complémentaire etc, on ne prend pas les étrangers, enfin c'est quand même assez particulier, ou on les prend sous certaines conditions. Ouais voilà, des ... donc au niveau du recrutement surtout en fait. Oui donc voilà, c'est vrai que parfois c'est un peu biaisé.
135b		... mais pas que	Ce qui fait que l'on a une certaine population, on a des gens de classe moyenne etc, mais des vrais ... comme vous, vous pouvez avoir, mais on n'a pas de vrai service d'urgence. Au niveau du recrutement aussi, on n'a pas les pompiers, le SAMU, qui nous apportent ...
135c		On n'ose pas y aller	Ils n'osent pas trop venir
135d		préjugés	Mais vous avez que des militaires Non on n'a pas que ça, parfois on a quand même, non non absolument pas, ça doit

			représenter environ 30 % de notre activité les militaires, après on n'est quand même dans le 5 ^{ème} , puis à Cochin aussi, et puis les gens pensent toujours que le Val de Grâce c'est pour les stars etc
136a	Interrogations sur les médecins à la retraite	Validité des ordonnances	<p>Je ne sais pas du tout comment ils peuvent encore prescrire. Je ne savais pas du tout qu'on pouvait avoir encore un ordonnancier</p> <p>Ouais mais il y avait un tampon.</p> <p>Oui mais avec la carte de médecin, toute ta vie tu peux retirer des médicaments à la pharmacie.</p> <p>Ouais mais il y avait une ordonnance avec son tampon.</p> <p>Ah oui en plus.</p> <p>Avec le nom...</p> <p>Tu gardes, si elle l'avait toujours gardé, tu sais que cela peut te servir pour te faire une ordonnance.</p> <p>Ouais.</p> <p>Il faut être prévoyant lorsque tu es à la retraite.</p> <p>Ouais mais ça j'en ai souvent, je ne sais pas pour vous, mais ..., des papinoux et maminoux qui se font leurs prescriptions.</p> <p>Ah oui celle de l'année dernière, de l'année d'avant et tout en même temps</p>
137	Réalisation d'un stage aux urgences pendant l'externat		<p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>J'ai fait réa, je n'ai pas fait urgences, j'avais mes gardes aux urgences</p>
138a	Prise en charge du premier recours différent entre externat et internat	Responsabilité différente	<p>C'est juste qu'il y a tellement une différence de responsabilité dans la prise en charge, que ça change par rapport à ça.</p> <p> finalement tu ne dis rien au patient, tu vas toujours voir ton chef</p> <p>tu ne dis pas au patient « il se passe ça, ça, ça »</p> <p>alors qu'en tant qu'interne, il faut tous les voir et ça peut aller de ce qui est très grave et il faut aller vite, être un petit peu plus dans le stress de bien faire, de bien penser à tout, de ne rien avoir oublié de la thérapeutique du bilan, de l'examiner en même temps, de dire aux infirmières, « bah voilà... » et aussi à la fois, il faut aller voir bah le SDF qui pue, que personne ne veut voir et qui faut bien examiner.</p> <p>de dire justement est-ce que c'est intéressant ou pas, est-ce qu'il y a un problème médical ou pas</p> <p>c'est à nous de nous remettre en question, à nous de dire</p>
138b		Externe = apprentissage	<p>Je sais que lorsque j'étais externe, les gardes des urgences, je disais « bah je vais voir qui ? », « va dans tel box ». Je faisais l'ECG et je suturais et j'étais tout content et puis après, j'attendais que l'interne ou le chef m'expliquent un petit peu ce qui se passait et puis je comprenais plus ou moins les choses. Donc c'était vraiment de</p>

			<p>l'apprentissage C'est vrai que c'est plus dans un but d'apprentissage Et à l'externe, on va peut être lui dire, « bah non écoute, n'y va pas, ce n'est peut être pas très intéressant ». où ils savent qu'il y a un petit quelque chose et que l'on va pouvoir apprendre.</p>
138c		Interne = prise en charge totale	<p>Alors qu'en tant qu'interne, je me sentais en première ligne et j'avais comme objectif, c'est ce qui c'est passé, d'être de moins en moins dépendant d'un chef et donc à la fin, juste je leur présentais les patients, mais je prenais de A à Z en charge le patient. Je demandais s'il y avait besoin d'un avis sur un spécialiste, j'orientais et juste je faisais valider ça par le sénior et voir s'il avait quelque chose à y redire. il faut aller vite, être un petit peu plus dans le stress de bien faire, de bien penser à tout, de ne rien avoir oublié de la thérapeutique du bilan, de l'examiner en même temps, de dire aux infirmières, « bah voilà... » Mais nous, il faut qu'on y aille et qu'on se face notre ... enfin voilà, qu'on se face notre propre avis sur la situation, de dire justement est-ce que c'est intéressant ou pas, est-ce qu'il y a un problème médical ou pas, parce que le tri qui est fait par les infirmières, en fonction des urgences, il y a souvent un tri on va dire, et bah c'est à nous de nous remettre en question, à nous de dire ...enfin voilà. Lorsque tu es interne, tu as un vrai suivi, parce que déjà ...</p>
138d		Changement majeur	<p>Donc oui, un gros changement. Le principal changement, c'est lorsque tu es externe, tu vois le patient, tu ébauches une conduite à tenir mais finalement tu ne dis rien au patient, tu vas toujours voir ton chef et c'est le chef qui va expliquer au patient. Toi, tu lui dis mais voilà, je suis qu'un petit étudiant, tu l'examines et tu présentes le bilan de ton examen clinique mais tu ne dis pas, tu ne prescribes pas, tu ne dis pas au patient « il se passe ça, ça, ça », parce que tu n'as pas ... Et puis la compétence de prescription aussi qui est un grand pas à acquérir entre externe et interne</p>
138e		L'externe attend des explications de son sénior	<p>j'attendais que l'interne ou le chef m'expliquent un petit peu ce qui se passait tu vas toujours voir ton chef</p>
138f		L'externe ne prend pas de décisions	<p>tu ne prends aucune décision, que se soit médicament ou prescrire ou dire « vous pouvez rentrer chez vous ». Et puis c'est dangereux</p>

138g		Relation médecin (externe ou interne)-patient différente	Enfin, ce n'est pas du tout déjà la même relation médecin/patient et
138h		Externe : voit la moitié de la compétence premier recours	Tu ne le fais jamais, tu ne vois que la moitié de ton premier ..., la moitié de la compétence je pense Et puis souvent, on est en stage moins longtemps, enfin on est en stage le matin. Voilà. Finalement, tu n'as pas le résultat des examens, tu n'as pas la suite de la prise en charge, est-ce qu'il est sorti, est-ce qu'il est resté, est-ce qu'il est hospitalisé
138i		Externe= patients choisis	C'est vrai que comme on disait en tant qu'externe, on te choisit ou tu choisis un peu tes patients donc souvent on va nous dire, « bah voit ça, c'est intéressant peut être », pour que l'on voit quelque chose d'un peu carré, un peu simple, voilà. « Ah bah ça, tu vas voir c'est une décompensation cardiaque, comme ça, il y a ça ». Et à l'externe, on va peut-être lui dire, « bah non écoute, n'y va pas, ce n'est peut-être pas très intéressant ». enfin voilà. Alors que c'est vrai qu'en tant qu'externe, ils ne ciblent ni les rouges, ni les verts du fond, c'est un petit peu, ils nous mettent ceux du milieu, où ils savent qu'il y a un petit quelque chose et que l'on va pouvoir apprendre.
138h		Acquisition du maniement des prescriptions pendant l'internat	Et puis la compétence de prescription aussi qui est un grand pas à acquérir entre externe et interne, puisqu'on ne manie pas du tout les médicaments et les posologies en tant qu'externe alors que c'est un petit peu le truc de l'internat. Alors vas-y, cherche dans le Vidal quoi

FICHER TABLEAU PARIS VII

Groupes : **Novice** Intermédiaire **Compétent**

N° CO DE	ETIQUETTE	DESCRIPTION	EXTRAITS DU VERBATIM
1a	Patientèle diversifiée = point positif du stage	Patientèle diversifiée = point positif du stage	les points positifs c'est que bon on est dans le 18e donc en fait on a une patientèle qui est très diversifiée
1a		La diversité c'est positif	la diversité c'est quelque chose de positif
1a			euh le gros point positif dans ce cabinet c'est vraiment la diversité
1a		Diversité intéressante	et sinon c'est c'est vraiment intéressant d'avoir toute la patientèle
1a			ben en fait pour le coup moi mes deux mes deux médecins ils ont deux vraiment patientèles presque opposées
1a		Médecine de famille =diversité	et euh donc du coup c'est très intéressant
1a			Qu'est assez intéressant justement de la consultation sans rendez-vous voilà
1b	Activité variée = point positif du stage		il est aussi coordonnateur en maison de retraite donc une demi- journée, je la passe avec lui en maison de retraite donc finalement on est axé gériatrie et il est médecin du sport donc il a le côté des pathologies du jeune sportif, très peu de pédiatrie pas du tout de gynéco ou alors exceptionnellement
1b	Activité variée = point positif du stage		et Sébastien donc sur Cergy lui c'est exactement le contraire la moyenne d'âge elle est autour de 30/35 ans donc tous ces patients y sont relativement jeunes c'est aussi pas mal de jeunes parents avec beaucoup beaucoup de pédiatrie, pas mal de gynéco , suivi de grossesse, enfin voilà et c'est vraiment
1b		Diversité = point positif	et puis la diversité aussi de ce qu'on voit
1b		Pathologie diversifiée = point positif	pathologies on voit de tout, des choses aussi bien courantes que des choses rares au niveau immuno
1b			et là j'découvre qu'il y a plein plein de choses à faire
1b	Activité variée =point positif du stage		et je suis contente d'avoir plus ou moins une activité variée entre autre salariée, PMI... parce que ça montre qu'il y a pas que le cabinet
1b			je savais qu'on avait du choix mais à ce point-là non donc super
1b			euh c'est vrai que ça montre un

			panel vraiment très très différent
2	Définition de la patientèle diversifiée	Patient de milieu aisé et défavorisé avec pathologies variées	autant il y a des patients âgés euh d'un certain milieu social euh qui sont assez aisés et qui ont une autre euh une autre perspective du docteur et une patientèle un peu plus défavorisée et avec des pathologies très variées et y a aussi pas mal de pédiatrie donc ça c'est
2		Pédiatrie, tous types de toxicomanie	en fait on se retrouve avec de la pédiatrie, y a de la toxicomanie avec tous types au niveau de la toxicomanie que ce soit aux opiacés, aux anxiolytiques, ou l'alcoolisme
3	Relationnel avec les patients = points positifs du stage	Pas de problème avec les patients	au niveau relationnel ça se passe bien, y a pas de problème ni avec les patients ni avec moi
3		Bon relationnel avec la famille	mais du coup, j'ai jamais eu de gros soucis avec les familles
4	Relationnel du travail = point positif du stage	Bonne ambiance de travail	y a pas y a pas de soucis aussi au sein du cabinet les secrétaires, les autres l'ambiance de travail ça se passe très bien
4		Accueil et disponibilité des médecins = point positif	mais je suis quand même très satisfait déjà de l'accueil de la disponibilité des autres médecins euh et puis parce que parce que finalement ça c'est bien passé
4		Bonne ambiance = point positif	Euh très satisfait au niveau de l'ambiance
4		Bon relationnel de travail	euh le stage se passe vraiment très bien avec l'équipe médicale, paramédicale et en gros ben je suis content du stage que j'ai effectué et je pense que le prochain va être bien aux urgences d'Argenteuil (encouragement de S par V fait avec ses mains) mais bon
5	Vision du médecin généraliste en fonction du patient		et qui ont une autre euh une autre perspective du docteur
5			ben oui parce que si nous on n'a pas confiance il pourra jamais avoir confiance en nous quoi si on montre qu'on doute en face il va se dire est ce qu'il dit il y croit vraiment est ce que je peux vraiment croire avec lui quoi en fait
5		Difficulté de s'aider de documents face au patient	en fait j'ai sur au début sur les prescriptions je me disais jamais tu peux regarder j'avais mon guide de thérapeutique dans mon sac, internet à côté je me disais si tu commences à regarder ils vont te regarder non mais elle sait pas elle elle
5		Difficulté à gérer sa propre inquiétude dans l'urgence	avoir l'air d'être sûr de soi alors que finalement on l'est pas du tout

		réelle	
6	Durée d'installation longue = médecine de famille	Installation depuis 25 ans au même endroit = médecine de famille	parce que Xavier W. est installé depuis 25 ans au même endroit donc c'est vraiment dans dans la médecine de famille
6		Installation depuis 30 ans	Et puis ça fait trente qu'il y est donc enfin il les connaît on a trois générations donc c'est vraiment une médecine familiale etc
7	Définition de la médecine de famille	Grand pourcentage de personnes âgées, coordonnateur en maison de retraite médecine du sport	il a une grande euh un grand pourcentage de personnes âgées de plus de 70ans, donc on fait beaucoup beaucoup de de pathologie du vieux , il est aussi coordonnateur en maison de retraite donc une demi- journée, je la passe avec lui en maison de retraite donc finalement on est axé gériatrie et il est médecin du sport donc il a le côté des pathologies du jeune sportif, très peu de pédiatrie pas du tout de gynéco ou alors exceptionnellement
8	La médecine de famille est intéressante	La médecine de famille est intéressante	et euh donc du coup c'est très intéressant
9	Description de la patientèle		autant il y a des patients âgés euh d'un certain milieu social euh qui sont assez aisés et qui ont une autre euh une autre perspective du docteur et une patientèle un peu plus défavorisée et avec des pathologies très variées et y a aussi pas mal de pédiatrie donc ça c'est
9	Description de la patientèle	Patientèle jeune beaucoup de pédiatrie de gynéco	et Sébastien donc sur Cergy lui c'est exactement le contraire : la moyenne d'âge elle est autour de 30/35 ans donc tous ces patients y sont relativement jeunes c'est aussi pas mal de jeunes parents avec beaucoup beaucoup de pédiatrie, pas mal de gynéco , suivi de grossesse, enfin voilà et c'est vraiment
9			il a une grande euh un grand pourcentage de personnes âgées de plus de 70ans, donc on fait beaucoup beaucoup de de pathologie du vieux , il est aussi coordonnateur en maison de retraite donc une demi- journée, je la passe avec lui en maison de retraite donc finalement on est axé gériatrie et il est médecin du sport donc il a le côté des pathologies du jeune sportif, très peu de pédiatrie pas du tout de gynéco ou alors exceptionnellement
9			en fait on se retrouve avec de la pédiatrie, y a de la toxicomanie avec tous types au niveau de la toxicomanie que ce soit aux opiacés, aux anxiolytiques, ou l'alcoolisme
10 a	Maitre de stage en binôme est un intérêt	Avoir deux maîtres de stage est complémentaire	c'est très complémentaire

10 a		Intérêt d'avoir deux maitres de stages	ben en fait pour le coup moi mes deux mes deux médecins ils ont deux vraiment patientèles presque opposées
10 b	Intérêt d'avoir deux maitres de stage identique sur le raisonnement	Deux façons de travailler identiques avec les recommandations	Et du coup ils ont par contre ils ont tous les deux un peu la même façon très proche des recommandations de faire leur médecine et donc ce qui fait que finalement c'est je m'y perds pas trop d'un côté de l'autre
12	La diversité ne pose pas de problème	La diversité ne pose pas de problème	Et tout ça ça peut très bien tenir dans la même dans la même salle d'attente ça pose aucun problème
12			et de pouvoir voir effectivement qu'on peut quand même avoir des toxicomanes en même temps avoir autre chose ça pose pas de problème
13	Toxicomanie gestion parfois difficile	Toxicomanie gestion parfois difficile	parfois il y a quelques évènements euh euh qui sont pas faciles à gérer avec certains toxicomanes mais ça peut arriver enfin voilà c'est c'est vraiment très rare et c'est épisodique
14	Découverte de la médecine en réseau intéressante	Découverte de la médecine en réseau intéressante	moi j'ai découvert quelque chose d'intéressant aussi c'est la médecine en réseau
15a	Première définition du réseau	Réseau informel avec les collègues	à la fois de façon informelle avec les collègues
15a		Réseau informel avec les gens qu'on connaît	les correspondants les gens qu'on connaît
15a		Exemple de réseau informel	et j'trouve que c'est très agréable d'avoir cette espèce de, on passe un coup de fil et par on sait que c'est entre deux mais c'est aussi un arrangement qu'ils ont et je trouve que c'est très très agréable
15b	Deuxième définition du réseau	Réseau formel organisé	et aussi de façon formelle au sein de vrais réseaux de santé organisés et vraiment j'ai trouvé ça euh
16	Réflexion sur la pratique future	Vision différente de la médecine	déjà c'est pas la médecine comme moi je la vois pratiquer plus tard
16		Projection dans le futur	moi je voulais dire j'pense que c'est si un jour je me décide à faire de la médecine générale de ville
16		Difficulté de l'installation	on parlait de la négociation tout à l'heure et j'trouve oui moi ça me pose question quand même de dire déjà au bout de cinq mois j'ai l'impression de perdre mon objectivité sur un certain nombre de patients que j'ai vu et ça fait que cinq mois que cinq mois alors qu'est-ce que c'est quand je Dr A : quand ça sera d'avantage N : quand ça sera d'avantage
16		Patientèle différente lors de l'installation	Et ben du coup comme nous on est dans la position ou au début on observe ou ne peut pas s'approprier la patientèle du coup on reproduit un peu ce qu'on nous apprend mais après on n'aura pas forcément la même

16			J'dis ça c'est pas c que je ferais en pratique
16		projet professionnel envisagé	alors moi c'est plutôt, enfin moi je sais que je ferais de la médecine G plus tard
16			donc c'est vraiment c'est bien ça me permet de voir ce que je veux faire
16			mais par contre justement je m'pose plus de questions au niveau des horaires ah ben là c'est cool c'est ce que j'ferais
16			donc je suis plus investit sur ce que j'ferai exactement par la suite
16		Questionnement sur l'exercice futur	Dr A : la diversité te plait bien elle te fait poser des questions sur ton exercice futur Jennifer : ah oui complètement
16			euh en fait moi je sais, j' veux aussi faire de la médecine libérale
16			euh c'est vrai que ça montre un panel vraiment très très différent mais en fait ça m'a pas donné envie de faire autre chose que la médecine libérale quoi en cabinet
16			mais en fait ça m'a pas donné envie de faire autre chose que la médecine libérale quoi en cabinet
16			On s'projette dans notre pratique future
16			voilà il faut pas oublier de penser avant de s'installer quoi
135			euh ben moi justement j'trouve par rapport au mode d'exercice que le SASPAS apporte moi surtout je le vois là au CMS de St Denis
17	Découverte du réseau en stage de niveau 1	Découverte du réseau en stage de niveau 1	vraiment parce que c'est quelque chose que j'avais euh enfin qu'on m'avait jamais appris
18	Connaissance théorique éprouvées in vivo	Connaissance théorique du réseau	vraiment parce que c'est quelque chose que j'avais euh enfin qu'on m'avait jamais appris et que théoriquement on savait inscrire des patients dans un réseau mais sur dans les faits
18		Connaissance théorique en oncologie	Il me donne le scanner en me disant ben va le voir euh le scanner avait été fait pour une douleur thoracique atypique on n'arrivait pas bien à savoir ce qui s'est passé. Je regarde gentiment le scanner dans mon coin sans que personne me regarde et puis je trouve une masse et plein d'adénopathies dans les loges ou faut pas qu'il y en ait.
18		Apprentissage à la faculté	et ce qu'on nous apprenait en théorie à

			la fac et en fait allier les deux ça a été au début difficile
18		Application en pratique du travail à plusieurs est une aide	mais de le voir à la pratique c'est quand même très différent enfin de le voir en œuvre
19	Activité du réseau	Améliorer le quotidien de personnes en difficulté	oui voir que des gens qui se réunissent pour réfléchir ensemble à comment améliorer le quotidien de personnes en difficultés, d'ailleurs des difficultés très diverses
20	Médecine en réseau = point positif	Médecine en réseau = point positif	que ce soit vraiment à tous les points de vue j'ai trouvé ça impec
21	Pas de point négatif dans stage niveau 1	Pas de point négatif dans stage niveau 1	J'en ai pas
21			Franchement j'en ai pas
21			trop bien (rires)
22	Vision différente de la médecine = point négatif	Vision différente de la médecine = point négatif	déjà c'est pas la médecine comme moi je la vois pratiquer plus tard
23	Organisation du cabinet = point négatif	Organisation du cabinet = point négatif	(gênée tort ses mains) : parce que déjà au niveau de l'organisation du cabinet
23		Complexité à cause de l'organisation	c'est un peu c'est un peu compliqué
23		Point négatif pas de dossier	moi j'avais pas le dossier,
23		Point négatif pas de dossier	parce qu'au début je n'avais pas le dossier j'avais pas les examens
24	Explication organisation du cabinet	Matériel inadapté	le cabinet est un peu vieillot et aussi les instruments enfin y a pas d' ECG, y a pas de saturomètre, y a pas de de thermomètre, euh enfin
24		Matériel inadapté	j'trouve qu'on a un patient qui nous aussi on a le côté il a pas d'ECG j'ai beaucoup de mal sans l'ECG
24		Temps imparti à chaque activité	il est aussi coordonnateur en maison de retraite donc une demi- journée, je la passe avec lui en maison de retraite
25	Pas de dossier patient = point négatif	Pas de dossier patient = point négatif	parfois y a moi quand je vois des patients y a pas d'ordinateur, donc j'ai pas les dossiers patients, y a pas de dossiers patients papier, j'ai pas les dossiers patients donc je patauge
25			voilà alors des fois même souvent j'appelle j'appelle le docteur M pour avoir des informations sur les patients
25		Point négatif pas de dossier	moi j'avais pas le dossier,
25		Point négatif pas de dossier	parce qu'au début je n'avais pas le dossier j'avais pas les examens
26	Nécessité d'avoir des informations sur les patients	Nécessité d'avoir des informations sur les patients	voilà alors des fois même souvent j'appelle j'appelle le docteur M pour avoir des informations sur les patients
26		Difficulté de ne pas connaître l'histoire des patients	moi je suis plutôt pas d'accord parce que en fait les patients surtout les patients âgés ne pas les connaître c'est un peu embêtant parce que on ne sait pas qu'elles sont leurs habitudes qu'elle a été leur histoire et donc leur dire des choses parfois ça peut les heurter ça peut, on ne connaît pas

			l'histoire qu'ils ont avec leur pathologie avec leur médicaments
26		Difficulté quand on ne connaît pas les patients	Quand on est nouveau nouveau et qu'on connaît pas je trouve que c'est plus difficile
26		Intérêt de connaître l'histoire du patient qui n'est pas forcément écrite dans son dossier	j'ai un dossier quand je suis avec lui j'ai un dossier mais même quand j'en ai un et que tu connais pas le patient en tu connais pas et même si y a des choses écrites et encore c'est pas toujours écrit quand y a des choses écrites c'est des pathologies et on connaît pas son histoire on sait pas si elle si la petite mamie a perdu son mari on sait pas si elle a
26		Connaître les faits marquants de la vie du patient c'est une aide	parce que je sais pas mais chez chez mon prat en tout cas quand y a des choses dans la famille assez lourdes et qu'ils sont venus nous voir parce que c'est marqué en fait c'est vrai que ça aide dans la manière de la pratique ça aide
26		Importance des informations sur les patients	Dr A : quelque chose que tu retiendras dans la gestion de S : Oui parce que ça m'a vraiment marqué
26		Importance d'écrire dans les dossiers patient les éléments marquants surtout si travail en groupe	Surtout si on travaille en groupe et qu'on partage les dossiers c'est vrai qu'il faut noter les y a une partie « mari en prison » noter les choses importantes « attention problème »
27	Découpage de la journée = point négatif	Visite à domicile et consultation sans rendez-vous = point négatif	et aussi au niveau de l'organisation il fait beaucoup de visites à domicile et des consultations sans rendez-vous qui sont soit intercalées entre deux plages de rendez-vous soit en fin de journée
27		Beaucoup de visites à domicile = point négatif	et beaucoup de visite à domicile non plus
28	Attendre le patient = point négatif	Attente du patient = point négatif	alors parfois il y a des après-midi ou on reste tout seul enfin voilà à rien faire en attendant le patient enfin c'est pas quelque chose que je pense faire
28			Non oui non c'est vrai que les après-midi ou on attend le patient ça arrive, c'est voilà c'est un peu enfin enfin c'est pas démoralisant mais
29	Questionnement sur l'organisation lors de l'installation	Questionnement sur l'organisation lors de l'installation	ça me ça me fait poser des questions sur quand je vais m'installer et que voilà....
29			enfin c'est pas quelque chose que je pense faire
29			et beaucoup de visite à domicile non plus
29		Questionnement sur création du réseau lors de l'installation	en pratique, moi si je décide de m'installer quelque part comment je fais pour mon réseau ?
29		Négociation lors de l'installation	les patients quand tu vas t'installer tu veux pas négocier ça et ben j'pense
29		Horaires	mais par contre justement je m'pose

