



HAL
open science

Comment les internes de médecine générale acquièrent les aptitudes nécessaires à l'expression et la prise en compte des préoccupations du patient ?

Jennifer Hoarau

► To cite this version:

Jennifer Hoarau. Comment les internes de médecine générale acquièrent les aptitudes nécessaires à l'expression et la prise en compte des préoccupations du patient ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02303319

HAL Id: dumas-02303319

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02303319>

Submitted on 2 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2018/2019

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 mars 2019

par

Mme HOARAU Jennifer

Née le 14/05/1988 à Sainte Clotilde (Ile de la Réunion)

TITRE DE LA THÈSE :

Comment les internes de médecine générale acquièrent les aptitudes nécessaires à l'expression et la prise en compte des préoccupations du patient ?

Président : Monsieur le Professeur MARCELLI Christian

Membres : Madame le Docteur AULANIER Sylvie : directrice de thèse

Madame le Docteur ABBATE Pascale

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	Éméritat jusqu'au 31/01/2020	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence

Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie <small>(fin 31/08/2021)</small>	Médecine générale
M.	LE BAS François <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale

Remerciements

Au **Professeur MARCELLI Christian**, je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps et de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous témoigne ma reconnaissance et mon plus grand respect.

Au **Dr AULANIER Sylvie**, je vous remercie d'avoir accepté et fait l'honneur d'être ma directrice de thèse. Merci d'avoir participé à l'élaboration de ce travail et de m'avoir accompagnée à chaque étape de celui-ci.

Au **Dr SAINMONT Nicolas**, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

Au **Dr ABBATE Pascale**, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de me faire l'honneur de juger mon travail. Recevez l'assurance de mon profond respect.

A **tous les internes** qui ont accepté de participer à ce travail, merci pour votre intérêt porté à mon sujet de thèse et merci de vous être livrés avec tant de sincérité.

A **tous mes maîtres de stage** et particulièrement au **Dr HERFROY Jean-Yves**, merci de m'avoir inspiré ce sujet de thèse et de m'avoir fait changer de regard sur ma pratique et ma façon de communiquer avec les patients. Merci de m'avoir formé à l'entretien motivationnel avec tant de passion et de m'avoir transmis ton amour de la médecine. Merci à ton épouse, à son sourire et à ses bons petits plats chaque midi. Cela a été mon meilleur stage d'internat. Restez comme vous êtes.

A **toutes les équipes de soins hospitalières** rencontrées lors de mes stages, aux infirmières, aux aides-soignants... Merci pour votre aide, votre soutien et votre écoute.

A **mes co-internes et colocataires Isabelle et Lucie**, je suis heureuse de vous avoir rencontrées au début de l'internat et d'avoir partagé avec vous les joies et les difficultés de ces années de stage. Merci pour votre soutien et j'espère que notre amitié durera toujours malgré la distance. Je vous souhaite le meilleur pour la suite.

A **ma mère**, merci de m'avoir permis de faire ces études de médecine. Ton aide et ton soutien sans faille malgré la distance m'ont porté vers le haut. Merci de m'avoir écoutée dans les bons comme les mauvais moments. Merci pour ces années de patience et d'amour. Je suis fière d'être ta fille et fière des belles valeurs que tu m'as transmises, qui font de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

A **ma sœur Julie et à mon frère Rémy**, je suis fière d'avoir grandi à vos côtés et j'admire les adultes que vous êtes devenus aujourd'hui. Je souhaite que notre trio continue ensemble et se soutienne tout au long de notre vie. Vous êtes mes piliers.

A **Eric**, mon conjoint, je suis fière de partager ta vie, fière de ce que nous avons construit ensemble. Merci pour ton soutien, ton écoute, ta joie de vivre et ta force. Merci pour tes nombreuses relectures de ma thèse et tes remarques pertinentes qui m'ont aidées à avancer.

A **Anne**, ma belle-mère, merci pour ton sourire, ton enthousiasme, ton aide et ta générosité.

ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisé

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

ECN : Examen Classant National

GAAP : Groupe d'Apprentissage à l'Analyse Pratique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TCEM : Troisième Cycle d'Etudes Médicales

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INDEX

Annexe 1 : Caractéristiques des internes interrogés

Annexe 2 : Analyse thématique des entretiens

Annexe 3 : Guide d'entretien

Annexe 4 : Retranscription des entretiens

Annexe 5 : Marguerite des compétences en médecine générale

Annexe 6 : Modèle biopsychosocial de Engel

Annexe 7 : Calendrier des enseignements théoriques du troisième cycle de médecine générale de Caen 2018-2019

Annexe 8 : Grilles d'évaluation de fin de stage

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Matériel et méthodes	2
Résultats	3
<u>I/ Population étudiée</u>	3
<u>II/ Analyse thématique</u>	3
A) <u>Pourquoi s'intéresser aux préoccupations du patient ?</u>	3
B) <u>Compétences nécessaires pour permettre à un patient de livrer ses préoccupations</u> ..	3
1) La relation médecin-patient	3
2) L'approche centrée sur le patient et la prise en compte de sa complexité.....	4
3) La communication	4
- Le savoir-être	4
- Le savoir-faire	4
- La qualité d'écoute	4
C) <u>Pédagogie médicale</u>	5
1) Ressources théoriques.....	5
2) Ressources pratiques.....	5
3) Attentes des internes vis-à-vis de leur formation	6
Discussion	6
Conclusion.....	9
Bibliographie.....	10
<u>Annexe 1</u> : Caractéristiques des internes interrogés	13
<u>Annexe 2</u> : Analyse thématique des entretiens	15
<u>Annexe 3</u> : Guide d'entretien	34
<u>Annexe 4</u> : Retranscription des entretiens.....	35
Entretien 1	35

Entretien 2	42
Entretien 3	48
Entretien 4	53
Entretien 5	57
Entretien 6	60
Entretien 7	65
Entretien 8	69
Entretien 9	73
Entretien 10	77
<u>Annexe 5</u> : Marguerite des compétences en médecine générale	81
<u>Annexe 6</u> : Modèle biopsychosocial de Engel	85
<u>Annexe 7</u> : Calendrier des enseignements théoriques du troisième cycle de médecine générale de Caen 2018-2019	86
<u>Annexe 8</u> : Grilles d'évaluation de fin de stage	88

INTRODUCTION

A travers le concept de démocratie sanitaire inscrite officiellement dans le fonctionnement du système de soins français par la loi Kouchner du 4 mars 2002, puis renforcée par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, les citoyens participent aux décisions et ont une place prépondérante dans le processus de soin (1,2). Ainsi la relation entre le médecin et le patient a évolué en passant d'un système paternaliste à un système autonomiste de partenariat qui favorise les décisions médicales partagées (3). Pour répondre à ce changement et prendre en considération la complexité des individus, l'approche centrée sur le patient remplace progressivement l'approche centrée sur la maladie.

Afin de favoriser l'alliance thérapeutique, les patients demandent à leur médecin d'être compétent dans la dimension relationnelle et communicationnelle ; qu'il soit à l'écoute de leurs préoccupations (craintes, croyances et souhaits), de leurs besoins et de ce qu'ils vivent. L'article 32 du code de déontologie médicale rappelle qu'aucun médecin ne saurait échapper à l'exigence de compétence qui est un droit fondamental des patients (4).

Cependant, différentes études laissent entendre l'existence de lacunes chez les médecins. Ils ne considèrent pas la prise en compte des préoccupations du patient comme une priorité d'exercice, disent couramment rencontrer des difficultés relationnelles et avouent avoir appris sur le terrain leur « *savoir communiquer* » (5). On estime également que 71% des plaintes et poursuites judiciaires médicales sont liées à des problèmes de relation-communication (6). En effet, les préoccupations des patients étant souvent mal entendues et mal comprises, elles font l'objet d'une réponse inappropriée (7).

Pour remédier à cela et répondre aux exigences croissantes de la société sur les compétences des médecins ainsi que sur la qualité de leur formation, le CNGE a élaboré une définition des compétences indispensables à l'exercice de la médecine générale (8). Il s'est aidé des travaux de la WONCA et d'un référentiel national en vue de la certification des étudiants de troisième cycle de médecine générale (9,10,11,12). Nous assistons à une bascule nécessaire du paradigme d'enseignement vers un paradigme d'apprentissage car l'élève empli de savoir peut se trouver incapable de le réactiver pour agir en situation réelle (13,14). Un apprentissage par compétence apparaît donc plus adapté à la formation des étudiants.

L'objectif principal de ce travail est de comprendre comment les internes de médecine générale apprennent un savoir-faire et un savoir-être dans le domaine de la relation-communication-approche centrée sur le patient afin de lui permettre d'exprimer ses préoccupations ? L'objectif secondaire est de recueillir leurs opinions concernant leur formation actuelle et comprendre comment ils souhaiteraient l'améliorer ?

MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés menés auprès d'internes de médecine générale de Basse Normandie ayant une expérience hospitalière et ambulatoire.

Les internes ont été recrutés par mail via la référente de la scolarité de l'université de médecine de Caen, qui s'est chargée de diffuser l'information à tous les internes de deuxième et troisième année de médecine générale.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données c'est-à-dire « *lorsque, de la collecte des données, n'émergeait plus rien de vraiment nouveau ni de vraiment consistant* » (15). Cela a nécessité l'établissement d'un échantillonnage théorique, la collecte des données, leur analyse et codage en continu. Le recrutement de dix internes a été suffisant.