			plus de questions au niveau des horaires ah ben là c'est cool c'est ce que j'ferais
29		Modèle pour l'exercice futur	et j'suis tombée dans un cabinet ou j'ai l'impression que c'était un peu mon idéal de pratique médicale en fait au niveau de l'organisation, au niveau de la manière de fonctionner, des patients qui consultaient, ça m'avait vraiment plu et là en fait
30	Question sur la définition de la complexité		est-ce que c'est une situation complexe
31a	a. Complexité = temps	Complexité = temps	qui a pris qui s'est pas réglée en une fois
31a	a	Plusieurs rendez-vous	soit c'est des gens qui reviennent et même plusieurs fois et je rajoute la suite
31a	a	Plusieurs visites	quoi donc après ça s'est fait sur place où on lui a téléphoné tout ça mais il a fallu plusieurs fois
31a	a	Plusieurs fois	et je suis allée la voir plusieurs fois et le problème majeur, parce que c'est un peu long comme histoire
31a	a	Gestion situation avec le temps	et c'est après aux visites successives où on a où j'ai pu vraiment un peu comment dire améliorer la situation de la patiente
31b	b. Complexité = situation	Complexité = situation	ou une situation qui a posé problème parce que ça peut être deux situations différentes
31b	b		où je décris la situation soit c'était un épisode
32	Situations complexes rencontrées fréquemment	Situations complexes rencontrées fréquemment	au fur et à mesure tous les jours quoi
32		Tous les jours	oui voilà tous les jours dans la quantité de patient qu'on voit
32			il y a eu plusieurs situations en fait là j'en ai pas en fait j'étais en train de chercher euh après si si il faut je raconte enfin
33	Situations complexes seul ou avec maître de stage	Situations complexes seul ou avec maître de stage	que ce soit quand je suis toute seule ou quand je suis avec le Pr N
33		Première visite à domicile seule	oui, pour une petite mamie qui est toute seule moi je me rappelle la première visite que j'ai faite toute seule
34	Complexité entraine questionnements recherches	Complexité entraine questionnements recherches	il y a au moins une fois par jour où on se dit qu'est-ce qu'on fait, on connaissait pas, on cherche euh
34			et en fait je me suis rendu compte donc j'ai commencé à en recevoir après je me suis dit après voilà j'ai un peu lu des trucs la dessus et je me suis posée la question comment comment en médecine générale comment on pouvait avoir une action la dessus enfin au moins la dépister ou je sais pas et en fait je me suis rendu

			compte que c'était assez difficile pour mon journal de bord
35	Situation complexe dans journal de bord		
35			je fais un journal de bord
			euh j'ai fait deux enfin c'est pas des RSCA mais comme j'ai participé à des actions de prévention a côté j'ai plutôt fait deux récits d'actions que j'ai fait à coté
35			voilà mais du coup je me suis c'est des mini RSCA dans le journal de bord
36	Complexité = demandes d'avis	Lettre – email	et puis je rajoute beaucoup les lettres justement les lettres avec les correspondants et les e-mails que j'ai pu envoyer pour avoir des avis euh des retours
36			ça été surtout par rapport à parce qu'en fait c'est une patiente suivie par des spécialistes en hématologie ça été en fait de faire le lien en fait avec le spécialiste pour par rapport à la bonne prise en charge de la patiente
36		Référence au senior si doute	et puis voilà c'est surtout par rapport à ça, parce que sinon pour le reste j'avais dire on a toujours un senior au-dessus à qui on peut se référer et quand on a un doute pour ça y a pas de souci,
37	Journal de bord non contraignant à faire		Moi spontanément honnêtement j'aurai pas fait de journal de bord pour ma propre personne mais bon on est obligé de faire des choses voilà et je trouve que c'est pas si contraignant à faire euh.
38	Réflexion avant rédaction de la trace d'apprentissage	Réflexion avant rédaction	non j'ai pas je suis pas encore dans la rédaction je suis plutôt encore dans la réflexion
39	Pas de dossier patient = complexité		bah j'ai eu des situation en fait on fait des visites à domicile et c'est vrai je me suis retrouvée une fois chez une patiente qu'on voyais euh , moi j'avais pas le dossier
39		Pas de dossier pas d'examen	ou moi j'avais parce qu'au début je n'avais pas le dossier j'avais pas les examens
40	communication avec professionnel de santé = complexité	Demandes d'avis	et puis je rajoute beaucoup les lettres justement les lettres avec les correspondants et les e-mails que j'ai pu envoyer pour avoir des avis euh des retours
40	communication avec professionnel de santé = complexité	Communication avec spécialiste	et je suis allée la voir plusieurs fois et le problème majeur, parce que c'est un peu long comme histoire, ça été surtout par rapport à parce qu'en fait c'est une patiente suivie par des spécialistes en hématologie ça été en fait de faire le lien en fait avec le spécialiste pour par rapport à la bonne prise en charge de la patiente
40		Communication avec les urgences	Je réussis pas à joindre l'interne aux urgences parce qu' on me raccroche

			au nez parce que
40		Communication avec cancérologue	et d'autre part d'appeler le cancérologue pour l'hospitaliser pour faire la fibro bronchique etc. donc voila
40		Communication avec médecin généraliste et chef de service	j'ai mis j'ai fait le compte rendu et le courrier au médecin traitant en précisant bien en dessous que la VS élevée pouvait être liée soit à un syndrome inflammatoire soit à l'insuffisance rénale chronique que le patient avait et que ça servait à rien surtout que la CRP était normale et euh j'ai essayé de persuader le chef de service de l'hôpital de du service plutôt ou je suis de d'arrêter de faire des VS dans le bilan standard : malheureusement il continu Rires David : malgré ce que je lui ai balancé sur l'article et voilà ça c'était la première trace,
41	Complexité de refuser une prescription de complaisance	ordonnance pour un médicament	je te rassure y a pas qu'avec toi c'est sur l'exemple du dexeryl par exemple c'est comme y savent ceux qui savent que c'est remboursé c'est-à-dire ceux ils vont tous te le demander
41		Ordonnance pour un médicament	oui oui des fois on a l'impression d'être un peu un vendeur de dexeryl quoi
41		Ordonnance pour un médicament	non un donneur
41		Ordonnance pour un médicament	oui un donneur de dexeryl
41		Prescription car remplaçant	ça m'est arrivé de prescrire de l'éther par exemple à quelqu'un qui était manucure, il lui fallait de l'éther pour les manucures au début je lui ai dit non, au bout d'un moment j'ai j'ai cédé parce que la dame comprenait vraiment pas quoi et j'ai eu beau lui expliquer elle comprenait pas
41		Prescription de complaisance dans la médecine de famille	et que du coup c'est pas des arguments scientifiques à balancer genre selon les recommandations j'n'ai pas le droit de vous faire l'ordonnance pour votre mère c'est compliqué du coup de se justifier de ce refus (acquiescements des internes) et d'ailleurs la plupart du temps on cède au moins en partie et par contre moi j'suis fâchée quand ça me dérange beaucoup beaucoup ouais
41		Prescription de complaisance dans la médecine de famille	et puis on trouve des parades, y sont venus en disant j'ai besoin, c'était la semaine dernière un monsieur qui est venu en fin de consultation voilà et puis il vient par ce que son fils part le lendemain en classe de chez pas quoi et qu'il fallait donner l'autorisation à l'infirmière de l'école de donner du

			doliprane. J'ai jamais vu l'enfant moi lui ça faisait 10 ans qu'il était pas venu au cabinet j'ai dit mais j'ai ni le nom ni la date de naissance ni le poids, moi j'ai prescrit rien du tout si j'ai pas l'enfant devant les yeux un minimum de quelque chose quoi pas donner l'autorisation à quelqu'un de donner un médicament sans avoir ne serais ce que le poids de l'enfant , un carnet de santé un carnet de santé si la
42	Exemple de situation complexe		en fait c'est pour essayer de rebondir sur l'histoire enfin c'était pareil une visite à domicile mais là ça a été une hospitalisation que j'ai trouvé ratée peut être maintenant avec la réflexion que j'ai pas trouvé ratée.
42			et puis en fait y a y a parce que je en fait j'ai pas détaillé l'histoire mais moi quand je l'ai vu elle refusait comme elle était démente et agressive elle refusait de se faire examiner et en fait euh j'ai appris après qu'en fait elle avait une anémie à 5 grammes et qu'elle avait un fécalome enfin tout ça. Ils l'ont découvert en gériatrie aigue et donc c'était aussi j' avais dans la mesure où je n'avais pas pu l'examiner j'avais mal évalué probablement l'urgence de la situation
42			un problème que j'ai rencontré essentiellement et c'était une dame qui vient avec le scanner de son mari qu'elle a juste récupéré et elle voudrait avoir notre avis parce qu'elle comprend pas bien la conclusion. Il me donne le scanner en me disant ben va le voir euh le scanner avait été fait pour une douleur thoracique atypique on n'arrivait pas bien à savoir ce qui s'est passé. Je regarde gentiment le scanner dans mon coin sans que personne me regarde et puis je trouve une masse et plein d'adénopathies dans les loges ou faut pas qu'il y en ait. Et là je fais j'ai dû faire une drôle de tête parce que la lui me regarde et me fait ben quoi et ben ben quoi euh avec une patiente
42		Exemple d'intervention avec la SMUR situation difficile émotionnellement pour le médecin	Moi j'ai une trace, donc je suis en train d'écrire sur sur une intervention qu'on avait faite avec le SMUR euh chez un patient pour lequel on parlait sur un arrêt cardio respiratoire qui s'est avéré être en fait un homme qui était décédé depuis 3 jours, Soupirs de la salle, froncement sourcils S et H A : et c'était je crois la première fois

			<p>que je voyais quelqu'un réellement mort euh avec une ordonnance vraiment bizarre, un chien qui pleurait enfermé dans la cuisine, la fille qui pleurait sur la terrasse euh les pompiers qui étaient tout silencieux dans la salle enfin c'était émotionnellement difficile puis du sang partout parce il avait en fait il est mort d'une hémorragie digestive, euh et puis donc il avait un gros méléna, y en avait plein dans la cuvette des toilettes, y en avait plein partout partout par terre et après on a supposé qu'il a voulu aller dans sa baignoire pour se nettoyer et il a du faire un malaise dans sa baignoire et y mourir. On l'a retrouvé dans sa baignoire, donc c'était vraiment l'ambiance qui était bizarre</p> <p>Dr A : situation difficile. Tu as réussi à rédiger quelque chose la dessus</p> <p>A : ben oui, mais je vais plus rester sur en fait, on a mis un obstacle à la levée du corps donc je vais plus rester là-dessus, sur ce côté ambiance glauque</p>
42		Exemple de situation complexe aux urgences	<p>la deuxième c'est sur une mono arthrite aiguë fébrile qui au final s'est avérée être une crise de goutte même si bon je l'avais laissé sous antibiotiques au début et puis bon j'ai surtout insisté sur bon ben comment effectuer la ponction en gros ben j'ai mis plein de belles photos sur le topo qu'en plus j'avais fait pour le staff à ce sujet-là et j'ai relié les deux et puis point final</p>
42		Exemple de situation complexe aux urgences en période d'épidémie	<p>j'pensais aussi au problème euh des tests cet hiver quand on a eu pas mal de grippe</p>
42		Exemple situation complexe en saspas	<p>y a j'ai découvert un pneumothorax complet en cabinet j'étais très contente qu' il le tolère très bien (RIRES) qu'il est le temps d'aller aux urgences par exemple le problème que j'avais eu c'était en gros il tolérait super bien c'était un complet gauche mais il tolérait vraiment bien il est venu pour une petite douleur dans le dos et en gros on se disait bon ben SAMU en même temps mais il tolère vraiment bien est ce qu'ils vont se déplacer ou ambulance mais ambulance elle est là que dans 3 heures enfin j'étais le cabinet était à gare de l'Est on l'a envoyé à saint louis c'était à côté. Il est arrivé bien aux urgences et en effet il a été hospitalisé, il a été évacué, en réa quelques jours et puis en pneumo et puis sortie.</p>

42		Exemple situation complexe en saspas	J'ai eu ça entre autre qu'est-ce que j'ai eu là dernièrement j'ai découvert un cancer mais j'ai pas encore fait de trace dessus. C'est un patient qui vient pour une dysphagie aux solides et en lisant le dossier antécédent de cancer ORL euh radio, chimio, chir et je sais plus quel traitement autre et donc je suis contente je lui dis de prendre rendez-vous avec un gastro, faite aussi un scanner et il a été pris en charge super rapidement parce que je l'ai vu le 25 mai et il est venu la semaine dernière pour m'apporter le compte rendu et il a eu sa fibro on lui a posé une prothèse oesophagienne œsophagienne et le 12 il commence sa chimio
43	Organisation d'une hospitalisation = complexité		C'est une dame démente à domicile euh j'ai essayé d'organiser une hospitalisation de répit en gros que je l'a voit le mercredi et j'ai réussi à avoir une date le lundi suivant à Bretonneau tout ça enfin elle habite dans le 19 ^e arrondissement et que le lundi elle est normalement hospitalisée le lundi matin
44	Echec de l'organisation d'une hospitalisation		Le lundi après- midi la gériatre m'appelle : on n'a pas reçu Mme X j' apprends qu'en fait elle est arrivée à l'hôpital Bretonneau qu'à l'accueil on lui a dit ah bah non elle est pas attendue qu' elle se retrouve aux urgences de Bichat. J' avais fait l'organisation je ne pensais pas vraiment la retrouver aux urgences de Bichat euh et que après j'apprends 2 jours plus tard : bon c'est pas grave.
44			voilà, j'apprends par le fils de la patiente deux jours plus tard qui me téléphone que finalement elle a pas été hospitalisée à Bretonneau qu'elle se retrouve à Charles RICHER dans le 95 sachant que cette dame avait 100 ans et que son mari à 85 ans et il allait la voir à Charles Richet c'était un peu compliquée
45	Intérêt de l'hospitalisation		Euh et en fait alors rétrospectivement, c'est peut-être pas oui je vais expliquer pourquoi c'est peut être ça pas été plus mal c'est qu'en fait l'hospitalisation de répit ça aurait été 15 jours et ça aurait été 15 jours. Alors que la en fait elle a été hospitalisée finalement en unité de gériatrie aigue et que la après elle se retrouve en SSR et peut être qu'on a mieux posé les bases
46	Gestion des questions		et que parce que le fils a commencé à

	de la famille		me poser des questions sur le placement et tout et tout et que voilà peut-être que finalement elle est rentrée dans une filière de gériatrie.
46			et elle voudrait avoir notre avis parce qu'elle comprend pas bien la conclusion.
47	Situations vécues comme un échec	déception	oui mais bon voilà enfin euh j'étais un peu c'était un peu
47		déception	c'était un peu décevant parce que finalement tout ce que j'avais essayé de faire euh
47		déception	c'est toujours décevant quand on passe beaucoup de temps à essayer d'organiser un truc et que ça tombe à l'eau pour une
47	Situations vécues comme un échec	Echec explication et éducation	et même si j'ai le souvenir la d'un patient que j'ai vu arriver qui a un diabète de type 2 qui pour lui n'était pas malade parce qu'il mangeait plus de sucre il prenait ses médicaments donc pour lui il y avait aucune utilité d'avoir un suivi de faire des prises de sang tout ça et euh j'ai essayé de lui expliquer le bienfondé de la chose que pour lui ça serait mieux quand même et en fait le résultat a été complètement à l'inverse de ce que je voulais parce que finalement le patient ben il a appelé pour avoir une ordonnance et il est pas venu au cabinet
47			Le lundi après-midi la gériatre m'appelle : on n'a pas reçu Mme X j' apprend qu'en fait elle est arrivée à l'hôpital Bretonneau qu'à l'accueil on lui a dit ah bah non elle est pas attendue qu' elle se retrouve aux urgences de Bichat. J' avais fait l'organisation je ne pensais pas vraiment la retrouver aux urgences de Bichat euh et que après j'apprends 2 jours plus tard : bon c'est pas grave.
47		Sentiment d'échec si ne répond pas à toutes les demandes	je sais pas pour moi c'était pas possible de laisser repartir avec une plainte à laquelle j'aurai pas pu répondre et le côté d'échec en fait j'avais l'impression d'échouer dans un truc le fait de pas arriver en 15 minutes à répondre à cinq motifs de consultation c'était pas normal alors que en fait c'est juste pas possible
47			et du coup en voulant bien faire j'ai eu l'impression de mal faire
48	Compétence relation avec les professionnels de santé		alors il y avait donc la compétence relation avec les soignants

49	Difficulté à nommer la compétence en jeu	Compétence relation avec professionnel de santé	professionnel de santé je sais plus
49		Compétence gestion d'une urgence	ou je sais plus comment ça s'appelle exactement potentielle
49		Compétence annonce d'une maladie grave	y a un truc
49		Compétence communication	oui truc de communication
50	Compétence gestion d'une urgence		donc c'était euh la compétence urgence potentielle
50			euh enfin situation complexe enfin j'ai des traces sur l'urgence
51a	Compétence se préparer à l'exercice professionnel		il y a se préparer à l'exercice futur aussi
51b	Définition compétence se préparer à l'exercice professionnel		parce que avoir à hospitaliser les gens
52	Analyse réflexive de sa pratique		une hospitalisation que j'ai trouvé ratée peut être maintenant avec la réflexion que j'ai pas trouvée ratée.
52	Analyse réflexive de sa pratique		Euh et en fait alors rétrospectivement, c'est peut-être pas oui je vais expliquer pourquoi c'est peut-être ça pas été plus mal
52			Je suis pas sûr qu'on est fait enfin avec le recul je suis pas sûr qu'on ait dit les bons mots on est toujours un peu maladroit je trouve dans ces circonstances-là.
52			que je trouvais qu'on recevait pas bien enfin qu'on était pas bon aux urgences et en fait je me suis rendu compte donc j'ai commencé à en recevoir après je me suis dit après voilà j'ai un peu lu des trucs la dessus et je me suis posée la question comment comment en médecine générale comment on pouvait avoir une action la dessus enfin au moins la dépister ou je sais pas et en fait je me suis rendu compte que c'était assez difficile
52			et je me suis dit je suis complètement décalé je suis à côté de la plaque je pense qu'il faut être humble
52			que je me suis rendu compte je pensais pas à vraiment dépister
52		SAS PÂS = réflexion sur sa pratique	et j pense que le SASPAS il est aussi pour faire ça, pour nous faire réfléchir à c'qu'on a fait dans la journée quoi
52		Premiers recours = réflexion sur sa pratique	je me suis au début c'était déjà ben je comprenais pas pourquoi elle réagissait comme ça alors après j'essayai de réfléchir sur ce que j'avais pu lui dire qui avait pu la déstabiliser à

			ce point-là
52		Possibilité d'évolution	j'pense que à mon avis je pense que j'peux encore progresser parce que j'ai encore beaucoup de choses à apprendre à mon avis
53	Manque de connaissance sur le patient = complexité		alors c'était il y a eu deux problèmes moi je connaissais pas bien la
54	Relation avec entourage patient = complexité	Avis demandé par la femme du patient : secret professionnel	et c'était pas le patient c'était sa femme donc déjà quoi dire à la femme
54		Annonce du diagnostic à l'entourage	et de l'annoncer enfin comment faire venir le patient, sans inquiéter la femme
54		Difficultés à gérer la famille	moi finalement je crois plutôt des situations plus mal à l'aise c'était surtout les le rapport aux familles (acquiescement A) en fait par rapport à des familles revendicatives ou euh quand on a euh
54		Pas de règle pour le relationnel participation affective	pour le relationnel y a pas vraiment de règles et des fois on est un petit peu euh ben voilà c'est c'est comme on le sent et en même temps c'est très intéressant parce qu' y a une approche psychologique et puis en même temps c'est difficile parce qu'il y a une participation affective et des fois ben on ressent que
54			la fille qui pleurait sur la terrasse
54		Relationnel = pas de barrière scientifique	eux aussi se remettent en question et puis ben du coup je pense, y a aussi une part de voilà ça atteint peut-être plus parce qu'on a plus de barrières scientifiques entre guillemets
54			le relationnel euh oui je sais pas comment on peut
54		Exemple de relation complexe avec l'entourage du patient	moi j'en ai fait une sur assez rapide sur une annonce d'un décès pendant une garde avec une famille très investie émotionnellement qui était arrivée en masse pendant la nuit et la difficulté de gérer beaucoup d'intervenants on savait plus qui était qui et puis pas de lieu pour les recevoir des choses comme ça, euh, ça ça été un souci, après d'autres situations pour lesquelles j'ai pas eu de traces mais par rapport aussi à dès fois à l'agressivité des familles euh
55	Evolution de la pratique par la supervision	Acquisition avec l'exemple et l'observation	aussi en regardant comment font les autres
55		Résolution situation complexes avec maitre de stage	parce qu'on avait déjà fait le point avec mon maitre de stage avant