Les entretiens se sont déroulés au domicile de chaque interne après avoir convenu préalablement par mail de la date et de l'heure du rendez-vous. Leurs propos ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone et leurs attitudes non verbales notées par écrit. Nous leur avons précisé l'anonymat et la confidentialité des données recueillies. Nous leur avons demandé leur accord oral pour la retranscription des données.

Au début de l'entrevue, le thème général de la thèse ainsi que l'objectif de celle-ci étaient rappelés. Le guide d'entretien comportait six grandes questions pouvant être abordées dans un ordre chronologique ajustable pour permettre la fluidité de l'échange. Il était divisé en deux grandes parties et chacune en plusieurs thèmes. La première partie avait pour but de faire un état des lieux des connaissances des internes et de recueillir leur avis sur les compétences médicales : relation, communication, approche centrée sur le patient. La deuxième partie s'intéressait à la pédagogie médicale et la façon théorique et pratique d'enseigner ces aptitudes ; la connaissance d'outils pour s'améliorer et les attentes des internes vis-à-vis de leur formation.

Chaque entretien a été retranscrit mot pour mot sur le logiciel de traitement de texte Word®, les expressions non verbales y ont été ajoutées. Les entretiens ont été numérotés d'un à dix pour garantir l'anonymat. L'analyse des données a été effectuée en double aveugle par deux chercheurs selon la méthode Blanchet et Gotman (16). La première lecture des verbatim a été longitudinale par entretien et a permis d'en ressortir des fragments de discours portant une signification par rapport aux hypothèses évoquées. La deuxième lecture a été l'analyse thématique transversale avec codage qui a permis de dégager des thèmes et sous-thèmes. Enfin une troisième phase d'interprétation a permis de dégager des concepts retranscrits sous forme de tableau Excel® pour permettre une meilleure lisibilité.

RESULTATS

Onze étudiants ont répondu au mail, l'un d'entre eux a été exclu car il n'avait pas encore réalisé de stage chez un praticien de médecine générale. Dix entretiens ont été menés du 15 janvier 2018 au 15 avril 2018 pour arriver à saturation des données. Ils ont duré entre 39 et 49 minutes.

I/ Population étudiée (Annexe 1)

Les participants étaient tous des internes de médecine générale inscrits à la faculté de médecine de Caen et avaient validé un stage chez un praticien de médecine générale maître de stage universitaire. Sur les dix internes interrogés sept étaient des femmes et trois des hommes, âgés entre 25 et 29 ans. Huit internes avaient commencé leur troisième semestre d'internat et parmi eux, cinq étaient en cours de SASPAS.

90% des internes avaient reçu une formation complémentaire à la communication, la relation médecin-patient, l'approche centrée sur le patient via l'entretien motivationnel (quatre internes), la formation en addictologie (trois internes), la médecine douleurs et soins palliatifs (un interne), ou encore leur participation à des groupes Balint (trois internes).

80% des internes envisageaient une future installation en médecine générale, un interne était indécis, et un interne avait obtenu un poste hospitalier en addictologie.

II/ Analyse thématique (Annexe 2)

A) Pourquoi s'intéresser aux préoccupations du patient ?

L'étude a montré que s'intéresser aux préoccupations du patient était un devoir pour le médecin et que cela reflétait son « *professionnalisme* ». Cela favorisait l'efficacité thérapeutique en comprenant les motifs cachés, l'alliance thérapeutique en personnalisant les soins et procurait aux internes un sentiment de satisfaction personnelle de réussir à comprendre et débloquer des situations complexes.

B) Compétences nécessaires pour permettre à un patient de livrer ses préoccupations

80% des internes ont fait référence à la marguerite des compétences, sans se souvenir des intitulés exacts (Annexe 5). Pour une petite partie d'entre eux, la notion de compétence professionnelle restait encore « *vague et conceptuelle* ».

1) La relation médecin-patient

Tous les internes ont constaté l'évolution de la relation médecin-patient vers une relation « *horizontale* » de « *partenariat* ». Ils ont senti le « *décalage entre le paternalisme il y a quelques dizaines d'années* » et le souhait actuel d'avoir une médecine coopérative. Selon eux, cela était favorisé par la grande offre de soins et l'exigence grandissante des usagers du système de santé de plus en plus « *informés via internet* ».

Pour la plupart des internes, cette relation de partenariat était vue d'un bon œil mais certains avaient un regard plus nuancé sur le principe d'autonomie « *poussé à outrance et un petit peu utopique* ». En effet, deux internes ont souligné un risque de déviance vers un « *excès d'autonomie* » et que le médecin se dédouanerait de ses responsabilités.

La majorité des internes a mis en avant la nécessaire adaptabilité du médecin à ce changement de relation car « *c'est plus facile de donner des ordres que de devoir gérer la demande* ». Il devait s'adapter à la génération du patient ainsi qu'au contexte, cela augmentant parfois la durée des consultations.

2) L'approche centrée sur le patient et la prise en compte de sa complexité

100% des interrogés ont considéré que le patient était défini par plusieurs dimensions complexes et intriquées. Ils ont déclaré ne jamais explorer ces dernières de façon égale car ils s'adaptaient « *au patient et au problème* ».

La dimension biologique était systématiquement explorée, la dimension psychologique l'était par 90% des internes, quant à la dimension sociale (« travail, revenus, entourage, culture, religion ») elle était moins souvent sondée parfois par manque de compétence.

3) La communication

Les internes ont mis en avant des habiletés relationnelles et techniques nécessaires à acquérir pour obtenir une communication professionnelle de qualité.

- Le savoir-être

Sept habiletés ont été évoquées : se montrer disposé à l'écoute, prendre le temps, mettre le patient en confiance en étant accessible, se montrer respectueux et sans jugement, maîtriser son attitude non verbale en étant « doux et souriant », être congruent et authentique, être empathique.

- Le savoir-faire

Six aptitudes ont été décrites : poser des « *questions ouvertes* », se servir de « *phrases d'accroche* » générale pour « *mettre le patient en confiance* », laisser des « *temps de silence* », « *Reformuler* », utiliser des « *reflets* » pour renforcer « *l'écoute active* », délivrer une information « *claire* », « *précise* » et « *appropriée* ».

- La qualité d'écoute

Les internes ont mentionné plusieurs éléments de leur côté et du côté du patient qui pouvaient, au cours d'une journée ou d'une consultation, faciliter ou au contraire freiner leur qualité d'écoute.

*Les éléments facilitateurs :

Du côté des internes : leur état d'esprit, le fait d'être « *heureux* », « *zen* ». L'hygiène de vie et la qualité du sommeil. Le moment de la journée et particulièrement « *le matin* ». Le fait d'être particulièrement « *à l'heure* ».

Du côté des patients : « *le retour positif et valorisant* », « *la reconnaissance* ». Le « *respect* » vis-à-vis des médecins.

*Les éléments limitants :

Du côté des internes : les « *soucis personnels* », le stress, « *la fatigue* ». La fin de la journée ou son déroulement avec du retard dans les consultations. La stigmatisation et les a-priori sur les patients. Le manque de connaissances.

Du côté des patients : la violence, « l'agressivité ». Les personnalités paranoïaques ou hypochondriaques. Les patients fermés, non à l'écoute. La barrière de la langue.

C) Pédagogie médicale :

1) Ressources théoriques

90% des internes ont déploré un manque de formation théorique à ces compétences. Ils ont cependant cité certains cours qui semblaient s'en rapprocher et à travers lesquels ils y ont puisé des ressources : « *la déontologie et les sciences humaines* », « *la consultation d'annonce* », « *la cancérologie* », « *l'addictologie* ». Une interne a évoqué le « *management* », une technique qu'elle a apprise indirectement via la formation de commercial de son conjoint.

2) Ressources pratiques

-L'expérience personnelle : la majorité des internes a considéré que l'apprentissage de ces compétences médicales se faisait par expérience et via la multiplicité des situations cliniques vécues.

- L'observation des maîtres de stages et de l'équipe de soins hospitalière a représenté une source d'inspiration importante. Ces modèles étaient cependant parfois à nuancer, avec le rejet du négatif.

Les internes ont constaté une différence dans la relation médecin patient à l'hôpital et en médecine générale ainsi que dans la façon dont elle était enseignée :

***A l'hôpital**, la relation était « *verticale* », le patient « *dépersonnalisé* » dans ce lieu inconnu, anxiogène où il n'avait pas choisi de venir de son plein gré. Toutes les dimensions n'étaient pas explorées et on se focalisait plutôt sur l'aspect biologique et social « *pour renvoyer le patient chez lui* ».

***En médecine générale**, la relation était « *horizontale* », le patient venait de son propre choix, dans un lieu familier. Les internes ont estimé que les médecins généralistes avaient une meilleure connaissance et écoute de leur patient via l'exploration de toutes les dimensions de la personne, rendue possible par la relation longue.

- L'entretien motivationnel : cité par 90% des internes, 20% d'entre eux avaient reçu une formation approfondie de six mois par un praticien de médecine générale lors de leur stage de niveau un. 30% y avaient été vaguement formés par leur passage en service d'addictologie. Et les autres avaient juste entendu parler de cette méthode.

-Les GAAP : cités par 30% des internes.

-Les groupes Balint : 50% des internes connaissaient les groupes Balint et 30% y avaient participé.

-Le portfolio : cité par 40% des internes.

-Autres : « *Les groupes de pair* », « *le management* », « *les formations TCC* » (thérapie cognitivo-comportementale), « *les attitudes de Porter* » connus par une minorité d'internes.

3) Attentes des internes vis-à-vis de leur formation

Les internes ont regretté le manque de formation théorique à l'apprentissage de ces compétences.

Malgré cela, 100% des internes ont estimé avoir progressé pendant l'internat par leur expérience pratique. 70% d'entre eux se disaient être à l'aise avec ces compétences, 20% s'estimaient en difficulté et 10% étaient mitigés car cela dépendait « *des sujets et des situations* ».

Ils ont déploré les méthodes d'évaluation de fin de stage via des grilles d'évaluation floues. Les maîtres de stage hospitaliers notaient leur communication mais ne les avaient « *jamais vu réellement communiquer* » avec les patients. De plus, ils ne leurs donnaient pas de pistes pour s'améliorer : « *j'aurais eu une mauvaise note en communication, je n'aurais pas su pourquoi* ».

20% des internes ont cité spontanément les stages en médecine générale comme étant les plus efficaces dans le domaine de l'évaluation des compétences car les praticiens étaient présents et « *débriefaient en fin de journée* ».

DISCUSSION

Nous avons noté que pour s'intéresser aux préoccupations du patient, les internes développaient de multiples compétences résultant de leur savoir, de leur expérience professionnelle et de leur vécu affectif.

Ils avaient spontanément une approche centrée sur la personne et exploraient les dimensions biologique, psychologique et sociale comme décrites par Engel (Annexe 6)(17). Ils étaient conscients des interrelations complexes entre ces différentes dimensions et arrivaient à prendre en considération les effets stabilisants ou déstabilisants qu'elles exerçaient entre-elles. Cette approche systémique s'est développée à partir des travaux de Balint et Rogers et complète la vision de la médecine basée sur les preuves (18,19,20,21). Parmi ces dimensions, 20% des internes ont déploré un manque de compétence dans l'exploration de la dimension sociale du patient qui est peu sondée lors des stages hospitaliers et cela retentira sur leur métier futur. Une récente étude a montré qu'un médecin généraliste libéral sur deux souhaiterait être mieux formé à la prise en charge des patients « *socialement vulnérables* » (22).

Concernant la relation médecin-patient, comme le souligne l'article de Girer M., les internes ont remarqué qu'elle nécessitait une adaptabilité du médecin qui devait trouver le juste milieu entre une relation « *paternaliste* », trop inégalitaire et une relation dite « *d'autonomie* » dans laquelle le médecin, désinvestissant son rôle se déresponsabiliserait de toute décision pour le patient (23).

Dans le domaine de la communication, malgré l'absence de formation spécifique, les internes ont relevé spontanément des habiletés relationnelles de savoir-être et des habiletés techniques de savoir-faire qui étaient indispensables à une communication de qualité. Celles-ci sont théorisées dans le guide de l'entrevue médicale de Calghary Cambridge sur la manière de recueillir l'information et de construire la relation (24).

Les internes ont compris que la qualité d'écoute du médecin était indispensable à l'alliance thérapeutique. Ils étaient conscients que plusieurs facteurs facilitants ou limitants pouvaient entrer en jeu car il s'agissait là d'une rencontre entre deux personnalités, celle du patient et celle du médecin, qui avaient chacun leurs croyances et leurs histoires, comme le décrivait Balint (19). 70% des internes ont cité l'équilibre du médecin comme étant indispensable à sa qualité d'écoute. Or un article publié en 2016 relatif à la santé des étudiants et jeunes médecins faisait le constat alarmant qu'un quart d'entre eux avait « *déclaré un état de santé moyen ou mauvais* » (25). Les internes avaient l'impression de faire des tâches d'avantage que d'être formés et certains chefs avaient une autorité verticale. Il paraît donc nécessaire de former et « *développer d'avantage les habiletés d'enseignant et leur conscience de modèle de rôle en proposant un cadre théorique d'apprentissage et favoriser l'enseignement centré sur l'apprenant* » (26). Pour Rogers, l'enseignant doit « *accepter l'étudiant tel qu'il est* » et lui accorder « *une considération positive* » afin que celui-ci se sente à l'aise pour exprimer ses émotions et ses questionnements (20).

Concernant les ressources théoriques, les internes ont déploré le manque de formation aux compétences sus citées. Pourtant, la première unité d'enseignement du programme d'externat intitulée « *apprentissage de l'exercice médical et de la communication interprofessionnelle* » aborde ces compétences et quasiment aucun interne ne semble s'en souvenir (27). Selon l'article de Senan, cet enseignement apparaîtrait trop tôt dans la formation médicale et serait relégué au second plan devant la quantité de savoirs à acquérir ; ce dernier nécessiterait d'être poursuivi et contextualisé (28). Durant l'internat, un seul séminaire sur les maladies chroniques et éducation thérapeutique est dispensé en TCEM2 à la faculté de médecine de Caen et aborde ces compétences (Annexe 7).

Concernant les ressources pratiques :

-L'identification ou la contre-identification aux maîtres de stage leur a paru être la méthode la plus efficace pour s'améliorer. Le « modèle de rôle » est reconnu comme l'un des plus performants en termes d'apprentissage comme le souligne Passi V. dans son étude parue en 2013 (29)

-L'entretien motivationnel a été cité par 90% des internes bien qu'il ne soit pas enseigné à la faculté. Il s'agit d'un style de conversation collaboratif d'abord utilisé comme une approche d'intervention en addictologie et conceptualisé par Miller et Rollnick en 1983 permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement (30).

-Enfin les traces d'apprentissage pratiques via les réflexions individuelles sur leurs propres activités (le portfolio, les GAAP) et les rencontres par petits groupes Balint. Selon Millette, ces pratiques réflexives doivent « *chercher à favoriser la prise de conscience des facteurs personnels qui influencent la perception, l'interprétation et l'action des médecins lorsqu'ils rencontrent des patients* » (31).

Concernant les méthodes d'évaluation de ces compétences en fin de stage, elles ont été jugées floues. Effectivement les maîtres de stages restaient très vagues sur leurs propos, n'expliquaient pas la signification d'une « *bonne communication* ». Sur les grilles d'évaluation la compétence communication n'est jamais mentionnée et la relation médecin patient est notée subjectivement par les items « insuffisant », « satisfaisant » « bon », « excellent » (Annexe 8). Il serait intéressant d'améliorer ces grilles en y incluant l'item communication, en expliquant à l'étudiant avec des critères objectifs, en référence à la marguerite des compétences, les différents éléments acquis ou à améliorer, lors d'un entretien dédié.

Points forts et limites de l'étude, biais

Les entretiens ont été très enrichissants et nous ont permis de nous faire avancer dans notre réflexion sur la relation médecin patient et peut être d'analyser et de mieux comprendre nos réactions face à certaines situations.

Plusieurs biais ont été retrouvés dans notre étude. Premièrement un biais de sélection. En effet, les internes ont été recrutés sur la base du volontariat, ils connaissaient le sujet de la thèse et s'ils ont accepté d'y participer c'est que probablement ils s'y identifiaient bien. Ils y étaient sensibilisés car 90% des internes avaient eu une formation complémentaire aux compétences relation, communication, approche centrée sur le patient.

Deuxièmement il existait un biais d'investigation. Les entretiens avaient tous été réalisés dans la région de Basse Normandie. Nous connaissions certains internes qui ont parfois pu vouloir aller dans notre sens. Le fait d'avoir réalisé des entretiens semi dirigés avec un guide d'entretien préconçu nous a amené par moment à orienter et diriger certaines questions. Nous nous sommes aperçus que nous avons parfois relancé les internes trop vite sans respecter les temps de silence, ou fermé certaines questions. De plus les entretiens ont tous été enregistrés par un dictaphone et cette présence a pu embarrasser les internes malgré l'anonymisation des données.

Pour finir, un biais de confusion a été retrouvé via notre interprétation personnelle des données avec leur appariement en thèmes et sous thèmes, principe du codage en recherche qualitative. Cela a été minimisé avec le codage en double aveugle. Nous avons également dû sélectionner les résultats les plus marquants pour la discussion des données, car la richesse des réponses a apporté de trop nombreux sous thèmes qui ne pouvaient pas tous être interprétés en rapport avec le sujet.

CONCLUSION

Notre étude a montré que les internes de médecine générale avaient acquis des compétences nécessaires à l'expression et la prise en compte des préoccupations du patient à savoir la communication, la relation médecin patient et l'approche centrée sur le patient, principalement par expérience. Ils ont suivi le changement de paradigme imposé par la société et considéraient le patient comme un partenaire dans une relation horizontale. Ils ont exploré ses dimensions bio psychosociales et ont compris les inter relations complexes que ses dimensions exerçaient entre elles.

Les internes connaissaient des outils théoriques (les cours de cancérologie, d'addictologie, de soins palliatifs entre autres) et pratiques (l'identification ou la contre identification aux professeurs, aux internes, le portfolio, les GAAP, les groupes balint ou encore l'entretien motivationnel). Malgré toutes ces clés, ils ont estimé ne pas être assez bien formés à ces compétences.

Si l'ensemble des étudiants interrogés n'était pas réellement satisfait de leur enseignement, tous estimaient avoir progressé. Ils ont souligné la nécessité d'établir un enseignement théorique de ces aptitudes et notamment de l'outil communication en contextualisant l'enseignement. Ils ont également souhaité plus de clarté dans les grilles d'évaluation des compétences de fin de stage et qu'il leur soit proposé des pistes pour s'améliorer.