55		Expérience du maitre de stage	Alors ça c'était généralement avec mon maitre de stage de Cergy il me laissait faire exprès et puis il me disait est ce que tu as regardé l'heure
55		Expérience du maitre de stage	Au final, ben au début moi j'étais complètement heureusement j'étais pas toute seule parce que voilà et que voilà et que il a l'habitude il sait gérer ce genre de chose
55		Habitudes du maitre de stage	donc au final et pourtant parfois mon maitre de stage il leur trouve enfin pas trouve des solutions mais il sait comment leur parler de leur vie et pas leur donner des solutions mais les amener à trouver des solutions eux-mêmes et ça j'y arrive pas du tout
55	Evolution de la pratique par la supervision	Acquisition avec l'exemple et l'observation	et en fait en observant comment ils font je trouve que j'ai changé sur le fait que d'accord bon dans les premières minutes ils disent non puis d'y revenir petit à petit après avoir fait autre chose on va les examiner et puis on le on le réaborde
55	Evolution de la pratique par la supervision		parce que moi je leur disais que ouais y avait pas besoin de traitement en plus et après je euh y a eu des remarques faites des patients auprès de mon maitre de stage du coup j'ai dû un peu changer aussi ma manière de faire
55		Limite de la supervision	Et ben du coup comme nous on est dans la position ou au début on observe ou ne peut pas s'approprier la patientèle du coup on reproduit un peu ce qu'on nous apprend
55		Traces et SAS PAS dépendent du maitre de stage	mais ça dépend aussi du terrain de stage et ça dépend aussi du maitre de stage parce que selon la qualité du débriefing ça ouvre vers des traces ou pas et j'ai notamment un terrain de stage où effectivement je pourrais en écrire 5 par jour avec un débriefing de qualité où y a des questions pertinentes sur ce que j'ai fait et un autre terrain de stage où finalement à la fin de la journée y a pas grand-chose parce que y a rien eu en retour quoi
55		Intérêt du débriefing en SAS PAS	et que nous on s'en rend pas forcément compte au moment X de la situation et même le soir en y repensant de savoir est ce que c'est c'que j'ai fait qui fallait ou pas mais c'est justement d'avoir un avis extérieur à la consult
55		Intérêt supervision	et donc mais après en en reparlant avec le prat des fois il donne des petites clés en plus des situations qui

			auraient pu se débloquent un peu plus facilement et ça c'est pas mal
55		Le Mds connaît le patient	oui voilà lui je connais pas bien machin voilà donc ça pour ça on apprend beaucoup
55		Discussion avec Mds	et en fait je me suis entretenu avec mon prat qui m'a dit écoute si il tolère si bien essaie taxi
55		Appel téléphonique du maître de stage	Dr A : pour revenir à ce que tu évoquais le patient finalement le patient avec son pneumothorax on était dans le premier recours typiquement et finalement c'est toi qui a gérer le transport enfin le non transport euh enfin le transport non médicalisé si je puis dire est ce que ça c'est quelque chose que tu aurais su gérer en niveau un Jennifer : c'était en niveau un justement Dr A : c'était en niveau un Jennifer : c'était en niveau un et c'était la question que je me posais sur le transport et j'ai appelé mon prat qui m'a dit Dr A : il était pas sur place ? Jennifer : non il était en visite et euh enfin juste à côté dans le quartier et de là j'ai fait ça avec lui en accord avec lui par téléphone
55		Intérêt du SASPAS Dépend du débriefing	euh mais c'est vrai que ça dépend beaucoup de la qualité du débriefing en fin de journée, de la disponibilité du maître de stage
55		Intérêt du SASPAS dépend du débriefing	oui ça c'est évident, j'ai un prat avec qui j'ai une supervision en effet où on retire les points importants on va faire des recherches et on en reparle la semaine d'après
55		Intérêt du SASPAS dépend du débriefing	et l'autre avec lequel j'ai aucune supervision donc c'est vrai que si ça s'trouve y a des choses que j'suis passée à travers et on est pas là pour m'le dire j'me suis pas rendu compte c'est vrai qu'ça c'est important j'pense
56	Complexité de l'annonce d'une maladie grave	Maladresse dans l'annonce d'une maladie grave	Je suis pas sûr qu'on est fait enfin avec le recul je suis pas sûr qu'on ait dit les bons mots on est toujours un peu maladroit je trouve dans ces circonstances-là.
56		Difficulté à énoncer le diagnostic	Parce que clairement ça ressemblait à un cancer et clairement euh on n'avait pas envie de le dire et qu'en même temps fallait que ça sorte à moment donné quoi et euh voilà.
57	Complexité de la gestion du temps dans un diagnostic de maladie grave		mais que ça mette pas dix ans
57			Donc on a essayé de voir toutes les deux on a réussi à arranger le rendez-vous au

			lendemain où elle devait l'accompagner donc ça se passe bien mais ça m'a pris vachement de temps entre deux consultations machin.
57			y a un moment ça m'a pris du temps c'était bien mais c'est vrai que le premier coup de fil de l'assistante sociale complètement alarmée
58	Compétence annonce d'une maladie grave		annonce d'une maladie grave
59	Définition compétence premier recours	a. Situations qui se présentent fréquemment en médecine générale	alors pour moi premier recours ça veut dire c'est les choses qu'on voit fréq. enfin les situations qui se présentent fréquemment en médecine générale
59		a. Situations qui se présentent fréquemment en médecine générale	et euh donc c'est vrai que quand on voit que 11% des femmes sont victimes de violences on se dit que sur une consult où on voit en général au moins 10 femmes dans une consult c'est pas rare y en a au moins une qui est victime d'une des quatre formes de violence conjugale ou autre parce qu'après y a des chiffres sur les mineurs etc. et donc c'est quand même un problème de santé publique de très haute prévalence
59		a. Situations qui se présentent fréquemment en médecine générale	enfin pas tout mais très souvent
59		b. Premier recours = carré de White	moi je pense à l'histoire des carrés là où on voit la les carrés de white 200 millions de patients dont un qui finit au CHU voilà
59		c. Patient qui consulte pour un motif non vu auparavant	la moitié c'est du suivi de gens qu'on c'est du suivi de choses qui sont déjà prises en comptes et déjà traitées en partie ou en cours d'exploration tout ça
59		c. Patient qui consulte pour un motif non vu auparavant	et la moitié c'est des gens qui viennent pour un motif et qui viennent voir un médecin
59		c. Patient qui consulte pour un motif non vu auparavant	Oui c'est ça les gens qui viennent pour un truc en premier recours les gens y viennent pour un parce que c'est un premier recours ils viennent voir le grand Dr A
59		c. Patient qui consulte pour un motif non vu auparavant	premier recours ça peut être, enfin pour moi en tant que médecin moi j'me dis que premier recours c'est quand on a un symptôme on va voir son médecin pas forcément aller à l'hôpital
59		d. Premier recours = premier rempart local	en fait oui enfin le premier rempart local

59		d. Premier recours = premier recours face à un professionnel de santé	compétence premier recours c'que j'en ai compris ben c'est le premier recours d'un patient face à un professionnel de santé
59		d. Premier recours = première personne médicale à être consultée	soit alors c'est le premier là ce que disais Jérôme par rapport au premier motif en fait on est la première personne qu'il voit pour un motif particulier
59		d. Premier recours = premier rempart = premier contact	le premier rempart c'est le premier contact
		d. Premier recours = premier rempart = premier contact	Euh est ce que un rempart
59		d. Premier recours = généraliste = première personne à qui on s'adresse	c'est la première personne à qui on s'adresse
59		d. premier recours=première ligne	oui c'est ça en première ligne
59		d. Premier recours=premier rempart	mais j'pense que parfois quand on est les premiers vraiment on s'prend le boulet de canon et après il faut arriver à l'attraper à le poser et à c'est pas facile tous les jours
59		e. Premier recours = premier contact	c'est le premier contact après enfin quelle pathologie que ce soit
59		e. Premier recours = premier contact médical	le premier contact médical
59		e. Premier recours = premier interlocuteur	un premier interlocuteur quoi !
59		f. Premier recours = cheminement orientation dans le parcours de soins	euh le premier recours c'est le cheminement enfin ça dépend si la personne n'aura besoin que de soins en ville et aussi comment elle elle entend avoir son suivi par ce qu'il y a des gens qui voudrons aller à l'hôpital et yen a d'autre qui ne voudrons pas
59		f. Premier recours = entrée dans la filière de soins	et après c'est un peu l'entrée dans la filière de soins c'est pour ça c'est le premier recours
59		f. Premier recours = entrée dans la filière de soins	que chaque consultation représente l'ouverture de quelque chose donc
59		f. Premier recours = entrée dans la filière de soins	ben voilà on vient pour une courbature on découvre un pneumothorax, ou on vient parce qu'on a mal à la tête on découvre qu'on a de l'hypertension, on vient...

59		g. Premier recours = orientation ou non vers l'hôpital	est ce que c'est une personne qui a besoin d'être aiguillé vers l'hôpital ou pas mais euh donc après c'est à nous d'essayer d'aider la personne quand
59		H. Premier recours = parfois les urgences	euh oui moi aussi je vois aussi le premier soit y a les urgences
59		h. Premier recours = parfois les urgences	Ben pour tout le monde ce n'est pas pareil après avoir fait le stage aux urgences y a des gens pour qui les urgences médicales c'est le premier l'entrée pour même des problèmes quel qu'ils soient
59		h. Premier recours = parfois les urgences	donc soit aux urgences pour ceux qui sont aux urgences
59		h. Premier recours = parfois les urgences	en même temps quand on est aux urgences on a aussi l'impression d'être du premier recours
59		h. Premier recours = parfois les urgences	et d'avoir tout et n'importe quoi, y a des patients qui arrivent au cabinet avec une vraie urgence on se dit pourquoi ils sont pas aller aux urgences et quand on est aux urgences pourquoi ils ont pas été voir leur médecin y a un peu des deux quoi (acquiescements et sourires des internes)
59		i. Premier recours = faire de la prévention	et surtout d'aller au-devant de leur question c'est-la prévention
59		i. Premier recours = faire de la prévention	euh ça peut être pour le dépistage, pour la prévention pour euh ouais
59j		j. Définition du premier recours = geste technique	les gestes des gestes techniques j'ai fait une trace sur l'épistaxis le tamponnement
59		j.	E : c'est ça que je mets dans la même, les gestes aussi Dr A : dans la compétence premier recours tu mettais aussi ? E : le geste aussi usuel aux urgences en fait euh pose d'une sonde urinaire euh je sais pas
59		k premier recours = personne qu'on va voir en première intention	en fait la personne qu'on va voir en première intention
59		l premier recours = médecin généraliste	parce que j'ai l'impression qu'on est le premier recours
59		l premier recours = médecin généraliste	on est le premier recours à tout quoi
59		L premier recours = médecin généraliste	oui quand on se dit voilà n'importe quel symptôme on vient nous consulter,

			nous,
59		m. premier recours=dépistage de situations à risques	alors qui suffit de demander si le conjoint est gentil et déjà ça ouvre une porte elles vont pas tout livrer d'un coup ça s'est évident mais déjà ça ouvre une porte et elles savent que c'est un endroit où elles peuvent parler de ça donc ça me paraît être intéressant pour la compétence premier recours
60	Comportement du médecin en premier recours = être rassurant	Premier recours = être rassurant	pour moi c'est le cœur de l'activité en premier recours c'est être capable de de d'être rassurant
60		Premier recours = être simple et rassurant	euh d'être simple et rassurant sur les questions des gens
60		Premier recours = être rassurant	déjà je pense quand on sait faire ça c'est rassurer
60		Premier recours = être rassurant	j'exagère mais on les rassure pour ce qui ont et on anticipe de manière assez carré qu'on ait des repères des guides et que tout le monde fasse un peu la même chose parce que je pense que c'est un peu le point de départ de la médecine générale
60		Premier recours = relationnel	c'est que la dedans c'est tellement du relationnel c'est tellement des choses fines qu'on sent qu'il y a une différence entre les médecins qui est énorme et qui conduit à des différences de prise en charge terrible
60		Attitude rassurante	mais d'accord j pense que déjà si t'as une attitude très rassurante enfin si t'est carré dans ton exercice que tu sais où tu vas si toi t'est en confiance l'autre, le patient y sera en confiance
60		Rôle de réassurance du médecin	faut rassurer le patient et
60		Rôle de réassurance du médecin	il faut rassurer les gens
60		Rôle de réassurance du médecin	Je le vois le soir bon ben il avait mal au dos effectivement il avait porté un carton bon ben il allait pas se suicider dans la seconde mais quand même un contact très particulier euh en fait il disait qu'il rêvait qu'il se suicidait, il se voyait vraiment le faire donc ça l'angoissait énormément de le faire pour de vrai mais bon il était jamais aller ouvrir sa fenêtre ou quoi que ce soit donc je l'ai tranquilisé

61	Complexité du premier recours en cabinet ou aux urgences		que je trouvais qu'on recevait pas bien enfin qu'on était pas bon aux urgences et en fait je me suis rendu compte donc j'ai commencé à en recevoir après je me suis dit après voilà j'ai un peu lu des trucs la dessus et je me suis posée la question comment comment en médecine générale comment on pouvait avoir une action la dessus enfin au moins la dépister ou je sais pas et en fait je me suis rendu compte que c'était assez difficile
62	Difficulté à gérer l'entourage en premiers recours	Gestion des enfants difficile	parce que ben peut-être c'est moi qui est ciblée je me disais c'était les femmes globalement jeunes et en couple et en fait elles viennent très souvent elles viennent avec leurs enfants ou enfin et j'ai pas réussi à aborder ça
63	Premier recours = la moitié de l'activité en médecine de ville		c'est la notion générale. C'est peut-être la moitié de notre activité premier recours en fait en médecine de ville
63		La moitié des patients sont suivis et déjà traité ce n'est pas du premier recours	la moitié c'est du suivi de gens qu'on c'est du suivi de choses qui sont déjà prises en comptes et déjà traitées en partie ou en cours d'exploration tout ça
63		La moitié des patients qui consulte pour un motif non vu auparavant	et la moitié c'est des gens qui viennent pour un motif et qui viennent voir un médecin
64	Choix de la personne de premier recours	a. premier recours car relation ancienne	Ben parce que soit c'est le médecin qu'il connaît depuis euh quand c'est des vieux médecins par ce que moi c'est des vieux médecins ils se connaissent depuis très longtemps du coup
64		b. Interne ou maitre de stage	donc si je leur conviens pas ils auront toujours le choix de revenir voir mon maitre de stage
64		c. Premier recours car personne de confiance	c'est un peu la personne en qui ils ont va avoir confiance pour un souci particulier euh
64		c. Premier recours car personne de confiance	ben dans la relation que j'ai pu observer oui y a beaucoup ils leur font vraiment confiance quoi
64		c. Premier recours si confiance dans le médecin	ben oui parce que si nous on n'a pas confiance il pourra jamais avoir confiance en nous quoi si on montre qu'on doute en face il va se dire est que ce qu'il dit il y croit vraiment est ce que je peux vraiment croire avec lui quoi en fait
64		c. Premier recours car personne de confiance	des fois c'est même lourd à porter ils ont une confiance aveugle dans leur médecin traitant

64		c. Premier recours car personne de confiance	peut être pas nous parce qu'on les connaît pas depuis très longtemps mais quand ils viennent nous voir de temps en temps parce que leur médecin est pas là quand on les entend parler c'est dieu sur terre quoi
64		d. Bon contact avec son médecin	moi j'ai un copain qui me dit il va voir son médecin parce qu'il l'aime bien mais il sait très bien qu'il va lui dire oui ben quand il va le voir c'est qu'il a mal à l'épaule il lui dit oui bon d'accord il va falloir couper il se moque de lui à chaque fois donc c'est bon voilà
64		e. Habitude d'aller voir le médecin	après c'est aussi peut-être on est habitué à des fois pour un souci donné d'aller voir le médecin en fait dans notre manière de voir notre santé
64		f. Choix en fonction de l'éducation	ou je ne sais pas la manière dont on a été éduqués par nos parents ou euh parce qu'après tout le monde va pas voir le même médecin pour la même raison quoi
64		G parfois les urgences	donc soit aux urgences pour ceux qui sont aux urgences ou le médecin généraliste qui voit son patient qu'il suit dans son cabinet
64		h. Médecin généraliste non disponible	qui consulte d'emblée parce que lundi de pâques donc pas de médecin généraliste disponible
64		I quelqu'un de carré	j'suis pas sûr, quand si t'es inquiet en tout cas pour ta santé j'pense que t'as plutôt tendance même si dans la vie si t'est plutôt libéral ou je sais pas tu vas plutôt voir quelqu'un qui te semble un peu plus carré que quelqu'un
64		j. proximité	moi j'avais eu un autre souci c'était dans mon stage de niveau un pas en SASPAS où j'ai reçu une patiente qui n'était pas suivie en cabinet qui venait là parce qu'elle habitait à côté et qu'elle avait son médecin traitant à côté de son travail
65	Premier recours dépend du contexte social		ben oui enfin je sais pas ce que y a des gens qui vont venir pour des, entre guillemets des choses moins graves que d'autres ou des gens qui se soignent par eux-mêmes d'abord et après qui viennent voir le médecin ça dépend comment les dans quel contexte y sont au niveau social quoi
66	Premier recours dépend du contexte familial		ben familial c'est comme ça que je l'ai ressenti un peu quoi mais
67	a. Exemple d'une situation de premier recours aux urgences	Femmes battues reçues aux urgences	et paradoxalement les la trace que j'ai faite pour l'instant sur ce truc c'était à propos de de toutes les femmes battues qu'on recevait aux urgences

67	a	Douleurs abdominales	oui, une douleur abdominale chez une femme de 50 ans
67	a	Douleurs abdominales	pour des douleurs qui enfin depuis 3 jours étaient présentes douleurs flanc gauche chez une patiente qui avait déjà eu une diverticulose euh douleur intense à la palpation pas de fièvre pas de syndrome inflammatoire, scanner montrant une diverticulite donc voilà donc premier recours décision d'antibiothérapie et qui va me servir d'ailleurs de deuxième enfin de troisième trace a priori d'apprentissage
67	b. Exemple d'une situation de premiers recours au cabinet		ben par exemple là au cabinet ou j'suis y a je pense qui se passe le mot mais y viennent tous me voir pour me demander un pot un tube de dexeryl Rires Lio : mais non en fait voilà ils ont tous leur tube de crème dexeryl et ils le veulent tous à la fin de leur consult je pense qui se passe le mot parce que c'est remboursé que c'est c'est assez efficace après c'est souvent des communautés du même la y a eu pas mal de population immigrée et souvent c'est un peu la même communauté (acquiescement de Nadia)
67	b.	Exemple de demande non médicale en premier recours	euh j'ai un exemple ben c'était une petite mamie une personne âgée une grand -mère qui venait parce qu'elle était inquiète parce ce que son fils et sa belle-fille était en instance de divorce, son fils avait un problème d'alcool et que du coup la fille avait un peu monté un dossier , en vrai on savait pas vraiment les aboutissants les vrais choses parce qu' après on a vu la mère en fait ça a été un peu
67	b.	Suite exemple de demande non médicale en premier recours	et qui nous disait c'est horrible parce que moi que je ne peux plus voir mes petites filles du coup et
67	b.Exemple d'une situation de premiers recours au cabinet		j'ai fait une trace j'ai pas encore envoyé mais j'ai terminé sur les violences faites aux femmes pour la compétence de médecine premier recours
67	b.Exemple d'une situation de premiers recours au cabinet		alors qui suffit de demander si le conjoint est gentil et déjà ça ouvre une porte elles vont pas tout livrer d'un coup ça s'est évident mais déjà ça ouvre une porte et elles savent que c'est un endroit où elles peuvent parler de ça donc ça me paraît être intéressant pour la compétence premier recours

67	b		<p>ben justement oui (RIRES) pas plus tard que la semaine dernière où je vois une mère de 48 ans tabagique qui vient parce qu'elle tousse depuis plus d'un mois ça passe pas sous macrolides et elle fait une radio thorax qui montre un petit épanchement pleural et un foyer à la base gauche je crois et euh elle tousse jaune etc. elle sait pas trop si elle a de la fièvre mais elle a perdu l'appétit elle très fatiguée</p>
67	B.		<p>oui mais pour lui c'était une petite douleur de rien du tout donc il venait consulter pour une crampe une courbature qui durait un peu enfin</p>
67	B Exemple d'une situation de premier recours au cabinet		<p>je sais pas si j'aurai eu du mal à gérer parce que je l'ai pas eu mais c'est j'étais c'était un jeudi j'étais au cabinet mon prat était pas là je reçois un coup de fil d'une assistante sociale complètement paniquée pour un des patients du cabinet que je connais pas du tout que j'ai jamais vu qui lui a écrit une lettre horrible où il dit qu'il va se jeter par la fenêtre. Elle pense qu'il va le faire. Alors moi, mon dieu, mais qu'est-ce que alors écoutez, je vais déjà essayer de l'appeler voir si il veut pas venir maintenant au cabinet ou que je passe le voir voir si il est pas déjà en train de sauter. Je l'appelle euh il me dit non non non je viendrai vous voir mais tout à l'heure pour l'instant c'est pas dans mon programme, un peu bizarre quand même non j'ai pas prévu de oui non je vais pas bien mais je vais pas sauter j'ai mal au dos je viens vous voir tout à l'heure. Vous êtes sur parce que bon je peux passer vous êtes pas loin. Non non j'ai ma machine à faire mon programme. Donc bref, je rappelle l'assistante sociale, je lui dis que je vais le voir pour la rassurer, elle était paniquée la pauvre je lui dit que je vais le voir le soir et qu'on va peut-être essayé de donner rendez-vous en cmp mais dans pas dans trois plombes. Donc on a essayé de voir toutes les deux on a réussi à arranger le rendez-vous au lendemain où elle devait l'accompagner donc ça se passe bien mais ça m'a pris vachement de temps entre deux consultations machin. Je le vois le soir bon ben il avait mal au dos effectivement il avait porté un carton bon ben il allait pas se suicider dans la seconde mais quand même un contact très particulier euh en fait il disait qu'il rêvait qu'il se suicidait, il se voyait vraiment le faire donc ça l'angoissait énormément de le faire pour de vrai mais bon il était jamais aller ouvrir sa fenêtre ou quoi que ce soit donc je l'ai tranquilisé il allait au cmp le lendemain avec l'assistante sociale donc voilà ça s'est un peu tassé comme ça. Bon j'ai appris après qu'il avait été hospitalisé en psy je pense pour je pense qu'il a décompensé un truc psychotique pas une dépression c'était</p>

			autre chose et moi ce qui m'a perturbé j'me suis dit si il saute je sais pas si il faut que j'y aille que j'empêche est ce que j'y vais-je toque à la porte jusqu'à temps qui m'ouvre parce que j'en sais rien donc c'était intéressant parce que ça c'est relativement bien passé Tiphaine : y a un moment ça m'a pris du temps c'était bien mais c'est vrai que le premier coup de fil de l'assistante sociale complètement alarmée il va sauter voila
68	Motif du premier recours	a. Ordonnance pour un médicament	je te rassure y a pas qu'avec toi c'est sur l'exemple du dexeryl par exemple c'est comme y savent ceux qui savent que c'est remboursé c'est-à-dire ceux ils vont tous te le demander
68		a. Ordonnance pour un médicament	oui oui des fois on a l'impression d'être un peu un vendeur de dexeryl quoi
68		a. Ordonnance pour un médicament	non un donneur
68		a. Ordonnance pour un médicament	oui un donneur de dexeryl
68		a. Traitement rhinopharyngite	ben c'est vrai parce qu'on parlait par rapport aux traitements dans les rhinopharyngites traitements symptomatiques euh
68		a. ordonnance d'un médicament	et en fait elle voulait juste une ordonnance elle était en début de grossesse et il lui fallait l'ordonnance pour aller faire la prise de sang pour la toxoplasmose
68		b. Pour toute inquiétude	mais là chez le généraliste c'est le pour toute inquiétude
68		b. Toutes les inquiétudes du patient	c'est vrai qu'en premier recours ils nous donnent toutes leurs inquiétudes enfin et ça va de de quelques petites choses
68		c. Des motifs inattendus	Dr A : des choses auxquelles tu t'attendais pas forcément ? S : pas du tout des choses auxquelles pas du tout médicales d'ailleurs
68		d. Demandes non médicales	
68		d. Exemple de motif psychosocial en premier recours	et que franchement par exemple celle qui dit ben voilà ça va pas avec mon copain et puis au travail je m'entends pas avec ma chef je me vois pas lui dire ben quittez votre copain quittez votre travail faites- vous une nouvelle vie
68		e. Premiers recours = souvent questions bénignes	c'est la plupart du temps des questions bénignes c'est-à-dire ils viennent pour un truc qui on sait déjà y passe la porte on sait que c'est rien
68		a. Médecin généraliste en premiers recours = distributeur d'ordonnance ?	et au final au début enfin au début j'étais elle me prend pour un distributeur d'ordonnance
68		f. Motif = arrêt de travail	et puis elle était fatiguée elle voulait aussi un arrêt de travail mais donc voilà

68		a. Motif = ordonnance	un patient qui est pas connu donc pas de dossier médical ils sont juste là à attendre leur ordonnance
69	Difficulté de négocier en premier recours		y a pas de négociation possible
69			oui oui des fois on a l'impression d'être un peu un vendeur de dexeryl quoi
69			Non un donneur Oui un donneur de dexeryl
69			c'est le supermarché
69		Discussion difficile	quand vous allez proposer autre chose des fois on peut discuter hein mais euh j'essaie toujours un peu de discuter là-dessus bon mais voilà après je
69			C'est pas facile de négocier avec les patients (acquiescement de plusieurs internes)
69			et en fait elle ça avait beau être une adolescente elle était très dure et très tenace et au final moi je disais non non non à tout
69		Négociation sur la liste de demandes	au final je lui ai quand même donné du dexeryl et du doliprane
69		Négociations partielles	Parce que j'ai craqué. Ouais mais au final c'était pas facile de tenir tête c'était un petit bout de femme quoi
69			alors ça veut pas dire que y a pas des fois je prescris des trucs que j'ai pas envie de leur prescrire parce que c'est difficile de négocier sur sur cette question
69 a		a.Plus difficile de négocier pour l'interne que pour le maître de stage	après sur moi je trouve toujours que quand j'dis non je nous vous mets pas d'antibiotiques quand c'est mon maitre de stage euh ils disent OK vous avez raison moi c'est jamais euh
69 a		a.Plus difficile de négocier pour l'interne que pour le maître de stage	Dr A : tu penses que le fait que vous soyez Margot : ah oui Dr A : un interlocuteur plus jeune que vous avez encore un statut d'étudiant c'est plus difficile ? Margot : ah oui alors que je me sens pas du tout ils ont l'habitude d'avoir des internes ça leur pose pas de problèmes ils prennent rendez-vous avec l'interne la secrétaire leur dit ce sera avec l'interne mais euh bon Dr A : un peu moins pris au sérieux Margot : c'est sur
69a		a.Plus difficile de négocier pour l'interne que pour le maître de stage	moi je trouve ça dépend aussi enfin ça j'ai eu plus l'impression quand je suis toute seule il me dit mais euh il me donne ça machin j'dis mais dans ces cas-là peut être qu'il vous le donne mais dans cette indication là aujourd