La modification du DES de médecine générale avec un apprentissage par compétences est un premier pas vers ce changement.

BIBLIOGRAPHIE

1. LEGIFRANCE : LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne]. 2002-303 mars 4, 2002._
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015> consulté le 10/01/2018
2. LEGIFRANCE : LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. [en ligne].
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> consulté le 10/01/2018
3. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013;76. [en ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf consulté le 15/01/2108
4. LEGIFRANCE. Code de déontologie médicale - Article 32 [en ligne]. Code de déontologie médicale._
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072634&idArticle=LEGIARTI000006680535> consulté le 10/01/2018
5. Lemasson A, Gay B, Duroux J-LL et G. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. Médecine. 1 janv 2006;2(1):38-42.
6. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med. 27 juin 1994;154(12):1365-70.
7. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ. 30 nov 1991;303(6814):1385-7.
8. MAGNIER A-M, BEIS J-N, GHASAROSSIAN C, BAIL P, GOMES J, CHEVALLIER P, et al. la certification des médecins, une exigence sociale? rev exercer. sept 2005;(74-76).
9. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
10. Ministère de la santé et des sports, CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF et préface Roselyne Bachelot. référentiels métiers et compétences , médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
11. CNGE : Maquette DES de médecine générale [en ligne]. 2016 Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/2016_MATRICE_MAQUETTE_DES_MEDECINE_GENERALE_version_finale.pdf consulté le 5/02/2018
12. LEGIFRANCE. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation [en ligne]. 2016-1597 nov 25, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479390&categorieLien=id> (consulté le 05/02/2018)

13. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*. août 2003;4(3):163-75.
14. Romainville M. L'évaluation des acquis des étudiants dans l'enseignement universitaire. décembre 2002 [en ligne]; Disponible sur: http://ifgu.auf.org/media/document/L%C3%A9valuation_des_acquis_des_%C3%A9tudiants_dans_lenseignement_universitaire.pdf (consulté le 15/01/2018)
15. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? [en ligne]; http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26%281%29/fguillemette_ch.pdf (consulté le 20/03/2018)
16. Blanchet A, et Gotman A. *L'entretien*. Armand Colin. 2007.
17. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*. 1977;196(4286):129-36.
18. Lévy L. Objectif : savoir utiliser l'approche systémique pour faire un diagnostic de situation. [en ligne]; http://outils-formateurs-education-patient.inpes.fr/apports/pdf/Levy-diagnostic_situation.pdf (consulté le 15/01/2018)
19. Bacqué M-F. MICHAËL BALINT ET LES GROUPES BALINT, « Le médecin, son malade et la maladie, Paris » (1975), in Balint M., Balint E., Gosling R., Hildebrand P., *Le médecin en formation*, Payot, 1979, 47-60. Dunod; 2013
20. Odier G. Carl Rogers : être vraiment soi-même: Approche centrée sur la personne. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*. 2012;XVIII(45):297.
21. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed)*. 1 févr 1996;312:71-2.
22. Pubert M, Giraud J, Pisarik J, Chaput H, Videau Y, Marbot C, Buyck J, Jozancy F, Verger P. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes - Ministère des Solidarités et de la Santé [en ligne]. 2018 Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/prise-en-charge-des-patients-en-situation-de-vulnerabilite-sociale-opinions-et> (consulté le 15/01/2018)
23. Girer M. Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée: Commentaire. *Sciences sociales et santé*. 2014;32(1):29.
24. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. mars 1996;30(2):83-9.
25. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS : Bissonnier C, Boetsch D. « LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS ET JEUNES MÉDECINS » [en ligne] disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cp_resultats_enquete_jeunes_medecins.pdf (consulté le 20/01/2018)
26. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2005;6(2):98-111.

27. LEGIFRANCE : Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. [en ligne] disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762&categorieLien=id> (consulté le 05/02/2018)
28. Senand R, Bonnaud Antignac A, Caillet D, Goronflot L. L'extension de l'enseignement de la relation médecin/patient à l'apprentissage du professionnalisme est-elle possible ? exercer, la revue francophone de médecine générale. févr 2009;(85):16-21.
29. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. Med Teach. sept 2013;35(9):e1422-1436.
30. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris: InterEd.; 2016.
31. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. mai 2004;5(2):110-26.

Annexe 1 : Caractéristiques des internes interrogés

Entretien N°	Age	Sexe	Situation personnelle	Semestre actuel	Stages d'internat effectués	Formations complémentaires/ DIU réalisés ou envisagés	Projets futurs
1	29	Féminin	En couple sans enfants	6e semestre/ stage médecine polyvalente	Gynéco/pédiatrie-pneumologie-urgences-praticien niveau1- douleurs et soins palliatifs	Aucune	Remplacements puis installation en libéral ou soins palliatifs hospitaliers
2	27	Féminin	Célibataire	5e semestre/ stage neurologie	Pédiatrie-urgences-praticien niveau1-médecine polyvalente	Formation à l'entretien motivationnel lors de son stage praticien	Remplacements puis installation en libéral/rural
3	28	Féminin	En couple sans enfants	6e semestre/ stage SASPAS	Urgences-infectiologie-praticien niveau1-gynéco/pédiatrie-médecine polyvalente	DIU gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes Groupe balint	Remplacements puis installation en libéral
4	25	Féminin	En couple sans enfants	3e semestre/ stage chez le praticien niveau 1	Médecine polyvalente-urgences	Formation à l'addictologie via son stage praticien Souhait de faire DIU gynéco et douleurs soins palliatifs	Remplacement puis Installation en cabinet libéral

5	28	Féminin	En couple sans enfants	6e semestre/ SASPAS	Urgences-pédiatrie-praticien niveau 1-médecine polyvalente	Groupe balint	Remplacement puis installation en cabinet libéral
6	28	Féminin	En couple sans enfants	6e semestre/ SASPAS	Gastroentérologie-urgences-praticien niveau 1-médecine polyvalente	Groupes Balint	Remplacements puis installation en cabinet libéral
7	28	Masculin	En couple sans enfants	6e semestre/ SASPAS	Pneumologie-urgences-praticien niveau 1-addictologie	Master 1 recherche épidémiologique pour poste de clinicat Souhait de faire DIU addictologie + formation à l'entretien motivationnel et TCC	Remplacements puis installation en cabinet libéral
8	29	Masculin	En couple sans enfants	6e semestre/ addictologie	Gynéco/pédiatrie-cardiologie-praticien niveau 1-addictologie-6 mois de disponibilités-addictologie	DIU addictologie Entretien motivationnel	Travail hospitalier : poste d'addictologie
9	28	Masculin	Célibataire	3e semestre / stage praticien niveau 1	2 années de biologie puis médecine : urgences-médecine polyvalente	Formation à l'Entretien motivationnel lors de son stage d'externat en psychiatrie Envisage DIU médecine du sport	Remplacements/ humanitaire/ voyages puis installation en cabinet libéral dans quelques années
10	27	Féminin	En couple sans enfants	5e semestre/ SASPAS	Gynéco/pédiatrie-médecine polyvalente-praticien niveau 1-urgences	DIU de médecine manuelle et ostéopathie	Remplacements puis installation en cabinet libéral

Annexe 2 : Analyse thématique des entretiens

Thèmes principaux	Thèmes secondaires	Sous-sous-thèmes	Entretiens
Les raisons de s'intéresser aux préoccupations du patient	Devoir du médecin		E1 « c'est notre travail », « les gens viennent nous voir parce qu'ils ont un problème et heu ...notre but est de le résoudre » E4 « c'est l'essence même de notre métier »
	Intérêt pour le médecin	Comprendre les motifs cachés	E1 « ils vont passer par des chemins détournés » E3 « il faut avoir compris au mieux quelle est sa demande » E4 « chercher s'il n'y a pas d'autres choses derrière, des sortes de motifs cachés » E5 « on le sent rapidement quand tout n'est pas dit » E7 « préoccupation derrière, plus personnelle » E9 « prendre en compte ses attentes » E10 « réussir à ressortir ce qui l'inquiète vraiment »
		Eviter les impasses relationnelles	E1 « s'il n'est pas d'accord avec nous ... cela ne marchera pas » E2 « si on lui impose quelque chose, on n'arrivera à rien » E9 « si on lui met des interdits, cela ne va pas marcher » E4 « on ne peut pas soigner un patient qui ne prend pas en main sa santé... il ne m'écouterà pas » E5 « c'est eux qui ont le dernier mot, c'est leur santé »
		Meilleure efficacité thérapeutique	E2 «il faut que l'on parte de sa préoccupation pour arriver à un résultat efficace » E3 « afin de répondre au mieux à sa demande » E6 « être plus efficace en termes de prise en charge » « meilleure alliance thérapeutique »
		Personnalisation des soins	E1 :« la médecine est un art » « on ne peut pas traiter toutes les personnes de la même façon », « ne va pas avoir les mêmes perspectives » E2 « on part du patient » E9 « on ne va pas avoir la même délivrance d'information » E4 « sa principale priorité ce n'était pas sa douleur thoracique mais c'était ses soucis financiers » E6 « mieux le cerner, mieux s'adapter à lui »

<p>Approche centrée sur le patient et prise en charge dans sa globalité</p>	<p>Le patient est défini par plusieurs dimensions complexes et intriquées</p>		<p>E9 « prendre en compte ses attentes pour adapter notre réponse »</p> <p>E1 « élargir notre point de vue », « annoncer à quelqu'un qu'il a une maladie, cela modifie sa psychologie »</p> <p>E2 « ce n'est pas prendre en compte que sa santé » « voir tous ces aspects pour pouvoir l'accompagner au mieux », « il y a une pièce qui tombe, hé bien toutes les pièces finissent par tomber »</p> <p>E3 « le patient ne se voit pas uniquement comme un objet à traiter mais comme une personne qui a un vécu, une profession, un entourage particulier »</p> <p>E7 « ne pas s'arrêter au corporel »</p> <p>E8 « la composante non organique », « l'état de santé est lié à l'état psychophysique », « le côté psychologique est en lien étroit avec le côté social »</p> <p>E9 « les trois cercles »</p>
		<p>Dimension biologique</p>	<p>E1 « le plan somatique »</p> <p>E2 « il vient chez le médecin pour sa santé »</p> <p>E3 « la dimension heu plutôt sanitaire par rapport à ses problèmes de santé »</p> <p>E4 « antécédents médicaux, la partie technique »</p> <p>E5 « un problème organique »</p> <p>E7 « corporel »</p> <p>E8 « la composante plus organique »</p> <p>E9 « aspects à la fois médicaux »</p> <p>E10 « le plan physique, médical »</p>
		<p>Dimension psychologique</p>	<p>E2 « il vient avec son caractère, avec son vécu »</p> <p>E3 « son vécu, ses envies »</p> <p>E4 « leur vie personnelle » « le psychisme »</p> <p>E5 « psychologique »</p> <p>E6 « son aspect psychologique »</p> <p>E7 « les angoisses » « le côté psychologique »</p> <p>E8 « la composante non organique psychique »</p> <p>E9 « le côté psychologique est indispensable »</p> <p>E10 « le plan psychologique »</p>

		Dimension sociale	<u>Travail / revenus</u> E1 « le patient doit être considéré dans son milieu familial, dans son travail » E2 : « avec quelque chose d'hyper important qui est son travail » E4 « la partie financière » E6 « à sa profession » E9 « l'aspect social » E10 « où il travaille, où il vit » <u>Importance de l'entourage</u> E2 « soit possibilité de rester à domicile avec le moral qui tiendra le coup, soit institutionnalisation » E3 « son entourage familial » E4 « leur environnement, leur famille, leur voisinage » E5 « il faut vite savoir au niveau de la famille ce qui s'est passé » E6 « à sa place dans la famille » E7 « les habitudes de vie » E8 « le contexte familial aussi » E10 « son entourage » <u>Dimension culturelle/croyances</u> E1 « quelqu'un qui va avoir une culture différente ne va pas avoir les mêmes perspectives » E3 « sa compréhension de son problème de santé » E5 « l'état des connaissances sur la maladie » « explorer l'expérience de la maladie et leur peurs » E7 « les représentations du patient et ce qu'il a compris de sa maladie » E8 « les croyances des patients concernant leur maladie, je demande toujours »
Explorer une ou plusieurs dimensions en fonction du motif de consultation et du contexte	Dimensions à considérer de façon égale ?		Non E2 « la maladie est presque le dernier truc qu'il faudrait regarder » E6 « le bio est moins important pour moi » E7 « un peu moins la dimension sociale » Oui E3 « Oui autant que possible »

			<p>Oui et non E4 « j'adapterai en fonction du patient » E8 « cela va dépendre de la situation et du motif » « les plus importantes sont les dimensions organiques et psychologiques » E9 « cela dépend des patients...du problème » E10 « j'aurais du mal à mettre un ordre, cela dépend du motif, c'est le patient qui va se diriger lui-même sur la catégorie la plus importante »</p>
	Difficultés ressenties par les internes pour explorer toutes ces dimensions	Manque de compétences pour exploration et guidage	<p>Dimension sociale E4 « c'est moins évident à explorer » E7 « un peu moins la dimension sociale parce que je m'y connais moins » E8 « je ne pose jamais la question sur le plan religieux » E9 « il y a aussi nos croyances à nous, il faut être prudent »</p>
Compétences professionnelles	Notion de compétence floue		<p>E1 « j'ai du mal avec cette notion de compétence professionnelle » E5 « c'est vague » E7 « notion de compétence reste encore pour moi assez vague et conceptuelle »</p>
	Référence à la marguerite des compétences		<p>E3 « les pétales d'une fleur avec différentes compétences à acquérir » E4 « avec le portfolio on nous a bien expliqué la marguerite des compétences » E5 « c'est la marguerite c'est ça ? » E7 « je connais la marguerite des compétences » E8 « portfolio et on nous avait parlé d'une marguerite » E10 « on vient de passer le portfolio et on nous a parlé de la marguerite des compétences »</p>
La relation médecin-patient	Evolution vers une relation horizontale de partenariat	<p><u>Génération dépendante</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> -médecins âgés : paternalistes -jeunes médecins : partenariat -patients âgés : préfèrent le paternalisme -patients jeunes : préfèrent le partenariat 	<p>E1 « la relation médecin-malade actuelle est horizontale » « c'est plus comme à l'époque où le médecin était le savant » E2 « décalage entre le paternalisme il y a quelques dizaines d'années et le principe d'autonomie » E3 « à l'heure d'aujourd'hui il faut aller au-delà de la relation paternaliste » E4 « Dr X qui a 63 ans et qui a une relation médecin-patient sur le modèle paternaliste » « le Dr Y qui est jeune médecin, elle favorise l'autonomie du patient » E5 « c'est une relation d'égal à égal, horizontale »</p>

			<p>E7 « passer de la médecine paternaliste à la médecine coopérative »</p> <p>E6 « relation patriarcale pour les sujets âgés, les ados, les gens qui ne parlent pas bien le français, le médecin se substitue parfois à des figures sociales »</p> <p>« autonomie du patient ...avec les jeunes adultes et ceux qui sont vierges de toute prise en charge »</p> <p>E8 « à l'époque une relation verticale mais actuellement c'est plutôt horizontal »</p> <p>E10 « les personnes plus âgées ...parfois préfèrent le côté paternaliste »</p>
		Adaptabilité du médecin au patient et au contexte	<p>E3 « parfois il faut être un peu plus directif pour certains patients. Ils ont besoin d'un cadre et c'est à nous de s'adapter »</p> <p>E6 « En fonction des patients ce n'est pas du tout la même relation »</p> <p>E7 « il y a certaines personnes avec lesquelles il faut savoir être plus paternaliste »</p> <p>E8 « cela dépend du contexte, s'il s'agit d'une urgence dans ce cas on applique notre rôle d'expert »</p> <p>E9 « il y a certains patients, même jeunes qui aiment encore la médecin paternaliste » « on a des patients qui sont entre les deux » et d'autres : « relation de plus en plus de défiance »</p>
		Favorisée par la grande offre de soins	<p>E8 « l'offre de soins est de plus en plus grande et le patient a plusieurs options »</p> <p>E10 « ils peuvent changer d'un médecin à l'autre »</p>
		Patients de plus en plus informés via internet et exigeants	<p>E1 « les gens maintenant avec internet, ils ont tous l'impression de pouvoir se soigner eux-mêmes »</p> <p>E3 « aujourd'hui le patient va sur internet pour connaître son problème »</p> <p>E9 « ils ont plus accès aux informations, il y a des polémiques et il y a une perte de confiance » « il faut apporter des preuves et cela gêne le soin » « relation de plus en plus de défiance »</p> <p>E10 « ils sont de plus en plus dans la demande et le service qu'avant » « de nos jours, les médecins sont notés via des applications sur internet et les patients sont de plus en plus exigeants » « ils te regardent et te jugent »</p>

		Favorise l'autonomie du patient	<p>E1 « si lui ne sait pas nous exposer clairement son problème, hé bien forcément ce traitement sera voué à l'échec » « il faut qu'on l'inclut dans la démarche » « il faut qu'ils comprennent leur traitement »</p> <p>E3 « on ne peut pas soigner un patient qui ne prend pas en main sa santé »</p> <p>E6 « un patient qui comprend mieux ce qui lui arrive forcément se soignera mieux », « on est là pour les aider et les accompagner mais on n'est pas là pour être leur béquille non plus »</p> <p>E9 « on leur explique, on décide ensemble »</p> <p>E10 « j'essaie de prendre la décision avec lui et qu'il soit mon partenaire »</p>
		Concept d'autonomie nuancé : déresponsabilisation du médecin	<p>E2 : « principe d'autonomie que je trouve un peu poussé à outrance et un petit peu utopique aussi » « en réalité le patient n'est pas si autonome que cela », « faire semblant qu'on éclaire le patient en lui donnant des tas de détails qui ne servent à rien parce que nous on ne sait pas choisir...c'est de l'hypocrisie »</p> <p>E7 « l'excès d'autonomie où on pourrait laisser toutes les responsabilités au patient », « c'est à nous de le guider, c'est notre rôle »</p>
		Concessions du médecin depuis ce changement de paradigme	<p><u>-diminuer son égo de médecin :</u></p> <p>E1 «c'est pas toujours facile à faire » « il faut connaitre ses limites » « il faut qu'on les recentre ».</p> <p>E6 « je n'ai pas l'expérience suffisante pour que cela colle »</p> <p>E7 « c'est plus facile de donner des ordres que de gérer la demande, savoir trouver des conciliations »</p> <p><u>-augmente parfois la durée des consultations :</u></p> <p>E4 « modèle paternaliste ... ses consultations sont plus courtes »</p>
		Opinion des internes concernant cette évolution vers relation horizontale	<p><u>Positive</u></p> <p>E1 « je suis à fond là-dedans »</p> <p>E5 « l'autonomie du patient est primordiale »</p> <p>E8 « c'est plutôt horizontal et c'est super »</p> <p><u>Négative : 0</u></p> <p><u>Nuancée</u></p> <p>E2 « principe d'autonomie un peu poussé à outrance et un petit peu utopique aussi »</p>