			'hui je n'ai pas l' indication
69a		a.Plus difficile de négocier pour l'interne que pour le maître de stage	donc je trouve que du coup le patient il critique enfin y a toujours la négociation ça on y échappe pas mais il est moins revendicatif ben voyez votre remplaçant votre interne il fait pas ça comme ça quoi du coup je trouve que c'est assez agréable
69		Céder = solution de facilité car problème du temps	je voulais juste accentuer le fait que c'est la solution de facilité en fait de leur céder
69		Sentiment d'échec si négociation a échouée	parfois après on s'en veut enfin moi personnellement je m'en veux (acquiescements de trois internes) quand je cède euh parce que j'ai un tempérament à être très directif euh le non c'est non quoi
69b		b.Plus difficile de négocier quand maître de stage a des habitudes différentes	pour revenir un peu c'est difficile de négocier quand le maître de stage , moi en l'occurrence le médecin qui travaille dans le même cabinet a pas du tout les mêmes habitudes, alors lui il a un peu l'arrêt de travail facile, les antibiotiques faciles mon maître de stage moins mais euh parfois il cède et donc quand on a un patient qui a l'habitude de voir un autre médecin et qui vient on dit ah ben non pas d'antibiotique ah mais si mais le docteur il me donne tout le temps parce que ça tombe dans les bronches donc j' vais être malade après j'en aurais besoin
69b		b	oui parce que c'est vrai que moi je me suis retrouvée avec les habitudes de mon médecin qui prescrivais plein de choses
69b	Difficulté de négocier en premier recours	b.Plus difficile de négocier quand le MDS a des habitudes différentes	sur les demandes vis-à-vis des patients ce que j'avais peut être du mal à faire en niveau un parce que c'est vrai que j'étais je consultait tout le temps avec dans le même cabinet avec le praticien bon il était c'est moi qui menait les consultations mais il était toujours là donc j'avais du mal à résister à certaines demandes de ses patients et des choses type mucomyst des choses comme ça
69b	Difficulté de négocier en premier recours	b.Plus difficile de négocier quand le MDS a des habitudes différentes	et parfois ce qui était un peu désagréable en niveau un par rapport au SASPAS c'est que le praticien pouvait contredire avec ses arguments aussi ça c'est que je préfère dans le SASPAS par rapport au niveau un
70	Exemple de négociation difficile en premier recours		moi par exemple j'ai une patiente qui est venu euh une une adolescente de quinze ans qui avait mal à la gorge

			<p>donc en même temps elle me dit je suis asthmatique j'ai plus de ventoline. Moi je lui mets la ventoline et elle me dit trois flacons s'il vous plait. Mais pourquoi ah bah parce que j'en ai besoin. Je fais oui mais bon je vous en mets deux comme ça mais pas trois. Et puis je voudrais un sirop pour la toux mais alors je lui dit mais quand vous toussiez c'est à cause de l'asthme c'est pas c'est pas un sirop pour la toux au contraire je vais pas vous donner un sirop pour la toux ah mais si et j'en veux deux boîtes c'est pour mon frère.</p>
70		Refus d'un avis rhumatologique	<p>et le problème c'est ben une fois j' me suis vraiment enfin la patiente elle est partie en claquant la porte bon c'était une hystérique euh d'un point de vue psychiatrique donc bon c'est pour ça que c'était tourné un peu version théâtrale et tout ben elle est partie en claquant la porte sans régler la consultation euh parce que j'ai j'ai refusé enfin clairement c'était pas indiqué donc je lui ai expliqué j'ai passé quarante minutes quand même à expliquer avant qu'elle parte en claquant la porte mais j'ai essayé de lui expliquer toutes les façons possibles et imaginables que cet avis rhumatologique était pas indiqué</p>
70		Habitude du maître de stage = négociation difficile	<p>ça m'est arrivé de prescrire de l'éther par exemple à quelqu'un qui était manucure, il lui fallait de l'éther pour les manucures au début je lui ai dit non, au bout d'un moment j'ai j'ai cédé parce que la dame comprenait vraiment pas quoi et j'ai eu beau lui expliquer elle comprenait pas</p>
71	Demandes multiples en premier recours	Liste de demandes	<p>d'accord et en fait au fur et à mesure de la consultation elle me faisait sa liste que sa mère a dû lui demander au début</p>
71		Liste de demandes	<p>c'est vrai qu'il y a des malades qui arrivent ils vous disent d'emblée euh bon alors docteur comme je ne viens pas vous voir souvent euh j'ai fait ma petite liste alors déjà ça commence mal en général</p>
71		Exemple de demandes multiples	<p>un un motif aigue un truc un peu sous-jacent et puis un truc chronique que du coup on peut échelonner plus simplement parfois ils ont cinq trucs un peu voilà un certificat et puis un petit rhume et puis quand même j'ai toujours un peu mon mal de dos et puis mon vaccin et c'est voila</p>
71		Médecine de famille = demandes multiples en	<p>et puis il me faudrait aussi ça pour ma fille et puis aussi le certificat de sport</p>

		premier recours	pour mon petit dernier parce demain il commence le machin et ben j' trouve ça insupportable pour le coup c'est vraiment le truc qui m'exaspère parce que parce que parce que c'est pas facile à gérer y comprennent pas pourquoi
71		Négociation complexe dans la médecine de famille	mais c'est vrai que je suis d'accord avec Cristina c'est toujours pff il faut puis si vous pouvez un peu rajouter du j'sais pas quoi pour j'sais pas qui
71			ça commence à être très agaçant qu'ils viennent avec leurs listes (acquiescements des internes)
71			oui et même quand ils ont déjà un dossier ils viennent avec leurs listes au moins là je rends un peu la monnaie
72	Négociation plus facile si pas de dépendance financière		alors moi je me sens un peu plus libre d'être en conflit avec les patients parce que euh parce que je dépends pas financièrement d'eux
72		Pas de patientèle à soi quand on est interne	ce n'est pas ma patientèle et voilà ils savent que je suis que je suis l'interne
72		Le patient a le choix entre interne et maître de stage	donc si je leur conviens pas ils auront toujours le choix de revenir voir mon maitre de stage donc je sais qu'en gros ça fera pas perdre de patients à mes maitres de stage et je pense
72		Plus de liberté si pas de dépendance financière	je me sens je me sens un peu plus libre parce que je sais que je suis pas dépendante financièrement d'eux
73a	Négociation en premier recours = temps	a.C'est plus long de négocier	c'est surtout plus long (acquiescement de la salle)) moi je me bat pas que sur les médicaments sur les arrêts de travail ou sur les antibiotiques il faut avoir envie de mettre une demi-heure pour expliquer pourquoi c'est pas d'antibiotiques pour un rhume et que on m'a dit bah dans ces cas-là j'ai pas besoin de venir vous voir si c'est pour du doliprane.
73a		a.	quoi il faut juste avoir envie de mettre un peu de temps et de la patience aussi je sais pas si sur une
73a		a.	j'ai passé quarante minutes quand même à expliquer
73a		a.Négociation = temps	du coup ça aussi ça a pris du temps dire non je vous le ferais pas et j'lai pas fait et du coup pour le coup c'était non c'était non
73b	Négociation en premier recours = explication	b.Négociation nécessite du temps pour expliquer au patient	Ben merci mais j'avais envie de lui dire qu'en effet je veux dire pour un rhume tant qu'il est pas surinfecté y a pas besoin d'antibiotiques et franchement je comprends que parfois ouah c'est faut avoir envie de mettre une demi-heure à expliquer que dans ces cas-là c'est pas forcément et que même pour

			elle pour la personne c'est pas la meilleure des solutions c'est pas un service à lui rendre que de lui donner des antibiotiques toute l'année
74	Acquisition de la capacité à négocier et à expliquer au patient au cours du stage de niveau 1		oui et puis je pense que le fait d'être têtue fait que ça aide aussi
74		Adaptation de son caractère	mais et puis au bout d'un moment c'est un travail d'éducation je pense aussi que dire que mais c'est vrai que sur dix-sept patients au bout d'un moment on se dit mais bon après c'est qu'on est très fier de nous quand la fois d'après ils quémangent pas le sirop le machin le truc on se dit j'ai gagné quelque chose je lui ai appris il a compris etc. mais c'est vrai que la première fois euh
74		Evolution de l'approche du patient au cours du stage de niveau 1	et tout parce que face à justement à une opposition de quelqu'un qui me dit non on propose un vaccin un dépistage que sais-je ils disent au début tout de suite non
74		Capacité à tenir tête	et je suis très très content en SASPAS d'être tout seul parce que je peux arriver à faire partir des gens qui ont des rhinite sans ordonnance et ça je trouve ça hyper bien euh c'est vraiment ça c'est un exemple mais vraiment arriver à tenir tête on n'est pas là non plus pour être en conflit avec des patients
74		Acquisition dire non	et dire non là je vous donnerai rien parce qu'y a rien à vous donner (sourires des autres internes) chose que je ne pouvais pas faire ou avec difficultés ou avec gêne en tout cas quand j'étais en niveau un euh avec le praticien à coté
74		Acquisition explication	oui oui oui il est satisfait je rentre pas en conflit avec lui pour le plaisir, c'est pas du tout ça, c'est vraiment voilà parce que là je suis tout seul derrière le bureau donc déjà il a pas l'appui la demande d'un autre et je lui explique vraiment bien pourquoi je pense que ça sert à rien
75	Acquisition de l'éducation du patient		mais et puis au bout d'un moment c'est un travail d'éducation je pense aussi que dire que mais c'est vrai que sur dix-sept patients au bout d'un moment on se dit mais bon après c'est qu'on est très fier de nous quand la fois d'après ils quémangent pas le sirop le machin le truc on se dit j'ai gagné quelque chose je lui ai appris il a

			compris etc. mais c'est vrai que la première fois euh
75			Eh ben moi ils négocient plus le sirop, ils savent. Au fait moi y a plus de sirop c'est fini.
75			et quand le patient y revient avec le carnet de vaccination c'est que quelque part le message il est passé qu'il a compris et ça fait vachement plaisir
75			voilà c'est eux qui vont prendre le traitement enfin quand on trouve une maladie genre hypertension ou quoi c'est eux qui derrière vont prendre le traitement vont gérer leur vie avec ce traitement là avec cette pathologie-là quoi donc c'est
75		Explications par le médecin généraliste	Oui parce qu'on leur explique, parce que justement en cabinet on leur donne pas juste l'ordonnance c'est bon au revoir euh parce que déjà ils la lisent devant nous
75		Education du patient différente à l'hôpital	à l'hôpital y a même parfois des fois où c'est les infirmières qui donne les ordonnances quoi jamais on leur explique enfin y a pas de proximité je trouve
76	Acquisition souplesse et adaptation au patient	Acquisition moins directive	et en fait finalement en étant un peu plus moins directive et moins cash sur le Dr A : plus souple Margot : oui on y arrive à faire passer on arrive à faire passer les choses
76		Acquisition souplesse	la souplesse (acquiescement de Lio)
76		Acquisition souplesse	oui au début quand je suis arrivée dans le cabinet j'étais un peu trop euh euh on va dire brut entre guillemets
76		Adaptation du langage	et j'ai appris à moduler mon langage
		Adaptation au patient	et à m'adapter un peu plus euh mieux au patient euh qu'au tout début
76		Adaptation au patient	Dr A : que les choses soient pas toutes identiques S : figées
76		Adaptation au patient et prise en compte expérience du patient	mais c'est sur un mot je pensais pas du tout que ça pouvait être un problème c'était sur le mot ambulance mais ça c'était en rapport avec l'expérience vécue et la ça a tout fait
76		Adaptation et souplesse	et peut-être, aussi plus être, dans la discussion avec le patient voir ses habitudes euh ce qui faisait et du coup un peu adapter à chaque fois à chaque patient euh le traitement euh le

			traitement qu'il fallait leur donner
77	Négociation = parfois conflit avec le patient		parce qu'on avait déjà fait le point avec mon maître de stage avant et que de toute façon il m'avait aussi un peu laissé la porte ouverte en me disant ben s'il faut aller à la confrontation ben voilà ça t'arrivera aussi dans ta pratique à toi donc c'est possible qu'je te préviens avec cette patiente et effectivement ça été le clash
77		Convaincre le patient = parfois conflit	à la base moi je pensais pas ce que ça pourrait poser problème parce que euh le patient enfin ça dépend des patients hein là j'ai eu un problème récemment
78	Négociation dépend du contexte		et que franchement quant à la fin de la journée Rires Cristina : qu'il est 20H30 qu'il en reste 3 à voir parce que y a eu une urgence en début d'après-midi qui a chamboulé tout le programme et qu'on se retrouve à filer le sirop qu'on prescrit jamais parce que c'est pas recommandé ben c'est vrai que quand même on cède
78	Négociation dépend du contexte		et ce jour-là je n'ai pas cédé mais c'aurait été en fin de journée est ce que j'aurais fait de la même façon j'suis pas sûr là c'était mon deuxième rendez-vous de l'après-midi, euh on est plus énergique euh enfin ouais
78		Moins de négociation avec patient qu'on aime bien	et d'autres qu'on aime moins et typiquement les patients qu'on aime bien on va avoir tendance à moins négocier avec
79	Le remplacement est différent de l'installation		moi je voulais dire j'pense que c'est si un jour je me décide à faire de la médecine générale de ville ce qui me motiverais c'est que je pense que je serais différent entre le remplacement et installation (acquiescement Margot, Cristina, Sabrina)
79		Remplacement = subir habitude	c'est le fait que quand on remplace on subit les habitudes
79		Parfois le remplacement est à l'encontre de sa pratique	et des fois c'est complètement insupportable et c'est même des choses qui sont complètement à l'encontre
80	Points positifs du stage : le maître de stage ne critique pas l'interne devant les patients		et ce que je trouve très agréable avec mon maître de stage et j'le vois déjà quand il voit les ordonnances de ses remplaçants c'est qu'il critique enfin à moi quand je fais une ordonnance il me critique euh mais à part mais euh devant le patient il a ce côté ou il dit ben non c'était justifié à ce moment- là sa façon de faire était bien

81	Essai d'être proche des recommandations avec connaissances basées sur les données de la science		Et du coup ils ont par contre ils ont tous les deux un peu la même façon très proche des recommandations de faire leur médecine
81			mais j'ai essayé de lui expliquer toutes les façons possibles et imaginables que cet avis rhumatologique était pas indiqué
81		Vérification connaissances = rigueur	et de dire je vérifie et même ça fait plutôt rigoureux quoi
81			oui tout en essayant quand même de d'être au plus près des recommandations mais parfois on peut pas quoi
81		Importance du suivi des recommandations	c'est ce qu'on nous apprend ici aussi c'est-à-dire que maintenant qu'il y a un diplôme de médecin généraliste on est un spécialiste en médecine générale euh ici il s'applique quand même à nous dire il faut suivre les recommandations tout ça
81		Nouvelle génération de médecin avec ses références	je trouve je pense qu'on est une nouvelle génération à arriver avec ses ses références et ses rigueurs qu'on a tous
81		Les médecins essaient de se mettre à jour	et euh les médecins qu'on a là on est chez des gens qui aussi sont attachés à la fac donc c'est un peu biaisé aussi parce que ils essaient de se mettre quand même un peu à jour enfin on espère
81		Mauvaise image des médecins généralistes qui ne se forment pas	mais c'est vrai quand on écoute les gens euh les gens qui les médecins qui travaillent dans leur coin qui se forment pas etc. Ça donne une mauvaise image des médecins généralistes qui se mettent pas à jour qui prescrivent des vieux médicaments et tout ça
81			et on anticipe de manière assez carré qu'on ait des repères des guides et que tout le monde fasse un peu la même chose parce que je pense que c'est un peu le point de départ de la médecine générale
81			je pense qu'il faut avoir une base un truc carré sur lequel s'appuyer
82	Pouvoir du médecin généraliste	parole magique du médecin	c'est qu'on se rend compte dans le stage en ville que la parole du médecin généraliste pour la plupart des gens c'est une espèce un peu comme un truc magique
82		Conseil du médecin a beaucoup de portée	Le fait que ce soit le médecin qui le dise ça a une portée, ça a une portée qui est dingue
82		Complexité de donner des conseils qui peuvent influencer la vie du patient	les conseils peuvent aussi marquer toute une vie des fois y a mon médecin m'a dit que et c'est après c'est tout le

			temps qu'ils gardent cette phrase (acquiescement M)
82		Complexité de donner des conseils qui peuvent influencer la vie du patient	ben j'y ai jamais pensé mais c'est vrai que la en en parlant plusieurs fois on entend des patients qui disent cette petite phrase du médecin qui leur a sorti une fois et du coup qui peuvent rester toute la vie
82		Confiance aveugle	des fois c'est même lourd à porter ils ont une confiance aveugle dans leur médecin traitant
82		Dieu sur terre	peut être pas nous parce qu'on les connaît pas depuis très longtemps mais quand ils viennent nous voir de temps en temps parce que leur médecin est pas là quand on les entend parler c'est dieu sur terre quoi
82		Référence au médecin traitant une personne de confiance	même ils peuvent aller voir leur spécialiste ils vont voir leur médecin traitant pour dire vous êtes sûr que c'est bien qu'il a dit
82			Dr A : la reconnaissance du patient Tiphaine : un gros poids à porter y a des moments
83	Acquisition de l'adaptation au rythme du patient		Moi j'ai appris à aller au rythme du patient (acquiescement de plusieurs internes) dans le sens où quand il vient avec ses problèmes et que j'en vois d'autres de pas faire tout tout de suite et de pas d'y aller à son rythme et d'accepter de faire un problème à la fois si ils ont envie de faire un problème à la fois ou de si par contre il préfère que le bilan soit fait d'un seul coup ben d'organiser en fonction aussi de leur demande , de les prévenir que ça sera à faire de toute façon avec leur accord bien sûr, mais de pas euh est ce que quand ils venaient avec des trucs moi j'étais là en train de dire faut aller voir le diabète faut aller voir le machin enfin faut aller faire ça ça et puis au bout d'un moment ils disaient mais tout tout de suite la euh(rires)
84	Acquisition hiérarchisation		donc j'ai appris aussi à en fonction de leur demande à la gestion et puis que tout n'était pas l'urgence extrême (acquiescement de trois internes)
84		Difficulté de hiérarchiser au début	Et alors moi au début je voulais répondre à toute la liste
84		Hiérarchisation des plaintes nécessaire	et puis du coup à la fin il me dit tu vois la prochaine fois ben il faut que tu écoutes la liste mais c'est toi qui choisit ce qu'on fait aujourd'hui
84		Difficulté de hiérarchiser au début	je sais pas pour moi c'était pas possible de laisser repartir avec une plainte à laquelle j'aurai pas pu répondre et le côté d'échec

84		Difficulté de hiérarchiser au début	et puis ce que ce que je trouvais difficile c'était comment juger ce qui est le plus ce qui est à faire aujourd'hui pour que le patient soit satisfait quand même parce qu'il y a quand même ce côté- là euh
84		Difficulté de hiérarchiser au début	et tout et je trouve que c'est pas toujours simple ça parce que c'est pas toujours hiérarchisé
84		Difficulté de hiérarchiser au début	Dr A : une hiérarchie qui te semble difficile à faire ? C : oui
84		Différence entre hiérarchie du médecin et celle du patient	Dr A : ce qui te semble important pour toi est pas forcément ce qui semble important au patient C : pas forcément ce qui est important pour le patient
84		Dépassement du motif de premier recours	et les premiers symptômes ils l'ont oublié ils se sont rendus compte que c'était pas très important
85	Acquisition gestion du temps	Plusieurs consultations Ville différent d'hôpital	et que j'avais que la consultation c'était pas comme à l'hôpital ou c'était ils sont la pendant une semaine il faut tout gérer en une semaine d'apprendre à les revoir et que ça avance par petit pas quoi que c'est pas tout tout de suite
85		Plusieurs étapes	oui ben j'allais dire en fait la même chose mais concentré même sur les motifs simples de consultation
85		Au début du stage veut répondre à toutes les plaintes	Et alors moi au début je voulais répondre à toute la liste
85		Consultation trop longues au début	euh et alors en fait du coup ma consultation elle durait 45 minutes Rires C : alors ça c'était généralement avec mon maître de stage de Cergy il me laissait faire exprès et puis il me disait est ce que tu as regardé l'heure
85		Nécessité de plusieurs consultations en accord avec le patient	et tu dis au patient écoutez voilà il faut qu'on se revoit vous avez des motifs qui peuvent pas être réglés la en une consultation
85		Difficulté au début du stage	et ça moi j'y arrivais pas au début c'était euh
85		Difficulté de la gestion du temps	en fait j'avais l'impression d'échouer dans un truc le fait de pas arriver en 15 minutes à répondre à cinq motifs de consultation c'était pas normal alors que en fait c'est juste pas possible
85		Difficulté de reporter avec accord du patient	est ce que je peux décemment me permettre de reporter tout en lui expliquant en lui donnant une échéance éventuellement déjà en fixant déjà un rendez-vous
85		Acquisition en niveau 2 de la gestion du temps	par rapport au niveau 1 je sais pas si c'est le fait d'être en sixième semestre ou le fait que en fait que mon niveau 1

			c'était des consultations sur rendez-vous, où c'était, il m'avait laissé toutes les demi-heure donc ça c'était assez confortable et là en fait au cabinet j'suis sans rendez-vous et c'est la course contre la montre donc quand je sais qu'il y a un tas de patient qui attendent euh j'arrive à boucler une consultation en 15 minutes sans être frustrée ni dire que euh j'ai oublié de parler de tel truc ou et du coup c'est largement faisable quoi et du coup j'y arrivais pas du tout avant que ce soit hors cabinet aux urgences ou j'étais toujours trop lente et là
85		Acquisition gestion de la parole du patient	la gestion de la consultation, ne pas laisser parler le patient pendant des heures et des heures inutilement euh
85		Acquisition être plus direct	aller droit au but et ça j'ai gagné en ça
85			que je me fais moins envahir enfin pas tous les jours mais bon ça
85			et puis apprendre à gérer son temps voilà plus ça que sur la connaissance médicale pure
85			Le temps
85			que j'veux aborder euh dans la structure de ma consultation la manière dont je j'veux la gérer également le temps
85			ou j'me laissais même encore en fin de niveau 1 des fois déborder par ma consultation en laissant une salle d'attente assez pleine et en finissant du coup tardivement la consultation et
85			La gestion du temps
85		Déroulement de la consultation	le cote voilà mécanisme déroulement
86	Difficulté à identifier la demande du patient en premier recours		sentir ce qui est important pour le patient c'est pas évident (acquiescement Nadia)
86		Motif invoqué pour la consultation	et donc à la base elle est venue parce qu'elle avait mal au dos
86		Motif caché qui est le vrai motif de consultation	mais son vrai problème à elle c'était comment mon médecin qui connaît ma belle-fille et qui connaît mes petites filles peut m'aider entre guillemets à la convaincre de me laisser que moi je devrais prendre mes petites filles si je les sent en danger avec mon fils enfin en fait c'était ça

86		Prétexte pour consulter	c'est vrai que comme on disait tout à l'heure enfin au final y a pas mal de consultations ou les patients viennent pour un entre guillemet un prétexte et en fait c'est tout à fait autre chose (acquiescement de la salle)
86		Exemple de motif caché de consultation : somatisation	les lombalgies moi j'avais une patiente qui était en France depuis environ ça devait faire un an, d'origine africaine, et là elle se retrouvait femme de ménage et en fait en discutant avec elle euh j'ai appris qu'elle était sagefemme dans son pays et que là elle se retrouvait à faire un travail qui était pas du tout intellectuel et puis elle avait mal au dos et en discutant avec elle je me suis aperçue qu'elle avait très envie de retrouver son métier d'origine et ici c'était pas possible et au final ça retentissait sur son dos en dehors du fait qu'elle faisait des ménages
86		Motif caché derrière un symptôme	les symptômes qui révèlent un problème derrière ça arrive souvent quand même
87	Gestion en premier recours de l'urgence ressentie par le patient		par exemple l'inquiétude qui peut être aussi une urgence quoi une vraie urgence
87		Exemple d'urgence ressentie	un monsieur auquel on a découvert euh c'était une hyper lymphocytose on a éliminé l'urgence disons clinique et tout ça mais l'urgence c'était surtout de le rassurer et on lui a dit vous verrez le spécialiste la consultation était dans un mois je lui ai trouvé un mois pour lui c'était impossible d'attendre un mois alors qu'il se serait rien passé non plus il allait pas le traiter
87		Urgence ressentie : nécessité de rassurer le patient	mais là la vraie urgence c'était juste de qui soit rassuré ok on va trouver un truc mais pour l'instant
87		En premier recours : rassurer le patient	Dr A : et ça le médecin généraliste il est vraiment en première ligne en première loge pour ça M : oui
87		En premier recours : rassurer le patient	juste rassuré
87		En premier recours : rassurer le patient	juste leur dire j'ai entendu que c'était inquiétant
88	Acquisition de la gestion en premier recours de l'urgence ressentie par le patient		Dr A : et ça te paraît quelque chose plus facile à faire maintenant en fin de semestre là c'est M : plus facile
89	Gestion en premier recours de l'urgence réelle		et en fait euh j'ai appris après qu'en fait elle avait une anémie à 5 grammes et qu'elle avait un fécalome enfin tout ça. Ils l'ont découvert en gériatrie aigue et donc c'était aussi j' avais dans la mesure où je n'avais pas pu

			l'examiner j'avais mal évalué probablement l'urgence de la situation
89	Gestion en premier recours de l'urgence réelle		euh enfin je sais pas par rapport à l'inquiétude y a aussi quand on a un patient qui vient finalement on fait un diagnostic qui est potentiellement grave comme un AVC
89			j'ai eu exactement le même
89			Alors moi, mon dieu, mais qu'est-ce que alors écoutez, je vais déjà essayer de l'appeler voir si il veut pas venir maintenant au cabinet ou que je passe le voir voir si il est pas déjà en train de sauter. Je l'appelle euh il me dit non non non je viendrai vous voir mais tout à l'heure
89			il allait au cmp le lendemain avec l'assistante sociale donc voilà ça s'est un peu tassé comme ça. Bon j'ai appris après qu'il avait été hospitalisé en psy je pense pour je pense qu'il a décompensé un truc psychotique pas une dépression c'était autre chose et moi ce qui m'a perturbé j'me suis dit si il saute je sais pas si il faut que j'y aille que j'empêche est ce que j'y vais-je toque à la porte jusqu'à temps qui m'ouvre parce que j'en sais rien donc c'était intéressant parce que ça c'est relativement bien passé Tiphaine : y a un moment ça m'a pris du temps c'était bien mais c'est vrai que le premier coup de fil de l'assistante sociale complètement alarmée il va sauter voila
89 - 1	Difficulté à gérer sa propre inquiétude dans l'urgence réelle		et euh gérer sa propre inquiétude sans inquiéter le patient (acquiescement plusieurs internes)
89 - 1	Difficulté à gérer sa propre inquiétude dans l'urgence réelle	Mauvaise image du médecin	et euh comme moi j'ai commencé à montrer une certaine inquiétude au final il est parti en disant que j'étais un mauvais médecin et euh voilà donc
89 - 1	Difficulté à gérer sa propre inquiétude dans l'urgence réelle	Montrer son inquiétude décrédibilise	Dr A : tu penses que de révéler sa propre inquiétude justement tu te décrédibilise aux yeux S: oui je (acquiescement Lio)
89 - 1	Difficulté à gérer sa propre inquiétude dans l'urgence réelle	Problème de confiance	ben oui parce que si nous on n'a pas confiance il pourra jamais avoir confiance en nous quoi
89 - 1	Difficulté à gérer sa propre inquiétude dans l'urgence réelle		si on montre qu'on doute en face il va se dire est ce que ce qu'il dit il y croit vraiment est ce que je peux vraiment croire avec lui quoi en fait
89 - 1	Difficulté à gérer sa propre inquiétude dans l'urgence réelle		avoir l'air d'être sûr de soi alors que finalement on l'est pas du tout
89-1			je pense que c'est arrivé à tout le monde peut être pas forcément ce semestre là mais dans mon cursus j'ai ben qui n'a pas fait de gaffe quoi je veux dire le haussement de sourcil un peu inquiet j'en sais rien

89- 1			faut maitriser ben un peu maitriser son angoisse on s'est pris le truc il faut que ça ressorte quoi moi des fois on me dit un truc je pense à dix choses en même temps avec des trucs super grave alors après je redescends je me dis non on va se poser cinq minutes c'est surement pas tout ça
89-1			quand on l'exprime au patient qu' on lui explique nos doutes
89 – 2		Difficulté à orienter le patient	et essayer de l'orienter quelque part c'est pas toujours évident
89-3		Difficulté à convaincre le patient, refus de soins	quand je l'ai vu elle refusait comme elle était démente et agressive elle refusait de se faire examiner
89 – 3		Difficulté à convaincre le patient	parce que lui il va pas vouloir faire forcément pareil que nous ce qu'on aurait envie de faire et après comment sans l'inquiéter réussir à l'amener à aller quand même rapidement à l'hôpital c'est pas
89 – 3		Difficulté à convaincre le patient	à la base moi je pensais pas ce que ça pourrait poser problème parce que euh le patient enfin ça dépend des patients hein là j'ai eu un problème récemment mais c'est sur un mot je pensais pas du tout que ça pouvait être un problème c'était sur le mot ambulance mais ça c'était en rapport avec l'expérience vécue et la ça a tout fait Rires Dr A : c'est-à-dire qu'est ce qui s'est passé ? S : et ben au final il a pas voulu prendre d'ambulance il voulait que ça soit sa famille qui l'accompagne ça évoluait déjà depuis 24 h Dr A : un AVC ? S : un AVC Dr A : oui S : voilà donc l'ambulance SMUR ou quoi que ce soit c'était impossible parce qu'il fallait que ce soit sa famille qui l'emmène
89 - 4	Difficulté à gérer la famille dans l'urgence réelle		par exemple dans des situations d'urgences euh arriver à gérer la famille
90	Acquisition confiance en soi		c'est vrai qu'au départ j'étais peut être pas sûre de moi dans ce que je leur proposait et puis petit à petit euh en en faisant l'expérience j'ai plus acquis de confiance par rapport à ça
90		Acquisition confiance en soi par rapport au diagnostic	par rapport au diagnostic parce que des fois c'est vrai que les premières fois on n'est pas très sûre en fait
90		Acquisition confiance en soi par rapport aux prescriptions	est ce que vraiment je fais pas une erreur de pas lui donner d'antibiotiques

90			c'est vrai que c'est les toutes premières choses qui en fait ça paraît rien mais c'est un peu un peu stressant
90			oui parce que forcément au début on a peur et puis finalement on se rend compte qu'on est capable
90			Dr A : donc plus d'appréhension par rapport à ses capacités B : voilà
90		Acquisition de confiance en soi en cours du semestre	mais donc au début on a du mal à gérer mais maintenant bon ben en ce qui me concerne mais j'suis pas le seul, à la fin du semestre, le senior on l'appelle pas du tout on fait tout nous-mêmes.
90		Acquisition de confiance en soi en cours du semestre	c'est vrai qu'après peut être qu'on se réfère de moins en moins au senior pour les cas qu'on connaît où on est sûr
90			ça dépend toujours mais euh j'prends plus confiance en moi
90		Acquisition de confiance en soi en niveau 2	ou peut être que c'est le je me sens plus à l'aise et plus en confiance pour pouvoir les pratiquer seule complétez un peu
90		Acquisition confiance en soi en niveau 2	mais arriver vraiment à être sûre de soi
90		Acquisition confiance en soi en niveau 2	C'est vrai qu'on est plus, en tout cas j'me trouve plus sûre de moi
90			j'arrive mieux à m'imposer pour certaines choses
90			et c'est plus dans l'assurance
90			et du coup en cabinet ça va être voilà la confiance en soi,
90			que du coup j'ai un peu plus confiance
90			justement en m'imposant plus comme le médecin et pas juste comme le distributeur
91	Difficulté de trouver une référence	Où chercher une référence	Oui justement dans ces situations-là moi je, c'est peut-être moi qui sais pas bien chercher ou quoi, mais moi j'ai du mal à trouver une référence opposable parce que quand les chefs sont pas d'accord entre eux ou quand on est pas d'accord avec le chef c'est toujours bien de trouver une référence et euh
91		Où chercher une référence	sur le site de l'HAS c'est pas toujours clair et partout non plus et le plus souvent on a pas le temps non plus et c'est pas forcément facile de trouver

			une réponse à une question, je trouve
91		Difficulté du temps de recherche	Dr A : S ? où est-ce que vous avez le temps souvent de regarder sur internet S : c'est de le prendre, c'est difficile en premier stage mais après y a deux thèmes
91		Nécessité du diagnostic pour rechercher les références	mais après qu'on a un diagnostic comme sigmoïdite une diverticulite sigmoïdienne là on peut aller chercher la référence une fois qu'on a mis un nom sur une maladie c'est beaucoup plus simple beaucoup plus rapide sur l'HAS notamment et donc c'est vrai que
91		Nécessité du diagnostic pour rechercher les références	on peut pas trouver des références sur douleurs abdominales sur le sida c'est l'ensemble de la médecine, c'est ça qui est déroutant
92	Acquisition de se former seul	lecture	après voilà j'ai un peu lu des trucs là dessus
92		Recherche d'une étude scientifique	euh en montrant des j'sais plus, une étude qui avait été faite en septembre 2010 qui montrait par A + B que ça servait à rien
92		lecture	parce que j'avais fait un peu de biblio,
92		Participation à une journée d'information	parce que c'est quelque chose j'ai découvert pas mal de chiffre en participant à une journée d'information euh organisé par le département de Seine Saint Denis qui est très actif à ce niveau-là
92		lecture	acquis enfin je lis ce dont je m'étais rendu compte en niveau un j'apprends plus rien donc je me suis abonné à des revues à ce moment-là et
92		Formation seul	ça c'est plus la phase des connaissances on se forme un peu seul mais bon c'est la médecine gé en même temps
92		Formation sur le tas	je trouve qu'on apprend beaucoup bon peut être un peu sur le tas parce que finalement on est seul
93	Acquisition de dire « je sais pas »		en fait j'ai sur au début sur les prescriptions je me disais jamais tu peux regarder j'avais mon guide de thérapeutique dans mon sac, internet à côté je me disais si tu commences à regarder ils vont te regarder non mais elle sait pas elle elle mais en fait maintenant je leur dis honnêtement ben ca je vais regarder et j'ouvre devant eux en disant on peut pas connaître toutes les posologies par cœur et en fait ça passe j'ai trouvé ça

			passait mieux de sortir
93	Acquisition de dire « je sais pas »		maintenant je me dis vaut mieux dire je sais pas
93			c'est pas forcément dans le Vidal mais les différentes sources qu'on a euh en présentant les choses correctement par exemple ça fait longtemps que je l'ai pas vu ou Rires E : d'après ce que j'ai entendu dire ça a changé on va quand même vérifier un truc comme ça ça doit être comme ça et en général quand ça se ressemble avec ce qu'on dit il dit non mais lui il connaît il veut vraiment être rigoureux dans ces prescriptions donc ça passe nettement mieux
93		Acquisition pendant stage de niveau un	au début je le faisais jamais
93			que ce soit à l'hôpital ou ailleurs je le faisais pas et quand je savais pas quoi j'allais demander directement je vérifiais pas sur les sources moi-même et euh en stage chez le prat c'est pas forcément évident de faire ça devant le patient et je pense qu'aussi si on le fait toutes les deux secondes ça va pas le faire non plus
93		Explications au patient de la nécessité de recherches	non plus avec n'importe quel patient si on le fait rarement et si on présente bien les choses ça passe nettement mieux
94	Acquisition de la recherche d'avis		ou alors j'appelle pour demander un avis et
94			parce qu'à l'hôpital c'est quand même pas le même principe, aux urgences quand on sait pas et ben on va dans la pièce à côté on va sur internet on va demander au senior
95	Complexité de rentrer dans l'intimité du patient en premier recours		ou enfin et j'ai pas réussi à aborder ça
95			moi je voulais rebondir sur le premier recours et l'inquiétude moi j'ai eu beaucoup de mal au début le côté l'intimité
95			et puis moi les premières consultations j'étais effarée de de de du de ce que nous donnaient les patients c'est-à-dire que ils disent mais des choses tellement intimes
95			mais aussi des choses très agréables quoi bonnes nouvelles etc.
95			et moi la première fois je me suis dit quoi mais elle me connaît depuis 5

			minutes quoi c'est à dire que et elle me livre tout ça et moi je fais quoi en vrai c'est-à-dire que et
95		Impression d'être submergée	et moi la première réaction j'avais l'impression d'être submergée c'est-à-dire
95		Inhabituel	C'est surtout qu'on n'est pas habitué à avoir ce côté euh
95			et donc moi j'avais eu l'habitude en cabinet pour un nouveau patient de toujours ouvrir un dossier et donc faire tout l'interrogatoire et l'examen clinique et en fait ça l'a dès le début ça l'a agacé que je lui pose plein de questions déjà sur les antécédents et ensuite sur la prise en charge de la grossesse et je sais pas ce qui a fait le déclic mais elle s'est mise à pleurer à me demander pourquoi vous me posez toutes ces questions ça vous regarde pas euh et là j'ai eu vraiment du mal à terminer la consultation
96	Acquisition de la gestion de l'intimité en premier recours		que et enfin j'ai dû apprendre à gérer ça aussi
97	Différence avec l'hôpital en premier recours		des choses auxquelles à l'hôpital on n'est pas du tout confronté
97		Education différente en ville ou à l'hôpital	un peu enfin moi je sortais d'un stage aux urgences ou pour un problème un traitement symptomatique et que là il faut leur il faut faire de l'éducation sur bah quand vous êtes constipés
97		A l'hôpital il y a une cause organique	non là c'est nous enfin c'est moi en tant que médecin on est pas du tout habitué enfin à l'hôpital quand ils viennent aux urgences ils ont un symptôme on traite le symptôme euh même en salle ils sont hospitalisés quand il y a quelque chose donc ils ont une vraie enfin une cause organique réelle
97		Pas de sensibilisation à l'écoute à l'hôpital	non mais je pense qu'on est pas sensibilisée à ça à l'hôpital et qu'en même temps c'est pas du tout dans la politique de l'hôpital c'est il faut faut
97		A l'hôpital si pas de cause organique pas d'hospitalisation	S : faut mettre une maladie ou alors il s'en va c'est-à-dire que si il y a rien d'organique il a pas enfin aux urgences il a rien à faire ici quoi (acquiescement de la salle) N : ça ne code pas
97			S : c'est ça ça rapporte pas d'argent c'est Rires L : sauf en psychiatrie
97		A l'hôpital problèmes psycho sociaux assimilés à problèmes psychiatrique	c'est ça ou c'est psy et dans ce cas-là ça peut rentrer vite dans une case alors qu'en fait pas forcément c'est juste un trop plein à moments donné et

			que
97		L'hôpital renvoie vers le généraliste pour les problèmes psycho sociaux	et puis faut dire qu'à l'hôpital euh moi j'ai entendu plus d'une fois les seniors dire aux patients quand ils commençaient à s'épancher un peu sur leur vie entre guillemets s'épancher parce que je veux dire parfois ils ont des vraies souffrances morales ou sociales et plus d'une fois le senior qui dit écoutez ici vous êtes je sais pas en cardiologie on s'occupe de votre infarctus pour le reste vous verrez votre médecin traitant. Rires gênés
97		Décharge de l'hôpital sur médecin généraliste	c'est pas arrivé qu'une fois quoi et donc du coup c'est vrai que le médecin traitant il a un rôle enfin à l'hôpital on se décharge facilement sur lui
97		Différence premiers recours : hôpital et cabinet	c'est pas le même premier recours qu'à l'hôpital
97		Différence premiers recours en hospitalisation	encore moins en hospitalisation ou alors là c'est plus du tout premier recours
98	Médecine de famille importante en premier recours		y a aussi ce côté là toute la famille
98		En premier recours la médecine de famille peut être une aide	Est-ce que dans certaines situations ça peut être une richesse est ce que tu as appris ? S : parfois oui souvent oui souvent oui
98		Aide de connaître l'histoire familiale notamment pour la prévention	ben souvent y a de connaître l'histoire familiale ça aide à amener certaines choses des fois de la prévention
98		Exemple de l'aide de la médecine de famille en premier recours	j'avais un exemple là-dessus, sur un qui nous a aidé à faire un diagnostic pour un patient d'un certain âge euh on l'a revu quelques mois plus tard il avait eu un infarctus je trouvais que son comportement avait changé mais je me disais qu'il y avait quelque chose mais je ne trouvais pas précisément c'était quoi et en fait sa femme est venue nous parler et en fait elle nous a complètement orienté enfin de ce qu'elle nous a dit sans le savoir ça nous a orienté vers l'entrée dans une démence
98		La médecine de famille est une aide pour la prise en charge du patient en premier recours	Et donc ça va nous aider à ensuite à prendre en charge le patient
98		La médecine de famille est une aide pour la prise en charge de l'entourage en premier recours	mais elle aussi parce qu'elle elle souffre aussi de cette situation- là
98		La médecine de famille est une aide au diagnostic en	c'est vrai que ça peut être une aide au diagnostic

		premier recours	
98		La médecine de famille est une aide pour gérer les problèmes intrafamiliaux	y a des situations justement à régler intra familiales, euh ça peut être aussi une aide.
98		Difficulté du côté mercantile de la médecine de famille en premier recours	moi c'que je trouve ce qui est pour moi le plus désagréable dans la médecine de famille c'est le côté mercantile de la fille qui débarque avec au fait ma mère elle est partie pour six mois j'sais pas où et puis elle avait pas eu le temps de renouveler son ordonnance est ce que vous pouvez profiter de la consultation pour lui refaire (sourires de plusieurs internes)
99	Acquisition de l'écoute du patient		et petit à petit c'est surtout de l'écoute et de dire qu'on est là pour les écouter et c'est surtout ça qu'ils attendent de nous
99		Ecoute du patient = découverte vrai motif de consultation	effectivement en les écoutant on apprend beaucoup l'écoute je trouve dans ce stage que on voit en fait la véritable raison et parfois c'est des problèmes plus familiaux plus sociaux
99		Ecoute indispensable	mais que on rencontre quand même et là il faut savoir dire aux gens euh d'entendre cette douleur
99		Acquisition de l'écoute sans prescription	et de pas forcément donner quelque chose de pas donner de médicaments forcément d'être la juste pour écouter et c'est, il faut aussi accepter ça c'est-à-dire qu'on est pas du tout habitué c'est-à-dire
99			alors que là il faut aussi se dire que il faut accepter que notre rôle aussi c'est pas que de soigner le corps quoi il y a un côté où il faut aussi écouter et comprendre pourquoi ça somatise et euh accepter que le médicament marche pas la dessus
99		Ecoute de l'inquiétude du patient	juste leur dire j'ai entendu que c'était inquiétant
99		Pas d'apprentissage de l'écoute à l'hôpital	et c'est quelque chose qu'on apprend enfin je trouve qu'on n'a pas un relationnel d'écoute à l'hôpital
99		Apprentissage de l'écoute en stage de niveau 1	et euh en arrivant en stage de niveau un ben on apprend à écouter
99		Obligation d'écouter les patients pour les comprendre	et en même temps parfois ça dépend des patients parce qu'il y a des patients qui veulent pas parler mais parfois on est obligé si on les écoute pas on va passer à côté à côté de ce qui les gêne
99		L'écoute est obligatoire	mais c'est surtout que on n'a parfois pas le choix c'est-à-dire qu'ils nous mettent dans cette ambiance ou ils nous racontent des trucs et on va pas leur dire bah moi je vous écoute pas je me bouche les oreilles (elle met les

			mains sur ses oreilles puis repousse avec ses mains) vous me parlez juste de vos symptômes
99		L'écoute est obligatoire	mais en même temps on peut pas leur dire non mais écoutez vos problèmes vous les laissez à la porte du cabinet et euh et euh voilà
99		Nécessité de l'écoute empathique	et des fois on prend des risques à dire des trucs enfin je pense qu'une des seules choses qu'on soit capable de faire de manière à peu près certainement correcte c'est l'écoute empathique donc quand les gens ont des problèmes leur dire oui c'est vrai que c'est dur ce que vous avez
99		Difficulté du rôle d'écoute	moi c'était surtout le côté enfin écoute
99		Exemple d'écoute et d'empathie	mais ne serait-ce que donner des pistes moi je leur dis clairement je comprends bien que c'est très difficile en même temps moi ma position je peux pas faire grand-chose c'est-à-dire que j'peux pas aller téléphoner au juge c'est pas plus j'parle du cas dont j'ai parlé avant j'peux pas dire qu'après c'est à vous de pourquoi est-ce que vous téléphoner pas à votre belle fille parce que vous avez quand même de bonnes relations enfin
99		Obligation d'écouter	mais c'est en même temps on est obligé d'écouter leur
99		Le travail du médecin généraliste est d'écouter	c'est notre travail d'écouter leur problème
99		Beaucoup d'écoute empathique	par contre j'écoute énormément les gens et comme on disait, l'écoute empathique
99		Apprentissage de l'écoute pendant le stage de niveau 1	ça par contre c'est un truc que j'ai appris vraiment appris pendant ce stage
100	Le patient attend de l'empathie du médecin		en fait qu'on soit présent et que si y a un souci voilà et que moi j'ai été très franche et qu'en même temps moi je ne pouvais pas obliger enfin la mère à apporter ses enfants si elle avait vraiment une crainte et si c'était justifié je et qu'en plus comme ils étaient en instance de divorce probablement le juge allait avoir dire quelque chose et que du coup c'était un peu compliqué aussi d'aller à l'encontre de ça donc elle attendait surtout de nous de l'empathie
100		Rôle de réassurance du médecin	enfin c'est effectivement de la réassurance mais aussi beaucoup de conseils
100		Il y a d'autres choses prépondérantes par rapport à l'empathie	et donc c'est vraiment un gros problème mais d'un autre côté je sais pas si c'est vraiment ça le cœur le noyau dur de je pense qu'y a d'autres

			choses qui faut savoir faire aussi sur qui sont prépondérantes par rapport à ça
100		C'est un point positif d'être empathique	et je pense que si on est capable de le faire c'est bien
100		Il y a d'autres choses prépondérantes par rapport à l'empathie	mais je pense c'est mon avis personnel qu'il y a des choses avant
100		Le médecin peut être rigoureux et humain	mais je pense on peut être rigoureux et suivre les recommandations et avoir tout ce côté humain et euh
100		Rigueur et humanité sont complémentaires	non c'est complémentaire
100		Rigueur et humanité sont complémentaires	moi je suis d'accord je suis complètement d'accord avec M.
100		Empathie point positif	et puis après si on développe ce côté-là c'est bien je pense qu'il y a d'autre moyens d'aborder (M. fronce les sourcils)
100		L'empathie n'empêche pas la rigueur	ça n'empêche pas la rigueur même scientifique hein
100		L'empathie n'empêche pas la rigueur	bien sur
100		Obligation d'être rigoureux pour le bien être des patients	non mais parfois ils nous mettent aussi eux dans cette position la donc on est obligé d'avoir cette rigueur je pense on est obligé d'être de nous pour nous même avoir ce recul et avoir cette rigueur pour leur bien-être
100		Rôle de réassurance du médecin	faut rassurer le patient et
100		Rôle de réassurance du médecin	il faut rassurer les gens
100		Rôle de réassurance du médecin	Je le vois le soir bon ben il avait mal au dos effectivement il avait porté un carton bon ben il allait pas se suicider dans la seconde mais quand même un contact très particulier euh en fait il disait qu'il rêvait qu'il se suicidait, il se voyait vraiment le faire donc ça l'angoissait énormément de le faire pour de vrai mais bon il était jamais aller ouvrir sa fenêtre ou quoi que ce soit donc je l'ai tranquilisé
101	Complexité à donner son avis en premier recours sur un motif non médical	a. rôle de conseiller difficile	De nous demander notre avis sur des choses de la vie quotidienne
101			Oui C'est ça
101		a. rôle de conseiller difficile	et elle me livre tout ça et moi je fais quoi en vrai c'est-à-dire que et
101		a. rôle de conseiller difficile	N : un rôle de conseil non j'ai l'impression enfin de pas assez bien connaître euh un certain nombre enfin par exemple typiquement les régimes diététiques c'est toujours un peu embêté euh enfin des trucs hyper bêtes j'arrive pas bien à rentrer dans les détails et je je pour le coup je