			E7 « l'excès d'autonomie »
La communication	Les habiletés relationnelles (savoir-être)	Être disposé à écouter	E1 « il faut être amené à écouter » « lui prêter une oreille attentive » E3 « visage ouvert, enclin à l'écoute » E4 « qu'il se sente réellement écouté » E6 « que celui-ci se sente compris et qu'il sente qu'on est disponible pour lui » E8 « lui montrer qu'on l'écoute » E10 « leur montrer qu'ils ont toute notre attention, qu'on les écoute »
		Prendre le temps	E2 « on laisse au patient exposer sa version des faits » E4 « ne pas vouloir aller trop vite » E5 « il faut attendre, ne pas les orienter », « se faire violence pour ne pas interroger » E6 « on leur laisse la place de s'exprimer » E9 « le temps et la patience », « lui laisser le temps de parler » E10 « le laisser parler, écouter tout son blabla »
		Mettre le patient en confiance/sécurité	<u>-la politesse :</u> E1 « s'il se présente » « apprendre à dire bonjour » E3 « frapper à la porte » « le saluer » « se présenter » E4 « s'il se présente » E6 « se présenter » E7 « la façon dont il se présente » E9 « la façon dont il se présente au patient » E10 « la façon dont il se présente » <u>-relation horizontale / accessibilité</u> E1 « s'assoit à côté de lui », « se rendre accessible aux gens » E2 « il ne faut pas être un bloc de marbre » E5 « est-ce qu'il se met à sa hauteur par exemple, est-ce qu'il prend une chaise » E6 « s'asseoir sur le lit » E7 « la façon dont il ... se positionne par rapport au patient, sa posture » E8 « si l'on n'est pas sur le même plan, il n'arrivera pas à s'exprimer »
		Respect / attitude non jugeante	<u>-respect de la dignité</u> E1 « respect de la dignité » « demander l'autorisation » E2 « ne pas le déshabiller n'importe comment »

			<p>E4 « toujours avec respect » E5 « il faut le faire dans le respect » « ne pas soulever le drap sans leur accord » E7 « respecter sa dignité » « respecter sa nudité » <u>-non jugement</u> E2 « éviter de catégoriser les patients » E4 « ne pas être dans le jugement »</p>
		Attitude non verbale du médecin	<p>E1 « il y a aussi la communication gestuelle », « si je le sens à l'aise ou au contraire crispé et craintif » E5 « la gestuelle c'est hyper important » E9 « il y a le comportement verbal et non verbal » E10 « le contact verbal et non verbal » <u>-être doux</u> E1 : « être doux » E5 « il faut être doux, surtout pas agressif » E10 « approche douce » <u>-être bienveillant</u> E3 « être bienveillant avec le patient » E7 « avoir une approche prévenante » E10 « est-ce qu'il réchauffe son stéthoscope avant de le poser sur le patient » <u>-être à l'aise / ne pas communiquer de stress ni d'angoisse</u> E1 « la façon de parler, le questionnement, la façon d'être » « rentrer dans une chambre sans avoir peur, à passer au-delà de sa timidité » E7 « l'intonation, s'il parle rapidement, lentement, s'il hésite » <u>-être souriant :</u> E6 « être souriant »</p>
		Congruence	<p>E1 « leur expliquer notre point de vue, il ne faut pas hésiter à parler », « il faut avant tout être honnête » E2 « qu'on soit aimable et pas surfait et dominateur », « être naturel », « rester soi-même », « être médecin n'est pas une cape » E5 « je ne me sens pas supérieure à lui, je peux aussi être un patient dans la vie de tous les jours »</p>

		Empathie	<u>-Innée</u> E1 « ce qui caractérise le plus notre façon de faire c'est l'empathie » E8 « des compétences humaines, l'empathie » E9 « les gens qui font médecine ont déjà la fibre empathique et humaine et ce n'est pas la faculté qui nous l'a appris » E1 « sonder au maximum la personne mais tout en restant détaché pour garder la tête froide » E2 « c'était un peu mystérieux, c'était un peu comprendre sans ressentir les émotions au fond de nos entrailles » E3 « avoir de l'empathie sans dévier vers la sympathie » E5 « il faut de l'empathie » E8 « utiliser le sentiment d'empathie. Se mettre à sa place et approcher ses ressentis, ses émotions » E9 « l'empathie » E10 « l'empathie »
Les habiletés techniques (savoir-faire)	Questions ouvertes	E1 « s'il reste avec des questions fermées ou plutôt ouvertes » E2 « lui poser des questions ouvertes » E3 « préférer les questions ouvertes » E4 « est-ce qu'il pose des questions ouvertes » E5 « plutôt questions ouvertes » E6 « avec des questions ouvertes » E7 « être à l'aise avec les questions ouvertes » E8 « je pose toujours des questions ouvertes » E10 « je pose toujours une question ouverte, du moins j'essaie »	
	Utiliser des phrases d'accroche générales pour mettre le patient en confiance	E5 « phrases d'accroche » « le moral ça va ? » « Demander au patient des banalités pour le mettre en confiance » E6 « lancer la conversation sur un sujet un peu banal, le temps, la nourriture » <u>Humour</u> E2 « il mettait très à l'aise les patients avec l'humour » E5 « l'humour peut être une bonne arme également mais il faut que cela soit bien placé »	
	Silences	E2 « lui laisser le temps de parler » E3 « laisser des temps de pause, des silences, ne pas l'interrompre » E4 « laisser un temps de silence »	

			<p>E5 « ne rien dire, laisser le patient s'exprimer » E6 « avec des blancs aussi car le patient réfléchit sur sa situation » E8 « je sais me poser, respecter les moments de silence » E9 « toujours laisser le temps au patient de s'exprimer » E10 « laisser des silences pour lui permettre de s'exprimer »</p>
		Reformuler	<p>E3 « s'il a des questions ou d'autres choses à aborder ? » E4 « est-ce qu'il y a encore quelque chose que vous voudriez me dire ? Ai-je répondu à vos questions ? » E6 « rebondir, reformuler » E10 « reformuler quand le patient tourne autour du pot »</p>
		Reflets	<p>E2 « comprendre profondément ce que dit le patient » E3 « savoir écouter c'est avoir la qualité de les comprendre ou les deviner » E8 « faire des reflets, répéter ce que le patient dit c'est important » E10 « ils ont une écoute active »</p>
Enseignement de ces compétences	Théorique	Pas d'enseignement spécifique à la communication ni à la prise en compte des préoccupations du patient	<p>E1 « j'ai pas l'impression qu'on nous l'a enseigné. J'ai aucun souvenir d'avoir eu un cours sur la communication », « c'est des bribes de phrases, des réflexions, mais jamais de cours directs » E3 « je n'ai pas souvenir d'avoir participé à des cours de communication » E4 « pour la partie théorie, pas grand-chose » E5 « théorie zéro, il n'y a pas eu de cours là-dessus » E6 « on n'a aucune formation » E7 « en théorie, rien » E8 « pendant mon externat on ne m'a jamais dit que la relation avec le malade est primordiale, comment se positionner avec le malade » E9 « malheureusement on n'a aucune formation en psychologie du patient », « ce n'est pas la faculté qui m'a appris à me comporter avec les patients en tout cas » « il y a ce côté théorique où les gens qui nous en parlent ne l'appliquent même pas vis-à-vis de nous » E10 « alors de façon théorique c'est assez pauvre »</p>

		Cours qui s'en rapproche	<p>E1 « le seul cours qui me parait se rapprocher de cette définition...la consultation d'annonce »</p> <p>E2 « on nous a appris les sciences humaines et la déontologie en première et deuxième année »</p> <p>E3 « à part peut-être les cours de cancéro »</p> <p>E10 « pour l'ECN c'est l'écoute empathique »</p>
	Pratique	L'observation des maîtres de stage, des médecins, des infirmières et de toute l'équipe médicale	<p>E1 « ça dépend énormément des profs qui nous ont formés » « voir un prof qui nous dit comment aborder la situation »</p> <p>E3 « le fait de voir les séniors et les internes qui nous encadraient communiquer »</p> <p>E4 « l'observation des maîtres de stage »</p> <p>E5 « j'ai appris en observant mes maîtres de stage, je copie, j'expérimente »</p> <p>E6 « on observe les chefs, les internes »</p> <p>E8 « j'ai tout appris grâce à la pratique et à l'observation de mes chefs »</p> <p>E9 « c'est plus auprès des internes qu'auprès des chefs qu'on apprend »</p> <p>E10 « à l'hôpital on prend exemple sur les chefs, les infirmiers, toute l'équipe »</p>