			<p>pense que c'est vraiment mon rôle d'avoir un rôle de conseils Dr A : plus médical N : plus médical oui que de</p>
101		a.Les patients attendent de vrais conseils de leur médecin	le problème c'est que les gens ils sont en demande d'un vrai conseil et de choses concrètes et pratiques quoi
101		a.Complexité du rôle de conseil	Oui mais c'est difficile comme positionnement quoi
101		a.Complexité du rôle de conseil	donner des conseils de vie d'éducation de sur tout moi je suis un peu gênée
101		b. rôle moralisateur ?	alors la chose que j'aurai pas fait en début de stage et là je me retrouve à discuter avec plutôt plutôt des jeunes et leur dire ah oui l'école enfin des trucs du genre l'école c'est important et tout ça alors que c'est pas mon rôle Rires
101		b. Rôle moralisateur ?	oui faudrait faudrait quand même faire un effort ou je sais pas la dernière fois j'ai dit aussi à un à un jeune homme enfin un jeune homme il avait 24 ans il avait quasiment mon âge (rires gênés des internes) je lui dit alors qu'il y avait eu une période de toxicomanie enfin d'alcoolisme bon passons et de lui dire bon là il faudrait quand même que vous réfléchissiez à ce que vous avez envie de faire de votre vie et tout et tout alors
101		b. Rôle moralisateur ?	je pense que la dessus faut pas être prétentieux je me suis retrouve une fois dans une situation comme ça ? je suis jeune marié j'ai pas d'enfants j'ai 26 ans ? je me suis retrouvé une fois comme ça à expliquer à une dame de 35 ans qu'il fallait qu'elle soit ferme avec sa fille
101		c. Rôle psycho social	et je suis très mal à l'aise quand ça arrive c'est quand les gens arrivent pour des problèmes bon du burn out on en voit tous plein souffrance au travail et en général ils viennent ils veulent pas forcément des médicaments ils veulent pas forcément voir un psy mais ils veulent des solutions
101		c.Rôle de gestion des problèmes psycho sociaux	et puis faut dire qu'à l'hôpital euh moi j'ai entendu plus d'une fois les seniors dire aux patients quand ils commençaient à s'épancher un peu sur leur vie entre guillemets s'épancher parce que je veux dire parfois ils ont des vraies souffrances morales ou sociales et plus d'une fois le senior qui dit écoutez ici vous êtes je sais pas en cardiologie on s'occupe de votre infarctus pour le reste vous verrez votre médecin traitant. Rires gênés

101		c. Rôle psycho social	Ah ben c'est difficile mais je pense que tout ça dont on parle c'est ce que mon père appelle les curés de campagne Dr A oui le quoi ? le curé de campagne écoutez il voulait que tu sois curé
101		d. Plus facile pour le maître de stage	donc au final et pourtant parfois mon maître de stage il leur trouve enfin pas trouve des solutions mais il sait comment leur parler de leur vie et pas leur donner des solutions mais les amener à trouver des solutions eux-mêmes et ça j'y arrive pas du tout
101		e. Crainte du jugement du patient sur les conseils du médecin	je suis sensé donner un avis donc ça veut dire que le patient il va pas croire que je le juge parce que il y a aussi ce côté- là finalement
101		f. Rôle de juge ?	et qu'en même temps moi je ne pouvais pas obliger enfin la mère à apporter ses enfants si elle avait vraiment une crainte et si c'était justifié je et qu'en plus comme ils étaient en instance de divorce probablement le juge allait avoir dire quelque chose et que du coup c'était un peu compliqué aussi d'aller à l'encontre de ça
101		f. Rôle de juge ?	mais ne serait-ce que donner des pistes moi je leur dis clairement je comprends bien que c'est très difficile en même temps moi ma position je peux pas faire grand-chose c'est-à-dire que j' peux pas aller téléphoner au juge c'est pas plus j parle du cas dont j'ai parlé avant j' peux pas dire qu'après c'est à vous de pourquoi est-ce que vous téléphoner pas à votre belle fille parce que vous avez quand même de bonnes relations enfin
101		g. Limite de l'avis	et je pense qu'il faut en rester là on s'embarque vite dans des conseils
102	Questionnement sur le rôle de conseil du médecin		alors qu'en fait je suis pas sûr que ce soit mon rôle en fait
102		Rôle du médecin généraliste ?	mais son vrai problème à elle c'était comment mon médecin qui connaît ma belle-fille et qui connaît mes petites filles peut m'aider entre guillemets à la convaincre de me laisser que moi je devrais prendre mes petites filles si je les sent en danger avec mon fils enfin en fait c'était ça
102			et mais en fait, je me rends je me rends je me rends compte qu'on se retrouve aussi à donner beaucoup de conseils enfin c'est effectivement de la réassurance mais aussi beaucoup de conseils
102		Découverte du rôle de conseil du médecin généraliste	et quand on est confronté à ça au début du stage de niveau un à ça c'est moi qui suis sensé le faire, bon

			d'accord,
102		Rôle de conseil au médecin généraliste ou à l'entourage du patient ?	mais c'est pas forcément à nous d'apporter ça et c'est peut être à leur copain ou à leur famille
102		Conseil = place du médecin généraliste ?	après c'était le côté enfin moi je dis pas que moi je donne pas de conseil parce que je trouve que j'ai vraiment du mal à dire que c'est ma place
102		Conseil = place du médecin généraliste	après j'dis pas qu' il faut absolument leur donner des conseils
102		Conseil = place du médecin généraliste	moi je rejoins un peu J. sur le côté prudence moi je me mouille très peu parce que parce que je pense que c'est pas en tout cas c'est pas ma façon de faire
102		Conseil=pas la place du médecin généraliste	ce qui moi me fait peur c'est que pourquoi je dis je trouve que c'est pas ma place
103	Implication humaine plus importante pour le médecin généraliste	Différence avec l'hôpital	en fait je trouvais qu'au final à l'hôpital on avec en plus la blouse on a une barrière on est froid
103			on s'implique beaucoup plus en tant qu'être humain dans la relation médecin généraliste que en tant que médecin spécialiste ou à l'hôpital en tout cas
103		L'implication humaine sert pour gérer les problèmes	oui et la y a parfois on s'en sert aussi moi aussi j'ai eu ça c'était pas grave vous inquiétez pas enfin (rires) et du coup c'est pas facile de gérer
103		Pas d'apprentissage du côté humain à l'hôpital	c'est vrai par rapport à ce qu'elle disait c'est vrai qu'à l'hôpital on apprend pas du tout le côté humain de la médecine
103			Mais ce que enfin tu disais qu'on s'implique beaucoup plus
103			Je suis d'accord avec le fait qu'on s'engage nous
104	Perte de l'objectivité sur les patients avec le temps et la connaissance des patients		et lui le second problème il les connaissait trop bien c'est-à-dire qu'il a dû assimiler parce que lui il a une patientèle aussi un peu comme
104	Perte de l'objectivité sur les patients avec le temps et la connaissance des patients		mais ce que je trouve enfin horrible entre guillemets c'est que ça fait cinq mois qu'on est en stage déjà y a des patients que j'ai vu un certain nombre de fois et j'me sens beaucoup moins euh on va dire d'une certaine manière objective sur eux que quand je les ai vus la première fois et ouais j'ai l'impression de perdre une part d'objectivité en les connaissant bien parce que y a des patients qu'on aime bien et euh (acquiescement de la salle)
104		Perte de l'objectivité avec le temps	on parlait de la négociation tout à l'heure et j'trouve oui moi ça me pose question quand même de dire déjà au

			bout de cinq mois j'ai l'impression de perdre mon objectivité sur un certain nombre de patients que j'ai vu et ça fait que cinq mois que cinq mois alors qu'est-ce que c'est quand je Dr A : quand ça sera d'avantage N : quand ça sera d'avantage
104		Perte de l'objectivité avec connaissance du patient	Enfin Oui, oui y a des patients que j'ai revu enfin que j'ai revu régulièrement et voilà et voilà je suis moins objective avec eux et ce qui me dise moins critique sur ce qui me dise
104		Perte de l'objectivité si trop d'empathie	Oui ça me dérange parce que je pense que c'est comme ça qu'on passe, qu'on passe à côté de quelque chose en étant en étant trop empathique et en pas j'ai plus assez de distance pas assez critique
104		Avec l'expérience acquisition de l'empathie et du maintien de l'objectivité	et j'espère que voilà, en ayant plus d'expérience j'arriverai à être sympathique et quand même à garder l'objectivité et la critique
104		Regard neuf quand on ne connaît pas le patient	Dr A : une difficulté le fait de ne pas connaître les gens au préalable ? C : Pas forcément (acquiescement salle sauf S.) N : justement pour revenir justement quand on les connaît pas on a les pièces dans le dossier on aura un regard neuf et pas biaisé par un certain nombre de truc qu'on connaît
105	Dévalorisation du rôle du médecin généraliste		Il voulait que je sois chirurgien, il est très déçu que je sois généraliste, il se moque de moi tout le temps, mais je trouve que c'est très dur ça pompe beaucoup d'énergie
106	Pas de formation au rôle non médical du médecin généraliste		moi je trouve ce qui est perturbant auquel on a pas du tout été préparé
106			heu je pense qu'on est pas du tout formé à ça et je sais même pas s'il y a des gens qui sont capables de nous former à ça
106		Pas de formation à l'hôpital sur rôle médecin généraliste	et en même temps nous qui sommes formés à l'hôpital initialement on sait pas du tout vraiment ce qui fait et quand on est confronté à ça au début du stage de niveau un à ça c'est moi qui suis sensé le faire, bon d'accord,
107	Acquisition de l'identification de la demande du patient en premier recours	Motif caché notion déjà présente	oui non enfin le côté enfin comment on dit le côté somatique de somatiser un problème autre c'est une idée que j'avais déjà
107		Aller au-delà du premier symptôme	et puis il faut aussi accepter en fait j'ai appris à accepter ça que ils viennent pour un symptôme et que du coup de passer outre ce symptôme
107		Acceptation du motif caché	alors que là il faut aussi se dire que il faut accepter que notre rôle aussi c'est pas que de soigner le corps quoi il y a

			un côté ou il faut aussi écouter et comprendre pourquoi ça somatise et euh accepter que le médicament marche pas la dessus
108	Chaque médecin a la patientèle qui lui ressemble		et par contre ce qui est clair c'est que chaque médecin à la patientèle qui lui ressemble quoi Tout le monde : Oui N : Ça c'est vrai
108		Attente du patient =médecin psychologue	Du coup ben si on n'est pas trop psychologues ben clairement les patients ne viennent pas vous voir pour ça mais par contre si vous êtes un médecin qui adore écouter et délivrer des conseils ils viennent pour ça (acquiescement de plusieurs internes)
108			Je voudrais juste revenir là-dessus euh après c'qu'on disait par rapport à la patientèle qu'on qui nous correspond aussi
108		Les patients choisissent un médecin qui leur ressemble	moi j'suis pas tout à fait d'accord pourquoi ne pas aller en polo en tant que médecin généraliste moi j'pense que les patients ils choisissent aussi à mon avis un médecin généraliste qui leur ressemble et si ils sont plus stricts à mon avis ils vont prendre quelqu'un de strict et si ils sont plus décontractés ils vont peut-être prendre enfin j'sais pas
108		Les patients choisissent un médecin qui leur ressemble	voilà pas forcément moi je pense qu'on choisit quand même le médecin traitant qui nous ressemble en fait, et vu qu'on est très différent et ben j'pense que c'est bien d'avoir différents types de médecin généraliste pour s'adapter pour correspondre aux différents types de personnes en fait et que j'pense qu'il y a pas que des médecins traitants en chemise enfin pour les hommes
109	Travailler à plusieurs est un point positif		C'était une envie surtout de ne surtout pas travailler toute seule et travailler ensemble oui et maintenant que j'ai vu comment on peut travailler ensemble encore plus
109		Richesse du travail à plusieurs	je trouve ça hyper riche
109		Difficulté de travailler seul	et surtout aussi plus facile c'est hyper lourd tout seul dans son coin
109		Travail à plusieurs = point positif	Je suis d'accord
109		Point positif pour le quotidien	Sur le fait je pense qu'il y a une grosse différence de travailler seul et en groupe au moins dans le vécu quotidien quoi
109		Difficulté à travailler seul Travailler seul ne permet pas de s'épanouir	parce que être enfermé dans son cabinet concentré sur son travail d'accord les patients font de la

			compagnie on a quelques échanges mais on ça fait un peu histoire métro boulot dodo et on ne profite pas pleinement de l'exercice même si on aime ce que l'on fait j' pense que déjà au bout d'un certain temps il y a quelque chose qui devient un peu routinier à part les cas exceptionnels que l'on peut détecter
109		Travail à plusieurs = point positif	mais le fait d'avoir des gens que l'on apprécie surtout à proximité ben c'est
109		Travailler à plusieurs = richesse qui prévient l'ennui	C'est une richesse qui permet de prévenir cet ennui éventuel qui peut s'installer
109		Peur de travailler seul diminution isolement si travail à plusieurs	ça pallie un peu le côté ou moi j'avais très peur en médecine générale d'être seule enfin moi ça a été un de mes premiers enfin moi je n'aime pas être toute seule
109		Difficulté d'avoir un réseau ou un carnet d'adresses Difficulté d'être en zone désertifiée	oui c'est très bien mais effectivement c'est complètement personne dépendant ; ce qui me fait un peu peur en travaillant en ville, ça dépend vraiment avec qui on travaille et en fonction de la zone dans laquelle on se trouve on peut très bien ne pas avoir du tout d'interlocuteur ni de réseau ni rien du tout de sérieux dans un domaine particulier et d'être obligé d'envoyer des gens à 30 kms parce que voilà y a personne de costaud y a pas d'homogénéité quoi, des réseaux je pense que près de paris y en a
109		Comment avoir un réseau ou un carnet d'adresses	en pratique, moi si je décide de m'installer quelque part comment je fais pour mon réseau ?
109			C'est que je me suis rendu compte que la médecine tout seul en cabinet c'était juste hors de question
110	En premier recours travail à plusieurs = aide	Intérêt de la coordination gérontologique	oui pour les problèmes sociaux on a une assistante sociale qui est dans la même barre d'immeuble qui gère la coordination gérontologique donc la dans notre place, on envoie les gens, on appelle
110		Le réseau est un soutien	le réseau c'est vraiment un soutien quoi parce que pour les maintiens à domicile les gens handicapés etc.
110		Importance du carnet d'adresses en premier recours	moi je me suis rendu compte que l'outil le plus important qu'on ait c'est quand même notre carnet d'adresse quoi mais franchement ça va de la kiné l'infirmière le spécialiste enfin tout
110		Intérêt quotidien du carnet d'adresses	et ça au quotidien
110		Exemple en premier recours de l'aide du travail plusieurs	oui, pour une petite mamie qui est toute seule moi je me rappelle la première visite que j'ai faite toute seule c'était un douzième étage sans ascenseur heureusement que

			l'infirmière m'avait prévenue que ça faisait un bout de temps qu'elle était pas sortie enfin c'est elle qui m'a appelé en me disant il faut aller la voir là parce qu'elle est au 12 ^e sans rien et sans pouvoir sortir quoi donc et j'me suis dit c'est quand même bien d'avoir une espèce de réseau ou on voilà
110		Idée préalable que le travail a plusieurs est une aide	En fait j'me disait que ça devait être important
110		Exemple en premier recours de l'aide du travail à plusieurs	mais on a un patient qui avait une douleur thoracique un peu bizarre on a un cardio qui est genre la rue parallèle il l'a appelé il a eu l'ECG dans les cinq minutes
110		En premier recours c'est agréable de travailler à plusieurs	et j'trouve que c'est très agréable d'avoir cette espèce de, on passe un coup de fil et par on sait que c'est entre deux mais c'est aussi un arrangement qu'ils ont et je trouve que c'est très très agréable
111	En premier recours complexité du secret médical		oui c'est compliqué parce que il y a autant les secrets donc on ne peut pas révéler
111		Complexité du secret médical dans la médecine de famille	secret médical oui et puis aussi des histoires dont on entend parler par la tante qui raconte que untel a battu son fils et que après on a le patient devant soi et qu'on peut rien dire et que on sait pas si c'est vrai c'est compliqué même les voisins et
111		Difficulté à maintenir le secret médical en salle d'attente	moi je trouve qu'il y a rien de pire pour le secret médical qu'une salle d'attente. Vous allez voir Mme Machin elle a une toux – merci ça c'est pour le diagnostic
112	Complexité de la médecine de quartier		C'est une aide mais c'est parfois enfin nous nous c'est aussi une médecine familiale et aussi de quartiers et y a plein de ragots Rires S : mais c'est vrai et tout le monde sait tout sur tout le monde donc en fait ah untel a été hospitalisé, ah bon et on sait avant les comptes rendus et en fait c'est hyper gênant par ce qu'autant la famille peut révéler des petites choses mais alors le voisin
112			Et parfois y se battent et comme en fait le cabinet il est vraiment en rez-de-chaussée en vitrine en fait les gens y viennent même rien que pour parler avec la secrétaire et parfois ils se battent et untel alors j'tai entendu faire du bruit hein et ça c'est particulier
112			c'est le côté un peu village et on a le pharmacien sur la même place celui qui fait la bonne analyse, la radio enfin donc du coup c'est ben ah j'ai vu ah là

			la ah bon d'accord la prochaine fois que j'la voie écoutez j'lui dirai c'est un peu
113	Fatigue = Point négatif du stage		enfin au niveau de la fatigue mais voilà
113		Consultation au cabinet =fatigue	parce que parfois faire cinq jours de consult c'est crevant c'est pas possible enfin si c'est possible mais c'est crevant
114	Beaucoup d'apprentissage = point positif du stage		Dr A : globalement, plutôt satisfait S : oui énormément appris donc
114		Stage formateur = point positif	j'espère que le prochain sera aussi bien enfin formateur quoi
115-1	Rythme = point négatif du stage		je suis aussi contente d'arriver à la fin et de reprendre un rythme un peu plus régulier quand même
115-1			Dr A : la difficulté c'est par rapport au rythme A : c'est le rythme : garde, repos de garde, garde, repos de garde, Dr A : d'accord c'est difficile A : oui
115-2	Rythme = point positif du stage		H : et moi j'adore le rythme Rires H : pas du tout contente de terminer, et sinon ça va être difficile d'enchaîner avec un stage normal entre guillemets je pense, donc voilà, très très contente de mon stage, j'ai pas envie de partir
115-2			mais si c'est le rythme j'suis plutôt comme H je préfère un rythme comme ça plutôt que d'aller tous les jours en stage
115-2			Dr A : d'accord ça te convenait bien JC : oui le rythme
115-2			C'est un stage que je recommande vivement qui est assez agréable, bien encadré et des horaires assez sympathiques (sourires des autres internes)
116	Trois services hospitaliers en 6 mois = point négatif du stage		même si ça été un peu difficile de de faire trois fois deux mois, parce qu'on a à peine commencé à s'adapter que déjà on est à nouveau en train de rencontrer une nouvelle équipe, des nouvelles façons de travailler, des nouvelles maladies
117	Autonomie = point difficile du stage		comme d'habitude quoi c'est l'autonomie
117			c'est le problème de savoir quand est

			ce qu'on recours à lui
118	Prise de contact = point difficile du stage		la prise de contact avec les autres professionnels, l'organisation euh Dr A : hein hein Benjamin : comme d'habitude (rires légers des internes)
119	Positionnement par rapport au senior = point difficile du stage		la difficulté que je qu'on voit quand surtout au premier semestre c'est savoir se positionner par rapport au sénior parce que en tout cas aux urgences et au SAMU y a toujours un senior, on est jamais seul et donc c'est le problème de savoir quand est ce qu'on recours à lui et euh pas non plus, enfin qu'il nous en veuille pas de l'appeler par exemple pour la nuit pour des petites bricoles et en même temps qu'il nous en veuille pas de d'avoir fait des choses tout seul sans lui en parler
119		Positionnement de l'interne dépend de chaque senior	surtout qui y a c'est très variable y a certains chefs qui veulent vraiment entendre parler de tous les patients et puis d'autres euh au contraire qui nous adresse pas la parole si on va pas les chercher Dr A : ils viendront pas à votre rencontre J C : non
120	Difficulté à faire des traces d'apprentissage	Pas de trace validée	des exceptions, moi j'en ai validé aucune (S, H, A approuvent) Dr A : d'accord, t'as commencé à les rédiger ? J C : j'ai reçu le mail, déception aujourd'hui Rires
120		Trace sur présentation faites en cours	y en a une que j'avais quand même commencé mais c'était pas sur un truc clinique c'était sur une présentation qu'on avait fait en cours ici à la fac, euh on nous avait demandé de faire une présentation en cours donc je m'en suis servi et l'autre ben j'ai je sais ce que je vais faire mais j'ai pas encore commencé
120		Différence de ressenti entre tuteur et étudiant	parce que j'en ai fait deux, euh en fait j'en avais fait une première sur un passage en neuro sur les douleurs neuropathiques qui m'avait pris un peu de temps parce que j'avais fait un peu de biblio, j'ai voulu faire un truc propre, j'ai relu avec mon PH et tout ça et euh après la deuxième sur l'histoire de la preuve du décès , celle- là je l'avais fait euh au début d'une garde sur l'ordi euh du bureau ça m'avait pris deux heures quoi, et en fait j'les aient validées au téléphone avec mon tuteur et en fait il m'a dit oh ben la deuxième oh ben elle me plait vachement et tout,

			<p>vraiment je retiendrais celle- là quoi et en fait c'était marrant de voir que lui pour lui qui est vachement plus basé sur l'analyse émotionnelle du truc ,et tout ça il m'disait oui au niveau de l'affectif ou des choses comme ça du ressenti et moi très scolaire j'avais la première j'pensais que ce serait le truc qui mettrait un peu de la poudre aux yeux , j'sais pas quoi euh ben voilà c'est des trucs qu'on est plus fier parce que c'est plus propre machin et finalement c'est pas du tout ça qu'il a retenu</p> <p>Dr A oui ben j'crois B : ça la plutôt fait rigoler (H sourit)</p>
120			<p>Moi j'essaie de m'en servir pour les traces en fait ce qu'on voit en stage j'essaie de faire une trace sur en lisant en fait j'en ai une un peu plus cas clinique et une autre qui était plus qualitative en fait sur l'émotionnel</p>
120		Problème de la validation des traces par le tuteur	<p>oui, en fait d'ailleurs ça peut revenir sur la deuxième question, euh en fait on va dire un léger conflit entre faire une trace d'apprentissage qui doit être forcément validée parlée avec un maitre d'apprentissage dans un stage et un tuteur euh parce qu'on peut en parler au tuteur il a aussi l'expérience et que le maitre d'apprentissage aussi donc mais pour caler au service ça peut être un patient qui a pas été vu par le maitre d'apprentissage d'autant aux urgences que les maitres d'apprentissage tournent donc là en fait a priori pour cette troisième trace enfin , je l'ai vu avec mon maitre d'apprentissage mais je n'ai pas eu le temps d'en parler au tuteur et je sais que ça va mettre un mois pour avoir en fait la validation par le tuteur parce qu'il va reprendre toute la bibliographie et va voir comment on va s'arranger avec différents chefs de médecine générale</p>
120		Problème du temps pour la validation des traces	<p>Valider les différentes la même trace par plusieurs personnes ça prend du temps</p>
121	Ignorance de ce qu'est la compétence premier recours		<p>Dr A :On a peu parlé de la compétence premiers recours alors plus peut-être parce que vous êtes en premier semestre pour certains d'entre vous j'sais pas vous l'avez illustré comme trace d'apprentissage pour vous premier semestre, fin de premier semestre c'est quoi la compétence premiers recours ?</p> <p>Grand silence</p>