		Nuancer le « modèle de rôle » : rejeter le négatif	<p>E1 « cela dépend des chefs tout simplement, certains sont beaucoup plus empathiques que d'autres »</p> <p>E2 « je me disais, on lui démolit sa vie et on part comme ça, au revoir Monsieur ! Pour moi c'était pas possible quoi »</p> <p>E3 « il aurait fallu mieux écouter les souhaits de la patiente »</p> <p>E4 « si c'était moi qui avais mené la consultation, je lui aurais posé un milliard de questions, j'aurais pris le temps »</p> <p>E6 « les attentes du patient n'ont pas été entendues, on n'a pas été assez attentifs à sa détresse et à ses attentes non verbales »</p> <p>E7 « moi je ferai tout l'inverse »</p> <p>E9 « ce n'est pas comme ça que j'envisage la médecine, ce n'est pas du soin »</p> <p>« j'ai dû assumer une réponse qui n'était pas la mienne, contre mes principes et ça c'était dur »</p>
		Importance de l'expérience et de la multiplicité des situations cliniques pour l'apprentissage	<p>E1 « plus on est confronté à la patientèle, plus on intègre notre travail »</p> <p>« plus on en fait, plus on apprend » « ça s'affine à la longue »</p> <p>E3 « c'est l'expérience qui parle »</p> <p>E5 « c'est l'expérience »</p> <p>E6 « c'est un peu au feeling et avec l'expérience qu'on se dit qu'on gère de mieux en mieux »</p> <p>E8 « j'ai tout appris grâce à la pratique »</p>
		Le portfolio	<p>E2 « le portfolio a permis de structurer les choses »</p> <p>E4 « il y a le portfolio »</p> <p>E9 « du côté théorique il y a peut-être deux trois choses intéressantes, comme les trois cercles »</p> <p>E10 « on vient de passer le portfolio et on nous a parlé de la marguerite des compétences »</p>
		Les GAAP	E10 « il y a des groupes de GAAP »

Considération du patient à l'hôpital et en ambulatoire	A l'hôpital	Relation verticale	E1 « ils sont dans l'attente, au lit, voilà » E2 « ils sont hyper vulnérables » E5 « le patient est couché, perfusé » E9 « le patient est dans un lit, affaibli » « le médecin est physiquement supérieur et vertical »
		Patient dépersonnalisé	E1 « au CHU j'ai trouvé que c'était impersonnel », « on rentre, on sort des chambres » E2 « on parle du patient à la troisième personne dans la chambre », « le côté contact avec le patient laisse vraiment à désirer » E4 « un spécialiste voit l'organe et pas autre chose » E5 « il est en quelque sorte dépersonnalisé » E6 « à l'hôpital c'est une pyélonéphrite parmi tant d'autres » E8 « à l'hôpital on essaie de soigner plutôt la maladie » E9 « on prescrit sans même en parler au patient » E10 « voilà il faut faire la fibroscopie », « n'explique même pas la raison »
		Venue non choisie, lieu inconnu anxiogène	E1 « à regarder à quelle sauce on va se faire manger » E2 « en hospitalier c'est notre territoire, on fait ce qu'on veut » E3 « à l'hôpital on n'a pas le choix ? La plupart du temps non » E9 « à l'hôpital le patient n'a pas toujours le choix d'être là » E10 « le patient n'a pas le choix », « il se sent en danger et en situation de faiblesse »
		Médecin et hôpital dépendant	E1 « ça dépend quels hôpitaux et ça dépend quels médecins » E4 « cela dépend de l'œil qui le regarde » E7 « cela dépend du médecin et de sa relation au patient en général » E9 « service dépendant et hôpital dépendant »
		Manque de temps et pression financière	E6 « il va rester dans le service à peine cinq jours, voire trois quand la DMS nous pousse un peu » E7 « à l'hôpital on est centré sur l'aspect biologique et social pour renvoyer le patient chez lui », « pas du tout sur l'aspect psychologique » E8 « à l'hôpital on manque de temps »

	En ambulatoire	Relation horizontale	E1 « les gens quand ils viennent nous voir ils sont debout »
		Choix du patient	E1 « c'est eux qui font la démarche de venir » E3 « un patient qui continue à voir son médecin généraliste c'est un choix » E5 « en ambulatoire, le patient prend spécialement rdv avec toi, il choisit » E10 « en ville c'est eux qui viennent te voir, et ils ont le droit de se retirer »
		Lieu familial	E2 « en ambulatoire on est dans l'environnement du patient, on fait partie des lieux de vie »
		Meilleure connaissance du patient possible grâce à la répétition des consultations	E3 « en médecine générale c'est un temps court...mais on les revoit plusieurs fois, donc explorer les côtés psychologique et social » E4 « ce n'est pas la même chose que la vision du médecin généraliste qui a aussi plus de temps » E6 « les attentes du patient sont mieux écoutées et entendues en libéral », « en médecine générale on a le temps », « on connaît l'entourage, on sait où il habite, dans quelles conditions » E7 « en médecine générale je pense qu'on a plus une approche psychologique du patient » E8 « heureusement que le médecin généraliste est là pour faire la synthèse et explorer ces composantes qui peuvent expliquer la maladie »
Progression	Evolution pendant l'internat	Oui	E3 « quand on débute sa carrière d'interne puis de futur médecin on reste assez factuel et formel, et puis, avec l'expérience, on apprend à prendre en charge le patient dans sa globalité » E4 « au début tu es très théorique sur les objectifs hyper cadrés, arbres décisionnels mais finalement avec les années tu lâches du lest » E10 « oui beaucoup, on est dans le réel et on n'a pas le choix : tu es tout seul, décide ! »

Méthodes d'évaluation de ces compétences	Grille d'évaluation floue	E1 « on m'a dit que j'avais une bonne communication. Ça faisait partie de la grille d'évaluation » E2 « en pédiatrie on ne m'a jamais parlé de l'aspect relationnel », « aux urgences on m'a parlé de l'approche diagnostique plutôt que de l'approche relationnelle » E3 « je crois qu'il y a un item sur la communication mais on ne m'en parlait pas plus que ça » E5 « en SASPAS il y a plusieurs petites cases où il faut noter si c'est une acquisition partielle ou totale et il y a plusieurs parties avec l'aspect relationnel je crois » E6 « je sais que dans les grilles la compétence communication a été notée mais je ne sais pas sur quels critères » E8 « le tableau de fin de stage, il y a sept ou huit compétences à prouver »
	Incompréhension concernant les méthodes d'évaluation	E1 « je ne sais pas trop comment ils se débrouillaient pour savoir ça » « ils ont dû demander aux infirmières, aux patients » « quand on fait la visite c'est rare qu'ils nous laissent faire » E5 « on n'a jamais débriefé avec moi » E6 « cela ne m'a pas été expliqué, j'aurais eu une mauvaise note en communication, je n'aurais pas su pourquoi » E8 « il ne m'a jamais vu avec le patient, comment il peut savoir »
	Pertinence de l'évaluation du stage de médecine générale	E1 « le stage en médecine générale, parce qu'ils étaient avec nous, c'était l'évaluation la plus précise » E10 « lors de mon SASPAS les praticiens débriefent avec moi en fin de journée, et ça c'est génial »
	Absence de pistes pour progresser	E3 « on n'a pas vraiment abordé le sujet » E5 « ni expliqué comment je pourrai progresser » E6 « j'ai rempli une compétence communication, cela ne m'a rien apporté, cela ne m'a pas été expliqué » E8 « on ne me dit pas comment progresser ou comment faire mieux dans tel ou tel domaine »

	Sentiment d'être à l'aise avec cette aptitude	Oui	E6 « déjà pour parler je suis à l'aise » E7 « depuis que je suis passé en addictologie, oui » E8 « je me sens plus à l'aise » E9 « oui carrément »
		Non	E3 « je ne me considère pas comme à l'aise »
		Oui et non	E4 « oui et non, cela dépend des sujets et des situations » « le manque de connaissances peut me freiner »
	Outils pour progresser	Entretien motivationnel	E1 « j'ai vaguement entendu parler de l'entretien motivationnel par une co-interne » E2 « chez le praticien, au cours de ma formation à l'entretien motivationnel, c'est vraiment clair que j'ai évolué » E3 « j'ai entendu parler de l'entretien motivationnel » E4 « je connais aussi l'entretien motivationnel » E6 « j'ai entendu parler de l'entretien motivationnel » E7 « l'entretien motivationnel » E8 « avec l'entretien motivationnel je me sens beaucoup plus à l'aise » E9 « j'ai aussi appris l'entretien motivationnel en psychiatrie » E10 « l'entretien motivationnel, savoir poser des questions ouvertes »
		GAAP	E1 « c'est très intéressant pour avoir des idées autres pour aborder au mieux la situation et se remettre en cause » E10 « en GAAP on a aussi parlé de... »
		Groupe balint	E3 « alors il y a le groupe balint » E5 « moi j'ai fait du balint » E6 « oui surtout grâce au balint » E9 « le principe des groupes balint aussi c'est génial » E10 « il y a aussi les groupes balint »
		Groupes de PAIR	E5 « c'est comme les groupes de pair aussi »
		Autres	Management Attitudes de porter E7 « j'ai aussi entendu parler des attitudes de PORTER » Formations TCC (thérapie cognitivo comportementales) E7 « il y a aussi les formations pratiques TCC »