121		Système complexe de validation	j'sais pas, on a eu une réunion d'informations quand on est arrivé en médecine à PARIS VII et c'est un système de validation extrêmement complexe et c'est vrai que tout ce qui est traces, objectifs tout ça, ça reste un tout petit peu mystérieux (oui de l'ensemble des internes)
121		Notion jamais évoquée	j'pense pas avoir entendu ce mot-là, disons c'est la première fois que j'entends ce
121			Dr A : vous les avez pas apprises par cœur D : une fois que je les ai lues au mois de novembre et puis après j'ai mis le truc dans mon sac et puis il est au fond la bas donc voilà donc
121			Dr A : et toi qu'est-ce que tu avais compris par rapport à la compétence premier recours Pour toi est ce que tu as autre chose à ajouter à ce qu'a dit S? où ? E : non
121			la compétence premier recours c'est des compétences dans toutes les compétences qu'on veut valider ? c'est comme une sous-catégorie c'est une catégorie de
121			ah, c'est une seule des compétences
121			y a pas dans la compétence premier recours y a pas plusieurs compétences
121		Difficulté à comprendre la compétence premier recours	j'ai l'impression je comprends pas trop cette compétence dans le premier recours
122	Intérêt des compétences	a progresser	après y a différentes listes de compétences à valider qui permettent de rester dans le cadre et de progresser
122		b questionnement sur leurs intérêts	juste pour préciser ça euh fait longtemps que j'ai pas relu le truc mais euh y a une espèce de fascicule orange qui a été distribué au début ou sur les premières pages en fait les onze compétences sont détaillées en fait à quoi elles servent etc ...
123	Situation de premier recours fréquente aux urgences		Dr A : donc tu es aux urgences tu as forcément été confronté à une situation de premier recours est ce que tu en as une qui te viens à l'esprit comme ça ? Silence S : y en a des dizaines
124	Difficulté de l'incertitude du diagnostic en premier recours		non mais j'crois que la question que l'on peut poser un diagnostic mais qui est pas forcément sur on dit on laisse jamais sortir quelqu'un en se disant ben si il a mais globalement on se fait quand même une idée on se dit ben on le laisse sortir parce qu'on pense que c'est une constipation même si c'est

			un diagnostic d'élimination mais au final on finit toujours par ce dire ben on laisse sortir parce qu'on pense que c'est ça, en fait, même si on a pas de diagnostic de certitude
124			J'sais pas si on s'y habitue tant que ça (A et S approuve) c'est un truc qui me gêne
124			et nous on saura jamais si finalement c'était bon ou si au final on s'était complètement planté et que après le médecin traitant il a peut être récupéré nos bourdes aussi qu'on a faites aux urgences des choses qu'on avait vues enfin voilà donc ça s'est un peu enfin moi j'trouve ça frustrant aux urgences
124			ouais surtout que ben généralement y a un flux quand même qui est important et que on peut pas garder tout le monde quand on est pas sûr et donc c'est sûr qu'on en laisse sortir un certain nombre en se disant euh voilà en ayant notre idée en se disant ben on pense que c'est ça on pense que
124			je suis assez d'accord avec ce qu'elle dit euh moi j'en vois souvent particulièrement les douleurs abdominales on a beau faire un bilan complet on retrouve pas de syndrome inflammatoire on retrouve rien de particulier et en général si c'est des douleurs qui sont pas qui sont pas trop handicapantes on les laisse ah c'est bon tu rentres à la maison mais la peur de toujours avec la peur qu'ils reviennent avec quelque chose de plus grave à côté duquel on est passé quoi
124		Pas d'examen complémentaire pour un diagnostic certain	et puis paradoxalement enfin on est censé avoir des tests qui donnent rapidement le diagnostic mais qui marchent pas enfin au labo on les a pas enfin il faut les envoyer on peut pas y avoir recours et donc enfin je on porte rarement un diagnostic fondé sur des certitudes, quoi sur des textes existants, sur les recommandations
124		Pas d'examen complémentaire pour un diagnostic certain	ben disons quand on dit que le test il apportera rien enfin c'est pareil pour la mononucléose, enfin pour la mononucléose c'est un peu différent par ce qu'on dit que c'est clinique et on va pas chercher systématiquement l'EBV donc ça à la limite c'est plus carré mais comment pour les gripes au point de vue épidémiologique aussi on recense pas moi je suis toujours un petit peu gênée de devoir cocher sur un logiciel grippe ou pas grippe et de ne pas avoir fait le test de grippe et conclure syndrome grippal et en même

			temps avoir au labo un test de grippe inutilisable et sur l'ordinateur cocher pas de grippe pour pouvoir m'extraire du et c'est des aberrations d'organisation en fait
125	Pas de suivi du patient aux urgences =point négatif		mais parce que j'aime bien le suivi des patients en fait aux urgences c'est quand même très frustrant parce que majoritairement on les reverra pas
125			et nous on saura jamais si finalement c'était bon ou si au final on s'était complètement planté et que après le médecin traitant il a peut être récupéré nos bourdes aussi qu'on a faites aux urgences des choses qu'on avait vues enfin voilà donc ça s'est un peu enfin moi j'trouve ça frustrant aux urgences
126	Stratégie pour éviter l'incertitude diagnostique	Bilan complémentaire et médecin traitant	et donc ben des fois souvent on organise quand même la sortie et donc la prise en charge ultérieure avec par exemple on leur dit de faire une écho en ville de faire un bilan en ville et puis d'aller voir leur médecin traitant
126		Médecin traitant	Moi assez souvent j leur dit si ça va pas mieux d'ici trois jours vous allez voir votre médecin traitant ça fait une sécurité supplémentaire derrière
126		Avis du senior	Et puis j'en parle toujours au senior aussi du coup pour m'assurer que qu'il est d'accord avec moi
126		Avis du senior	quand je sais pas trop quand j'ai pas de diagnostic de toute façon là je vais en parler
127	Difficulté en situation de premier recours car manque de consensus		Oui enfin pour les douleurs abdominales c'est aussi un manque de consensus
127		Exemple d'un manque de consensus	oui c'est quand la douleur quand on est pas encore trop inquiet sur quelque chose de chirurgical chercher à l'ASP certains cherchent un fécalome enfin on cherche de la constipation sur une image et puis d'autres cliniquement cette douleur elle m'inquiète pas quoi
127			Oui c'est pas très carré quoi mais Oui c'est pas très carré
128	Importance de l'expérience en premier recours		douleurs abdominales par exemple qui c'est un grand symptôme et ça c'est vrai que dans certain cas l'expérience qui va jouer
128			en fait certain médecin cliniquement c'est un syndrome grippal
128		Situation nécessitant de l'expérience	mais il restera toujours des situations ou on a besoin de l'expérience d'une personne qui a fait 20 ans 30ans de bac +20 bac + 30 par rapport à toi quoi
128			ben voilà ça s'apprend avec l'expérience

129	Acquisition d'expérience en premier recours		ben la progression ben oui en ce qui me concerne enfin je pense que je suis pas le seul, il y a une nette différence entre externat ou il y avait plus ou moins un senior et puis et ou des internes pour plus ou moins confirmer ce qu'on disait et ce qu'on pensait alors que et puis après d'un coup se retrouver en garde tout seul avec des patients qui ont mal qui se mettent à vomir dans tous les sens et chez qui on découvre des grosses patates dans la tête en plein milieu de la garde
129	Acquisition d'expérience en premier recours		et là effectivement l'expérience que l'on acquiert en SASPAS
129	Acquisition d'expérience en premier recours	Acquisition expérience en niveau un	et du coup j'me rapporte vachement à ce que j'avais fait en niveau 1
129	Acquisition d'expérience en premier recours	Expérience d'être en sixième semestre	ou p't'être que c'est aussi par rapport à l'expérience d'être en sixième semestre
129	Acquisition d'expérience en premier recours	Expérience acquise en SASPAS	euh ça j'ai pas mal appris justement en SASPAS par rapport au niveau 1
129		dépend de chaque interne	Ce qu'on faisait pas durant les 6-7 premiers jours du stage quoi c'était (sourire peu convaincu S, E, A) S : rires : c'est très vite j'ai mis beaucoup plus de six jours pour pas demander l'avis du sénior sur des patients graves H : Après ça dépend ce qu'on appelle grave mais D : à J3 J4 euh B: oui ça dépend de quel service aussi ça dépend du service ça dépend de la gravité du patient de la complexité de la situation mais c'est vrai que l'expérience enfin même si on est interne au sixième jour on l'acquière pas en six jours en tout cas il faut en tout cas plusieurs mois pour certains plusieurs années pour d'autres
130	Représentation du médecin pour le patient	a. dépend de l'âge	je souris car en tant qu'externe comme je suis un peu plus âgée que l'externe normal, j'avais déjà ce problème enfin que les patients enfin la famille s'adressaient à moi plutôt qu'à l'interne
130		a. dépend de l'âge	Dr A : d'accord tu étais déjà rodée Emmanuelle : oui à l'inverse la gêne aussi
130		a. dépend de l'âge	tout à fait moi il y a un nombre de fois incalculables où on me dit on me demande mon âge alors que en plus je suis plus vieille qu'un interne normal.
130		b..Dépend du sexe	après je suis pas dans la peau d'un homme mais

130		b. Dépend du sexe	moi les clivages, j'ai vu et constaté depuis le début de l'externat en fait parce que moi bon déjà à cause de mes cordes vocales entre guillemets un peu surdéveloppées souvent les patients ils me considèrent entre guillemets comme le médecin, y a une fois y en a même une qui me disait c'est vous le chef et j'fais non non moi je suis étudiant et le médecin il est juste à côté de moi, il est là. Parce que souvent mon interne elle faisait 1,60 m, 1,65 m et tout donc voilà
130		b. dépend du sexe	en tant que femme on passe souvent aussi pour des infirmières
130		b Dépend du sexe	par contre pour le clivage homme femme ça me se semble évident moi ça m'a semblé évident dès l'externat, moi j'ai une femme qui est jeune et qui est une femme moi j'arrive j'suis un peu plus vieux et je suis barbu et le médecin c'est moi, (rires Sébastien, sourire Amélie et Emmanuelle) c'est assez curieux euh c'est comme ça
130		b. dépend de l'attitude de chaque femme	ça dépend des femmes
130		b.dépend de l'attitude de chaque femme	les femmes un petit peu autoritaires, sèches, sûres d'elles, là ça c'est sûr que tu vois entre les filles y en certaines elles disent ce que vous dites « on demande c'est qui le médecin » et à côté de ça y en d'autres y a pas de problèmes
130		c. dépend de l'assurance	si on manque un tout petit peu d'assurance en entrant dans la pièce c'est bon on est une infirmière (rires de Sébastien)
130		d. dépend de la présentation	quand ça va faire une heure et demi ou une heure qu'on a soigné le patient qu'on a attendu le bilan il nous dise bon quand est ce qu'il vient le médecin, c'est moi le médecin je vous ai dit que j'étais interne je suis médecin. J'ai encore du mal moi à me présenter en tant que médecin je suis médecin je dis bon ben je suis l'interne j'arrive
130		d. dépend de la présentation	non c'est pas compris par tout le monde, donc maintenant j'ai plutôt tendance à dire je suis médecin voilà sinon ils comprennent pas
130		d. dépend de la présentation	oui et c'est vachement mieux depuis que je me présente mieux j'pense car interne j'crois ils comprennent pas les gens, internes externes ça leur évoquent rien donc au moins ça cale les choses
130		e. ne dépend pas du sexe	j'ai vu ça avec mes collègues mais vraiment exagéré, elles sont un peu

			petites mais on voit bien c'est vrai (rires D) mais j'ai jamais vu qu'il y avait un clivage aussi fort, entre je ressens ça, entre homme et femme
130		e. Ne dépend pas du sexe	mais moi ma chef de service c'est une femme et trois quart du service aux urgences d'Argenteuil ce sont des femmes et ça rigole pas quoi Rires Sébastien : et j'ai jamais senti le clivage comme t'en parle donc euh
130		f. dépend du physique	il y a une question de filles aussi bizarrement enfin pas bizarrement mais quand on est plus on est grande et grosse ou quand on est petite et toute maigre on fait moins mais après t'est quand même; c'est plus facile
130		g. dépend du premier abord	enfin j pense c'est juste le début, c'est juste le premier passage H : oui le premier passage
130		g. dépend du premier abord	une fois que les présentations sont faites par contre y a plus de discrimination de crédibilité quoi j crois que c'est vraiment un a priori et une fois qu'il est dépassé après euh j pense pas que vous soyez moins crédible
130		g. dépend du premier abord	non non mais c'est vraiment dans la première impression de la personne qu'en fait on a l'impression que
130		g. dépend du premier abord	H : non, non mais moi j disais pas ça Dr A : H ? H : sur la première impression en fait, sur la première impression qui engage pas forcément la suite de la prise en charge, mais juste au départ avant qu'on ait ouvert la bouche en fait dès fois on sent qu'on est pas perçu pareil après dans la suite des choses (rires S)
130		h. Dépend des patients	ça dépend des gens
130		h. dépend des patients	ben ça dépend, c'est difficile d'extraire une catégorie pour dire tel type de personnes font pas confiance aux femmes, parce que y a des personnes âgées même des hommes enfin des vieux messieurs ils comprennent que c'est la femme le médecin voilà et à côté de ça y a des femmes même jeunes qui vont plutôt parler à l'homme donc enfin c'est difficile de dire que c'est les vieux messieurs qui sont machos et voilà
131	Difficulté à se positionner en tant que		quand ça va faire une heure et demi ou une heure qu'on a soigné le patient

	médecin en premier recours		qu'on a attendu le bilan il nous dise bon quand est ce qu'il vient le médecin, c'est moi le médecin je vous ai dit que j'étais interne je suis médecin. J'ai encore du mal moi à me présenter en tant que médecin je suis médecin je dis bon ben je suis l'interne j'arrive
131		Difficulté car mauvaise compréhension du patient	non c'est pas compris par tout le monde, donc maintenant j'ai plutôt tendance à dire je suis médecin voilà sinon ils comprennent pas
131		Difficulté due à l'âge	tout à fait moi il y a un nombre de fois incalculables où on me dit on me demande mon âge alors que en plus je suis plus vieille qu'un interne normal. On me demande quel âge où pareil si ils vont voir le médecin donc effectivement maintenant chaque fois que je rentre je dis « bonjour, je suis le médecin des urgences, qu'est-ce qui vous arrive ? » comme ça au moins ça cale les choses directement voilà mais finalement après ça passe bien hein
131		Difficulté car mauvaise compréhension du patient	oui et c'est vachement mieux depuis que je me présente mieux j pense car interne j crois ils comprennent pas les gens, internes externes ça leur évoquent rien donc au moins ça cale les choses
131			moi par contre j'ai de très bonnes relations avec les familles après ça se passe très bien une fois qu'ils comprennent que Dr A : c'est bien toi le médecin H : oui voilà après ça se passe très bien généralement
131			la seule chose qui a un peu changé c'est que maintenant pour la présentation euh il a fallu pendant un mois que je m'habitue à dire je suis le médecin de garde et machin alors que pendant 5ans j'ai dit j'suis étudiant en médecine euh je suis l'externe euh je suis l'interne bonjour donc ça par contre ça m'a pris un mois pour la présentation
131		Difficulté à se positionner en tant que médecin	oui en niveau 1 et en fait j'ai pas la même position on va dire en tant que médecin dans chaque stage quoi donc c'est ça aussi qui me et parfois j'ai l'impression de retourner dans mes premiers semestres et d'autres moment où j'ai l'impression d'être le médecin et d'avoir une autonomie totale quoi
131			Dr A : c'est un changement de posture qui est pas forcément Sylvie : pas forcément confortable on sait pas

			comment toujours se positionner
131			ça met pas forcément en confiance
131			alors j'ai un peu le même avis que Sylvie, c'est que selon la manière dont les maitres de stage nous présentent au patient on a pas l'impression d'être la même personne en fait, parfois on est juste l'interne et on est là juste pour écouter et surtout moi en PMI et puis y a un cabinet où on nous présente comme la remplaçante du médecin donc d'un coup on prend un statut supérieur et notre avis a plus de poids et du coup on n'est pas à l'aise forcément tous les jours quoi on sait pas trop comment se situer
131			mais c'est vrai je rejoins assez l'avis des filles c'est-à-dire que moi PMI, Planning familial j' suis la remplaçante quoi enfin on dit que j'suis la remplaçante j'suis enfin j'ai l'impression même que des fois c'est moi qui fait tourner la PMI (acquiescement Clothilde) mais enfin voilà
131			et ça m'énerve un petit peu
131			mais l'autre c'est pareil j'suis la remplaçante
131			d'avoir le titre entre guillemets de médecin à part entière et pas juste de stagiaire
131			là j'me sens enfin j'me sens comme une remplaçante et clairement je suis présentée comme ça
131			Dr A :Et ça te dérange ?Patricia : ah non non pas du tout justement ça donne plus on nous écoute plus on n'est pas juste la stagiaire ils comprennent mieux qu'on est un médecin
131			Dr A : le terme de stagiaire c'est plutôt péjoratif Patricia : oui je trouve un peu
132	Acquisition de la communication avec le patient et son entourage		pas de soucis, enfin voilà j'explique beaucoup aussi tout le temps au début expliquer un peu ce qu'on cherche ce qu'on va faire du coup je reviens les voir quand même assez souvent pour leur expliquer ou on en est même si c'est long c'est long mais je suis

			désolée on attend encore
132		Intérêt de donner beaucoup d'explications	non mais en fait j'aime bien leur expliquer, donc j'me dis que qu'aux urgences ils sont toujours super stressés ils sont inquiets tout ça donc je trouve ça plus sympa d'essayer de leur expliquer
132		Ne pas trop donner d'explications	d'ailleurs ça m'a valu d'ailleurs une trace à trop leur expliquer quand on se plante rires ça se retourne contre nous et du coup ça nous décrédibilise on se décrédibilise tout seul quoi mais voilà (rires S sourires A et D). J'ai appris ça aussi. Dr A : expliquer mais pas trop H : Pas trop
132		Intérêt de donner beaucoup d'explications	moi je fais pareil, j'explique beaucoup pourquoi je fais ce bilan pourquoi je fais ci pourquoi je fais ça parce que j'trouve que ça apporte beaucoup de crédibilité
132			finaleme nt parce que si on en plus on a l'air jeune on est des femmes, (rires H) si on leur dit bon ben j' fais un bilan maintenant vous devez attendre une heure alors si on leur explique pas pourquoi , ils vont croire qu'on fait n'importe quoi et qu'on sait pas c'qu'on fait
132		Intérêt de donner beaucoup d'explications	alors que si on leur explique pas à pas ce qu'on fait j'pense qu'ils intègrent mieux pourquoi ils attendent en fait . Dr A : les choses se passent mieux en fait A : Oui
132		Pas de problème de communication	mais donc moi le problème maintenant et actuellement il a jamais été au niveau de la communication avec les patients parce que depuis le début euh j'ai dû leur expliquer parce que eux ils venaient vers moi
132		Pas de problème de communication	sinon pour la communication avec la famille j'ai jamais eu de problème parce que pendant des années euh ils sont venus me voir à tort comme si j'étais le médecin
132		Pas de problème de communication	oh oui, oui non parce que la communication avec la famille y a aucun problème
132		Communication avec la famille difficile	j'pense que la communication avec la famille c'est pas évident, euh moi je suis en salle donc j'suis pas aux urgences, donc il faut donner régulièrement des informations à la famille et c'est vrai que les familles ont beaucoup plus tendance à s'adresser à l'interne pour les petites taches du quotidien et les grandes infos et les grandes orientations s'adresser au

			chef ce qui en soit respecte la logique imposée par la salle
132			peut-être pas sur les acquis qu'on progresse le plus sur les connaissances, c'est surtout l'aspect relationnel
132			je trouve que on parle qu'en deux mois je sais que je parle plus pareil aux patients
132			Dr A : sur la relation Tiphaine : ouais
132			non non non pas du tout, peut être qu'aussi ça dépend probablement des différents cabinets dans lesquels on était mais la marge de progression c'était plus comme c qu'e disais T par rapport au relationnel
132			la gestion du relationnel
132			parce que tout le côté relationnel
132			et que qu'on lui explique pourquoi on fait tel examen il arrive à comprendre et il revient avec les examens et on c'est un travail qu'on fait ensemble quoi c'est pas y a pas une frontière le médecin y sait tout le patient y sait pas c'est un travail ensemble
132			on en discute ensemble euh en posant des questions sur de nouveaux symptômes et une fois y a un patient qui est revenu la semaine d'après en me disant ah mais j'ai réfléchi à votre question que vous m'avez posé oui effectivement parfois j'ai ce symptôme- là parfois ça peut aussi éclairer et c'est pas c'est un travail médecin et patient quoi
132		Explications par médecin généraliste	Oui parce qu'on leur explique, parce que justement en cabinet on leur donne pas juste l'ordonnance c'est bon au revoir euh parce que déjà ils la lisent devant nous
132		Communication différente à l'hôpital	alors qu'à l'hôpital rarement ils la lisent devant nous ils la mettent avec la tonne de papiers de sortie de machins de trucs de rendez-vous de et finalement ils la lisent chez eux tout seul quoi
133	Importance du costume en premier recours		en fait je trouvais qu'au final à l'hôpital on avec en plus la blouse on a une barrière on est froid
133	Importance du costume en premier recours	Plus de clivage homme femme aux urgences car tenue identique pour tous	y a peut-être aussi aux urgences, comme tout le monde est en pyjama, tu fais moins la différence entre médecin et infirmière, dans les services ça se voit plus facilement

133		Plus de clivage homme femme aux urgences car tenue identique pour tous	aux urgences tout le monde est en pyjama, pour les gens c'est les filles en pyjama c'est les infirmières puis les hommes avec les blouses c'est les médecins
133		Moins de clivage homme femme au cabinet car interlocuteur uniquement médecins	j pense que déjà c'est plus facile parce que ils savent que ils vont chez le médecin traitant, y a pas d'infirmière, pas d'aides-soignantes comme il disait le truc aux urgences c'est qu'on est super nombreux et tous habillés en pyjama. Donc c'est vrai que pour eux le problème c'est qu'à moment donné y savent plus qui est qui alors que dans un cabinet de médecin ils vont voir le médecin y a que le médecin donc finalement je pense que c'est plus clair dès le départ
133		Importance du costume pour la crédibilité	dans un cabinet ? j pense que ça dépend aussi de la présentation, si on est habillé un peu « employé de bureau » entre guillemets j pense que ça fait un peu sérieux les gens y ont plus confiance que si on est habillé avec baskets ou
133		Importance du costume en cabinet	Dr A : tu penses que quand on est médecin généraliste la façon dont on se présente à son importante y compris dans son cabinet ? J C : ah oui bien sûr je pense qu'il faut être plutôt
133		Le costume reflète la fonction ou le mode de pensée	si si justement j'ai envie d'étendre ça à la vie de tous les jours c'est le look vestimentaire reflète ou est censé refléter plus ou moins soit la fonction soit le mode de pensée, si on s'habille sérieux c'est qu'a priori on est sérieux, si on s'habille décontracté c'est qu'a priori on est décontracté généralement le type super sérieux va pas s'habiller avec un poncho euh à rouler le joint et tout « je viens vous examiner » bon ben voilà. C'est valable pour le médecin généraliste mais c'est valable dans la vie de tous les jours au final
133		Le costume représente la personnalité	Après j suis d'accord que le look et la façon de s'habiller joue sur plutôt la personnalité du médecin
133		Le costume ne joue pas sur la fonction et la qualité du médecin	mais pas dans sa fonction et dans sa qualité en fait donc
133		Le costume a une importance sur la confiance du patient	par exemple si je devais aller au cabinet je pense que j mettrais une chemise, enfin j serais patient et j arrive dans un avec quelqu'un qui est un peu trop décontracté j aurai pas forcément confiance
133		Le costume influence l'attitude du patient	après le risque si tu t'habilles d'une manière trop stricte c'est que le patient se livre moins aussi

133		Costume pas trop strict non plus	non non trop stricte juste une chemise j'veais pas me mettre en costume
133		Le costume influence l'attitude du patient	qu'il se déshabille pas
133		Le costume ne doit pas entraîner d'inégalité avec le patient	faut pas trop d'inégalités non plus
133		Le costume ne doit pas entraîner d'inégalité avec le patient	faut rester au même niveau que le patient oui
133		Le costume ne doit pas entraîner d'inégalité avec le patient	ça c'est important aussi, moi j'avais eu une fois un chef de service à Bichat qui disait « habillez-vous neutre » et lui il était toujours en pyjama de bloc pourquoi parce que c'est neutre et que c'est vrai que c'est assez indélicat d'examiner en cravate quelqu'un qui est à poil devant quoi. Nous on est au meilleurs de nous-mêmes et lui ben il est là comme il peut et puis sinon j'pense qu'y a cette partie de dialogue qui se fait pas et les gens ont tendance ah moi j'peux pas être nu devant le monsieur qui est va dans sa soirée dans 5 minutes quoi
133		La confiance dépend du relationnel et pas du costume	voilà je pense que la relation de confiance elle se fait surtout sur un relationnel je pense qui dépasse vite finalement l'apparence classique euh de l'habit et tout ça déjà il y a une relation de
133		Le costume a une importance en premier recours	oui mais en premier recours est ce que ça compte pas ?
133		Il existe toujours un a priori	j'pense mais j'suis d'accord que quand même qu'il y a toujours un a priori
133		L'attitude du médecin permet de dépasser le costume	après je pense qu'il peut être très vite dépassé je pense si l'attitude est comme il faut
134	Gestion, travail de secrétariat	a.point négatif	parce que j'trouve ça insupportable d'avoir à répondre au téléphone de gérer tous les papiers CMU,AME, tout ça, ça m'intéresse absolument pas
134		b.intérêt d'un secrétariat	alors moi j'étais vraiment au début de mes études en tout cas très axé sur la médecine libérale voilà et c'est vrai que travailler en CMS ça m'a fait découvrir vraiment un mode d'exercice que vraiment j'adore y a trois infirmières qui gèrent énormément de truc y a deux secrétaires à l'entrée qui on s'occupe de rien à ce niveau-là et je trouve ça absolument génial et là j'ai découvert que finalement qu'être salarié d'un centre de santé ça pouvait être un mode d'exercice hyper agréable en tout qu'a à ce niveau-là on voit

			vraiment que les patients enfin moi il m'ont ouvert une consultation dès qu'il y a un cabinet de libre je prends que des patients j'suis tout seul et c'est vraiment absolument génial d'avoir rien avoir à gérer à ce niveau-là juste une signature sur un papier et c'est bon donc moi c'est l'énorme point positif que je trouve dans ce SASPAS là en tout cas
135	Exercice médical seul entraîne apprentissage		et du coup bah c'est comme ça que j'ai l'impression d'apprendre plus d'avoir le titre entre guillemets de médecin à part entière et pas juste de stagiaire
135			ah oui et puis l'avantage du niveau deux en SASPAS c'est qu'il y a que nous donc autant en niveau un y a le prat on peut le crocher il est là il sait souvent ce qui faut faire au pire on est deux on y réfléchit ensemble là
136	SASPAS globalement positif		mais en général ça se passe bien sauf ma grossesse ça c'est plus ou moins bien passé vis-à-vis d'un des prat mais euh tant pis
136			et donc euh et donc ben je suis assez contente
136			mais euh sinon dans les cabinets par contre de médecine générale y en a un où c'est vachement bien
136			ça se passe bien sinon
136			je pense que ça doit vraiment dépendre des terrains de stage parce que moi au contraire en tout cas le lundi mardi au planning et en gynéco j'apprends vraiment énormément
136		Progression importante	là clairement moi j'ai vraiment l'impression de progresser beaucoup
136		Mieux que niveau un	plus euh qu'en niveau un sincèrement même si j'ai beaucoup progresser en niveau un ça je vraiment je mets pas en cause ça du tout euh j'ai vraiment cette sensation là en tout cas
136			et là en fait comme pour mon SASPAS c'est pas du tout comme ça du coup voilà ça va être le côté euh en tout cas par rapport au cabinet parce que en fait moi finalement j'ai qu'une journée dans mon SASPAS où j'ai ça et c'est vrai que du coup j'ai vraiment le sentiment d'apprendre dans les autres

			structures
136		Apprentissage en SASPAS	après au niveau des acquis euh j'ai appris pas mal de chose aussi en SASPAS
137	Décision de faire le SASPAS prise après le stage de niveau un		et ben moi c'est un petit peu particulier parce que c'est vrai que c'est après le stage de niveau un que je voulais vraiment faire le SASPAS pour terminer mon internat
137			et sinon moi mon SASPAS j'ai aussi décidé de le faire à la fin de mon stage de niveau 1
137			alors moi j'ai fait le SASPAS parce que justement mon stage de niveau 1 c'était pas bien passé et je voulais avoir une bonne image de la médecine générale (RIRES)
137			je trouve que le SASPAS justement complétait bien mon stage de niveau 1
138	Niveau un mieux que SASPAS		et on va dire que j'avais, j'ai le sentiment d'avoir plus apprécié mon niveau un que mon SASPAS
138		Plus d'apprentissage en niveau un	et euh alors que quand il y avait le prat je l'écoutais dire certains trucs j'apprenais des trucs
138			Sylvie : oui, j'ai vraiment l'impression d'avoir fait Dr A : le tour du premier recours Sylvie : ah oui enfin au niveau 1 et même le sentiment d'avoir fait deux fois plus dans mon stage de niveau 1 qu'au SASPAS
138		Mieux pour le premier recours en niveau un	euh oui ça rejoint un peu ce qu'a dit T en tout cas en niveau un c'était le topissime pour la médecine de premier recours j'ai vraiment découvert une autre façon de travailler
139	Point négatif du stage = pas suivi des patients		moi du fait que j'ai des journées différentes tous les jours euh je n'ai pas vraiment de suivi
139			ou j'avais par exemple je vais assister à un début de prise en charge mais pas forcément voir la suite ou la fin euh
139			Dr A : ça c'est un peu frustrant Sylvie : c'est un peu frustrant
139			moi aussi c'est vri je suis chez un médecin généraliste en cabinet mais aussi en CMS et je trouve voilà l'inconvénient du CMS y a pas

			vraiment un suivi de patients on est plusieurs médecins en fait
139			c'est pas forcément les patients que j'ai déjà vu
139		Meilleur suivi du patient en cabinet	le suivi n'est pas aussi régulier quand on est en cabinet j'ai l'impression on est le médecin attiré donc le suivi est quand même plus correct
139			ils viennent pas forcément nous voir nous après ils vont voir le maitre de stage et justement si il nous fait pas le retour on n'en a pas on se sent un peu frustré parce qu'on a lancé des choses et on sait pas c'que ça a donné
140	Avis mitigé sur le SASPAS		et du coup moi je suis un peu mitigée par rapport à mon SASPAS
140		Plus d'apprentissage à l'hôpital	ou en stage où y a des staffs tout le temps à l'hôpital
141a	Découverte organisation du cabinet en SASPAS		et je trouve que au niveau du SASPAS on voit beaucoup plus l'organisation du cabinet le côté matériel, le coté comptable, le coté tout ce qui est à coté en fait,
141a			mais on voit aussi tout l'envers du décor que j'avais pas senti tant que ça en médecine de niveau un tout l'administratif quoi on l'avait pas vu avant je me rendais pas compte que ça me prenait autant de temps que enfin voilà (acquiescements des autres internes)
141b	Découverte organisation du cabinet en niveau un		ça dépend avec qui tu travailles, en stage de niveau un j'ai été confronté y a un des deux j'étais sur deux cabinets et un des deux où j'étais déjà confronté à comment ça s'passe la compta, les comptes
141 b	Découverte organisation du cabinet en niveau un		j'trouve que le stage de niveau 1 il apprend plein de choses sur le fonctionnement du cabinet tout ça
142	Niveau un centré sur le patient	Niveau un centré sur la pathologie du patient	alors que dans le niveau 1 on est plus dans le sur la pathologie du patient en elle-même
142		Niveau un centré sur la relation médecin patient	la relation médecin patient
143	Plus de recul en SASPAS		alors que je trouve dans le SASPAS on a plus de recul
144	Point positif du SASPAS plus		Ce que j'apprécie dans le SASPAS c'est l'autonomie en fait qu'on a par

	d'autonomie		rapport au niveau un euh du fait aussi comme tu disais Marie Laure de faire tourner un peu le planning ou la pmi (acquiescement Marie Laure) j'aime bien justement en fait au planning où on me laisse vraiment faire mes consultations à moi
144			et de pouvoir vraiment gérer mes consultations comme comme je le veux et j'ai également le même ressenti dans les cabinets de médecine générale et ça j'apprécie beaucoup par rapport au stage de niveau un
144			mais sinon je trouve que l'autonomie c'est quand même pas mal
144			sans être tout le temps justement avec la gynécologue qui est avec moi qui est un médecin généraliste d'ailleurs euh et qui euh qui me laisse là de plus en plus d'autonomie
144			qui me laisse gérer les après-midi de planning tout seul même si elle est à coté en train de faire autre chose
145	Point négatif du stage = ne pas gérer son planning		je rebondis juste sur le fait de faire tourner la PMI etc. moi ce que j'aime pas c'est que c'est pas moi qui gère mon planning c'est-à-dire qu'on me rajoute des rendez-vous enfin et etc. on me demande pas mon avis etc. et donc
145			Dr A : un peu désagréable Marie-Laure : oui un peu désagréable
145			et j'ai le même souci que toi, on me met des patients parce qu'il faut remplir ma consult
146	Point négatif du stage = peu d'évolution en SASPAS	Peu d'évolution en SASPAS	j'ai pas l'impression de beaucoup évoluer pendant ce stage c'est le problème justement je suis toute seule donc je fais sur mes acquis
146		Peu de supervision	là c'est mon regret enfin j'ai pas beaucoup de supervision
146		Travail avec ses acquis	et euh je bosse avec mes acquis
146		Peu d'évolution	enfin donc j'ai l'impression de pas évoluer des masses ça dépend aussi des gens c'est sur
147	Point négatif du stage = « dépannage »		non moi ça se passe bien y a juste des fois je trouve qu'on dépanne bien quoi

			(acquiescement Jennifer et Marie Laure) quand on arrive le mardi ah ben non ils sont pas là ils sont en week-end ils ont pas prévenu et que nous on est toute seule avec le remplaçant qui est là qui doit qui patauge
147			mais c'est vrai que des fois on a vraiment l'impression de dépanner d'être le remplaçant pas cher quoi
148	Compétences validées = passage à autre chose		Dr A : vous avez déjà validés toutes vos compétences ? Patricia : Oui une fois que je les ai validé Dr A : on passe à autre chose Patricia : oui, c'est ça
149	SAS PAS = situation complexe = traces		oui ça me désespère un peu mais là là ça va mieux le SASPAS c'est un assez bon pourvoyeur de de traces là en tout cas où je suis là
149			moi je trouve qu'en en SASPAS on a beaucoup de de possibilité de faire des traces
151	Médecin généraliste =premier recours=parfois effrayant		que finalement vous êtes le médecin de premier recours donc que tout ou presque est du premier recours, ça vous fait pas réagir ?Patricia : c'est un peu effrayant quand même par moment
151			mais j'pense que parfois quand on est les premiers vraiment on s'prend le boulet de canon et après il faut arriver à l'attraper à le poser et à c'est pas facile tous les jours
151			c'est bien d'être le premier recours mais y a des jours c'est sportif
152	Difficulté en premier recours=nécessité de tout savoir		voilà il faut quand même maîtriser vraiment tous les domaines, (sourires des internes)
153	Difficulté en premier recours= répondre à tout		il faut avoir réponse à tout,
153	Difficulté en premier recours= répondre à tout		pas tous mais y a des fois ils arrivent il faut la réponse là tout de suite maintenant et des fois moi parfois la réponse je l'ai pas trop, j'galère quoi c'est pas très clair,
153			là on est direct en face du patient et il faut qu'on trouve la réponse maintenant c'est pas quoi Dr A : faut arriver à terminer la consultation Sophie : voilà

154	Difficulté en premier recours= différence entre théorie et pratique		c'est jamais vraiment comme dans les bouquins bon on tâtonne un peu
155	Difficulté en premier recours = rassurer le patient		ben le premier recours ce qui me pose problème c'est justement ce que tu disais c'est de rassurer les gens
155			mais faut pas le dire trop violemment parce que faut pas leur faire peur
155			enfin moi j'ai un petit peu de mal avec ça
155			quoi donc j'ai pas su la rassurer
156	Difficulté en premier recours = évocation du diagnostic sans inquiéter le patient		parce que justement faut qu'tu, y viennent avec un symptôme, il faut que t'évoques des choses mais il faut que tu les évoques devant eux aussi pour combler la consultation
156			c'est vrai qu'après si on se retient pas ça peut sortir et alors là c'est la consultation elle est finit quoi tu dis le gros mot enfin j'ai pas d'idée là
156			tout ça ben j'évoque les choses et dans les choses à évoquer y a la tuberculose et voilà et donc je lui ai dit que ça se soignait très bien
156			j'ai été trop à l'avance à mon avis parce que bon après je lui ai dit de faire le scanner elle a fait le scanner et après elle a rappelé son médecin que je remplaçai et en disant ah c'est pas la tuberculose qu'est-ce qu'il faut faire et très alarmiste
156			sur ce point-là il fallait peut-être pas que j'évoque la tuberculose mais elle me demande qu'est-ce que ça peut être donc forcément moi j'évoque tout quoi
156		Difficulté du choix des mots	tu dis le gros mot et après s'est foutu quoi je peux dire tout ce que je veux c'est pas grave tout ça il m'écouterait plus ça arrive j'ai pas d'exemple là
157	Acquisition prise en charge globale du patient		et euh voilà la manière dont j'ai fonctionné aussi faisait que j'avais vraiment l'impression de tout prendre en charge par rapport au dépistage, prévention, traitement des symptômes, suivi, etc.
158	Difficulté en premiers recours = conflit avec le patient		et puis en fait elle était pas du tout pas du tout apaisée et moi ça m'énervait parce que j'me suis dit enfin j'ai essayé oui j'pense y avait quelque truc ou elle s'est dit mais elle me prend pour une

			débile j'lui est juste demandé mais est-ce que vous avez déjà commencé à chercher une maternité euh est ce que vous avez fait toutes la prise de sang qu'il fallait dès le début etc. etc. ...
158		Exemple de conflit en premier recours	donc déjà il fallait pas que je lui montre mon agacement de sa réaction et ensuite euh j'ai quand même essayé de terminer la consultation de façon sereine
158			moi ils se sont pas énervés mais bon on sent qu'ils sont agacés quoi et je suis bien contente parce qu'au moins on leur montre qu'on est pas des distributeurs tu me demandes quelque chose et ben moi je me renseigne je suis médecin je suis pas (acquiescement Sophie)
159	Acquisition autonomie		mais donc au début on a du mal à gérer mais maintenant bon ben en ce qui me concerne mais j'suis pas le seul, à la fin du semestre, le senior on l'appelle pas du tout on fait tout nous-mêmes.
159			Ce qu'on faisait pas durant les 6-7 premiers jours du stage quoi c'était (sourire peu convaincu S, E, A) S : rires : c'est très vite j'ai mis beaucoup plus de six jours pour pas demander l'avis du sénior sur des patients graves
159			c'est vrai qu'après peut être qu'on se réfère de moins en moins au senior pour les cas qu'on connaît où on est sûr
159	Acquisition autonomie		ah oui et puis l'avantage du niveau deux en SASPAS c'est qu'il y a que nous donc autant en niveau un y a le prat on peut le crocher il est là il sait souvent ce qui faut faire au pire on est deux on y réfléchit ensemble là
159	Acquisition autonomie	Acquisition autonomie ne niveau 2	toute seule c'est plutôt bénéfique parce que ça force un peu à le faire et euh on y arrive quoi ça paraît infaisable et puis finalement on y arrive c'est un peu comme le premier vaccin à un bébé finalement c'est un peu dur et puis on y arrive voilà ça c'était du bon premier recours
159			l'autonomie
159			et du coup là c'était vraiment puis là c'était l'été donc très rapidement j'ai consulté toute seule

159			la manière dont on gère la consultation toute seule
159		Nécessité d'acquérir de l'autonomie	si on le fait pas tout seul à un moment donné on peut pas l'apprendre à le faire à l'hôpital
160	Acquisition gestes techniques	Acquisition gestes techniques en niveau 2	euh moi c'était plus par rapport à certains gestes aussi dont j'avais pas suffisamment d'expérience pour pouvoir les pratiquer seule euh je pense notamment à des gestes de gynécologie poser un stérilet ou ce genre de enlever un implant la première fois que j'avais fait ça j'avais du vraiment chercher charcuter un peu et j'avais eu le recours de de mon prat
161	Acquisition dépassement du motif de premier recours		l'avantage aussi en SASPAS c'est que voilà quand les patients viennent pour un symptôme assez simple on peut entre guillemets bâcler rapidement en leur disant qu'c'est pas grave mais on peut profiter du reste du temps pour parler d'autres choses
161			et du coup qu'on peut parler d'autres choses.
161			Dr A : tu as l'impression que tu peux, tu arrives à amener d'autres choses peut être plus facilement qu'auparavant Patricia : voilà, c'est ça
161			pour aborder les différents sujets de consultation
162	Acquisition faire de la prévention		faire du dépistage comme ça en fait les patients sont même un peu satisfaits en fait, on leur a parlé d'autres choses, on leur a appris des choses et les premiers symptômes ils l'ont oublié
162			en fait, les patients y arrivent, y sont même pas au courant de c'qui existe comme dépistage, y sont intéressés on leur parle de vitamine D : y sont épatés face à tout c'qu'on peut faire avec la vitamine D. Donc c'est vrai que j'ai l'impression de leur apprendre des choses y sont satisfaits en fait y disent ah ben ça j'savais pas.
162			Dr A : même si c'était pas leur demande initialement Patricia : oui voilà ça passe bien j'trouve en fait
162			et le fait d'être tout seul ,et ben le conseil minimal contre le tabac on arrive à le faire euh demander si les

			vaccins sont à jour on arrive à l'faire
163	Difficulté de consulter avec Mds		j'ai un peu le même cas mais c'est surtout pour tout ce qui est vaccin c'est que en fait on s'rend compte, en niveau un j'arrivais pas du tout, parce que j'ai pas consulté toute seule en niveau un et quand on a un prat à côté euh qui parle quand même avec le patient parce qu'il le connait donc y va pas juste se taire et nous laisser faire finalement y a deux personnes qui parlent on arrive pas à nous s'exprimer correctement
163			et c'est quelque chose que quand on est deux on arrive pas à faire
163			et puis en même temps on se sent pas écouté
163		Sentiment d'être jugé	parce que quand on a le prat qui est dans le cabinet globalement tout ce qu'on dit c'est écouté et on se sent un peu jugé quoi
163		Préfère consulter seule	enfin que quand on est tout seul quoi enfin moi j'préfère en tout cas
163		Préfère consulter seule	toi t'as plus l'impression qu'c'est plutôt une gêne Sophie : Oui
163		Plus facile de consulter seule	Et puis les patients on peut dire tout ce qu'on veut ,de toute façon, si on dit pas la même chose que leur praticien alors attend, alors même si on est sure d'avoir raison euh qu'on trouve que c'est un petit peu mieux de faire comme ça, ouais mais là ils sont contents, ouais mais ils parlent au prat
163			Murmures : le regard du prat, acquiescements oui ouais
164	Niveau un trop tardif dans le cursus		j'étais là euh c'est dommage que ce soit qu'en 4 ^e semestre qu'on mette les pieds dans un cabinet parce que vraiment pour le coup ça n'a rien à voir avec l'hôpital
165	Communication meilleure avec le médecin généraliste qu'avec les autres médecins	Communication meilleure avec médecin généraliste	et puis ils vont voir leur médecin généraliste parce qu'ils ont pas compris
165			souvent c'est ça à l'hôpital ils sont un peu dépités on les revoit une semaine après la sortie de l'hôpital c'est quoi les médicaments
165			et au final ils savent pas pourquoi ils

			ont été hospitalisé ils savent pas pourquoi les médicaments
165		Communication moins bonne à l'hôpital et avec les spécialistes	oui oui je confirme des fois ça arrive même qu'ils aillent chez certains spécialistes et qui reviennent malgré tout revenir nous voir alors qu'on a pas compris par exemple les suivis de grossesse où je leur dit bah à 6 mois je vous fais le courrier vous irez voir l'obstétricien etc. et ils reviennent malgré tout après encore une deuxième consultation avec nous on leur dit mais vous êtes pas obligés de venir de faire ça sur les deux terrains et ils veulent quand même
165			bah d'après certains ils font pas tout ça mais certains patients m'ont expliqué voilà que on leur expliquait peut être un peu plus qu'on prenait un peu plus le temps que que d'autres spécialistes
165		Référence au médecin traitant	même si je peux avoir de meilleurs spécialistes ils reviennent voir leur médecin traitant pour dire vous êtes sûrs que c'est bien ce qu'il a dit
165			oui dès fois la confiance c'est un peu tout le temps leur médecin gé le médecin traitant alors que bon oui il est très compétent il est très fort mais y a pas que lui et euh mais d'un autre côté c'est quelque chose de bien ils reviennent toujours à leur médecin traitant c'est impressionnant
166	Pas suffisamment de stage en ville dans le cursus		mais passé 6 mois sur 9 ans en ville c'est franchement pas grand-chose pour s'installer ensuite et j'me demande c'que s'aurait donné si on n'avait pas fait de SASPAS
167	Plaisir d'avoir la confiance des patients		Ah ben oui c'est un grand bonheur quand même
167			j'pense qu'on s'en rend pas compte en SASPAS parce qu'on les suit pas très longtemps et euh et j'pense que ça c'est le côté sympa de la médecine générale quoi
167			oui dès fois la confiance c'est un peu tout le temps leur médecin gé le médecin traitant alors que bon oui il est très compétent il est très fort mais y a pas que lui et euh mais d'un autre côté c'est quelque chose de bien ils reviennent toujours à leur médecin traitant c'est impressionnant

168	Acquisition de la capacité à s'interroger sur la pertinence d'un examen		moi j'ai fait les deux, l'une des traces c'était sur un un médecin traitant qui avait envoyé son patient pour une vitesse de sédimentation élevée, examen qui ne sert strictement à rien enfin bon moi je suis persuadé que ça a servi à rien donc j'ai fait une trace là-dessus.
169	Compétence gestes techniques		là y a une autre compétence qui correspond au geste technique ça relève plus de la compétence « geste technique »
170	Acquisition d'accepter l'incertitude diagnostic		ouais surtout que ben généralement y a un flux quand même qui est important et que on peut pas garder tout le monde quand on n'est pas sûr et donc c'est sûr qu'on en laisse sortir un certain nombre en se disant euh voilà en ayant notre idée en se disant ben on pense que c'est ça on pense que