		Manque de formation à la communication	<p>E1 « entretien motivationnel » « il faudrait que l'on y soit formés en tout cas »</p> <p>E2 « on n'est pas tous automatiquement très fort en communication »</p> <p>E3 « j'ai pas le souvenir d'avoir participé à des cours de communication »</p> <p>E4 « dommage qu'il n'y ait pas de formation obligatoire »</p> <p>E5 « zéro, il n'y a pas de cours là-dessus »</p> <p>E6 « on n'a pas de formation à la communication ni au management des patients alors que c'est primordial »</p> <p>E7 « on n'a jamais eu de cours, j'ai dû aller moi-même à une conférence »</p> <p>E10 « j'aurai aimé avoir une formation là-dessus »</p>
Eléments propices ou non à écouter les préoccupations du patient	Du côté de l'interne	Influences positives	<p>- <u>l'état d'esprit</u></p> <p>E1 « l'état d'esprit dans lequel on est au moment de la consultation », « Quand on est heureux dans notre vie on a plus envie de prêter l'oreille »</p> <p>E2 « être zen »</p> <p>E4 « si tu es dans de bonnes dispositions, que c'est bientôt les vacances, et que tu as eu une bonne nouvelle, tu vas plus les écouter »</p> <p>E9 « aller bien en tant que personne cela permet d'écouter les autres »</p> <p>-<u>l'hygiène de vie</u></p> <p>E2 « une bonne hygiène de vie, ne pas être fatigué, ne pas avoir hyper faim »</p> <p>E9 « aller bien physiquement, moralement, niveau fatigue aussi »</p> <p>E10 « de mon côté, si j'ai bien dormi »</p> <p>-<u>le moment de la journée :</u></p> <p>E1 « le matin moi je sais que j'ai un peu plus d'écoute »</p> <p>E2 « le début de la journée, c'est plus facile d'écouter »</p> <p>-<u>le temps :</u></p> <p>E3 « si au cours d'une journée, je suis particulièrement à l'heure, qu'il n'y a pas d'urgence, je pense que je vais être plus enclin à écouter le patient »</p>

		Influences négatives	<p><u>-soucis personnels</u> E1 « quand on a des soucis, on a très envie de leur dire : écoutez, moi aussi j'ai des problèmes, allez voir ailleurs si j'y suis » E4 « si je suis fatiguée, que j'ai une mauvaise nouvelle ou que je suis stressée... forcément je serai moins apte à l'écoute » E5 « quand tu n'as pas dormi de la nuit » E7 « de mon côté la fatigue peut jouer aussi » E8 « si je suis fatigué, stressé, j'ai mal dormi, mon humeur sera basse »</p> <p><u>-Moment de la journée</u> E1 « le matin...j'ai un peu plus d'écoute que le soir » E5 « la fin de journée, c'est pas évident »</p> <p><u>-déroulement de la journée / le temps :</u> E1 « un patient qui va nous stresser toute la journée pour un problème, une sorte de fil rouge, ça va nous tracasser, on aura une oreille beaucoup moins attentive » E3 « si l'horloge tourne à vitesse grand V... on n'a pas envie de s'attarder sur les discussions à rallonge » E4 « Si tu as eu un patient hyper relou juste avant... hé bien la consultation d'après peut être plus compliquée » E5 « quand tu manques de temps » E6 « le moment de la journée, il est sûr que quand on a eu une grosse journée avec beaucoup de psy etc... on est beaucoup moins réceptif » E7 « forcément le temps, c'est-à-dire que si je sais que j'ai un peu de retard, je vais plus cibler des questions fermées » E9 « le temps aussi cela joue, si on sait qu'on a un retard de trente minutes, on est moins enclin à l'écoute » E10 « si je manque de temps, j'aurai moins envie d'écouter »</p> <p><u>-stigmatiser les patients :</u> E2 « parfois je me laisse avoir à participer, à critiquer aussi le patient » E10 « si le patient vient pour plusieurs plaintes articulaires et que je vois dans le dossier noté fibromyalgie... A ce moment-là je ne m'attarde pas de trop », « je peux être influencée par les antécédents du patient »</p>
--	--	----------------------	---

			<p><u>-le manque de connaissances</u> E4 « le manque de connaissances peut me freiner »</p>
	Du côté du patient	Influences positives	<p>E5 « le retour positif et valorisant », « la reconnaissance c'est super important » E9 « la façon dont il se présente, le respect qu'il a », « un patient qui est plus respectueux, on a plus envie de l'écouter »</p>
		Influences négatives	<p><u>-la violence</u> E1 « moi ce qui me braque c'est la violence » E3 « les patients agressifs » E8 « quand il est agressif » E10 « il y a aussi les patients agressifs » <u>-les patients exigeants</u> E1 « les gens exigeants aussi ça m'énerve, ils veulent tel examen, tel traitement » E3 « les patients agressifs, exigeants, je coupe court » E4 « il y a toujours des patients exigeants » E5 « les gens revendicateurs, exigeants, j'ai du mal » E6 « quelqu'un qui est fermé, qui râle » « ça me braque directement » E8 « exigeant, dissonant c'est plus compliqué » <u>-les personnalités paranoïaques/hypochondriaques</u> E10 « patients parano/hypochondriaques, ils sont persuadés d'avoir telle maladie parce qu'ils ont cherché sur internet, ça m'irrite. <u>-patients non à l'écoute /fermés :</u> E3 « un patient qui n'est pas à l'écoute de ce qu'on peut lui dire » E4 « qui te considèrent comme un petit médecin généraliste bien moins intelligent qu'un spécialiste et qui arrivent avec ...leur liste ou leur diagnostic parce qu'ils ont regardé sur internet » E6 « quelqu'un qui n'essaierait pas d'écouter les pistes que je pourrais lui donner, qui serait fermé » E7 « ils sont venus pour un motif et c'est à toi de travailler...ces gens-là cela ne les intéresse pas » <u>-la barrière de la langue</u> E6 « il y a la barrière de la langue »</p>

Annexe 3 : Guide d'entretien

PROBLEMATIQUE : Comment les internes de médecine générale acquièrent les aptitudes nécessaires à l'expression et la prise en compte des préoccupations du patient

1/ Qui es-tu ?

Âge, sexe, parcours, semestre actuel, stage actuel, stages ambulatoires réalisés, autres formations, projets futurs.

2/ A ton avis comment comprends-tu la recommandation de s'intéresser aux préoccupations réelles du patient ?

Relances :

- Que signifie pour toi prendre en charge un patient dans la globalité ?
- Quelles dimensions explorer ?
- quelle place donnes-tu à la dimension psychologique du patient ?
- quelle place donnes-tu à la dimension sociale du patient ? Place de l'entourage ?
- quelle place donnes-tu à la dimension culturelle du patient ?

3/ Quelles sont pour toi les compétences professionnelles nécessaires pour aider le patient à livrer ses préoccupations

Relances

- Que signifie pour toi « approche centrée sur le patient » ?
- Comment définis-tu la relation médecin-malade actuelle ? Que penses-tu des concepts de « décision médicale partagée » et « d'autonomie du patient » ?
- Quelle place donner à la communication ?
- Que signifie pour toi « savoir écouter » ?

4/ Comment t'a-t-on sensibilisé à cette aptitude à prendre en compte les préoccupations du patient et comment te l'a-t-on enseigné ?

Relances

- Quel apprentissage théorique as-tu reçu au cours de ta formation ?
- Concernant ta formation pratique, en quoi tes maîtres de stages ont pu t'aider à développer et pratiquer cette aptitude ?
- Que penses-tu du modèle hospitalier et ambulatoire ? Le patient est-il considéré de la même façon ?
- As-tu été témoin d'une situation clinique dans laquelle les besoins du patient n'ont pas été pris en compte ? Qu'en as-tu appris ? Comment cela t'a marqué et en quoi cela a modifié ta pratique ?
- Te rappelles-tu une situation clinique dans laquelle la prise en compte des préoccupations du patient a été un moment clé et a permis de comprendre des symptômes bio médicalement inexplicables ?
- Te sens-tu à l'aise avec cette aptitude à permettre au patient d'exprimer ses préoccupations ?
- Penses-tu avoir évolué au cours de tes études d'internat ? T'es-tu senti écouté au cours de ta formation ?
- As-tu déjà été évalué dans cette aptitude ?
- Quels outils ou ressources connais-tu pour progresser ?

5/ Qu'est ce qui t'influence positivement au cours d'une consultation à écouter les préoccupations du patient ? Et à contrario quels en sont les obstacles ou difficultés ?

-De ton côté, du côté des patients ?

6/Si tu devais évaluer la façon dont ton externe prend en compte les préoccupations du patient, comment procédera-tu ?

Relance : Quelle place donnes-tu à l'examen clinique ?

Annexe 4 : Retranscription des entretiens

Entretien N°1: le 15/01/2018 à 16h, chez elle, durée 59 minutes.

1/ Présente toi

Je m'appelle X, j'ai vingt-neuf ans, je suis en couple sans enfant, interne en médecine générale sixième semestre

Quels stages as-tu réalisés ? Quelles formations complémentaires as-tu faites ?

J'ai fait mon premier semestre en gynéco-pédiatrie, mon deuxième semestre en pneumologie, mon troisième semestre aux urgences puis stage chez le médecin généraliste de niveau un, mon cinquième semestre en médecine douleurs soins palliatifs, et actuellement je suis en 6e semestre au Centre Hospitalier Régional en médecine générale, je n'ai pas fait de diplôme universitaire.

D'accord, et quels sont tes projets futurs ?

Alors j'envisage de m'installer dans un cabinet de médecine générale dans les grandes largeurs, quand j'en aurai envie, et si je suis obligée, éventuellement revenir vers un cursus hospitalier en faisant du soin palliatif-douleur.

Contente de mieux te connaître, alors maintenant on entre dans le vif du sujet :

2/ Comment comprends-tu la recommandation de s'intéresser aux préoccupations réelles du patient ?

Parce que c'est notre travail, c'est la base ! Les gens viennent nous voir parce qu'ils ont un problème et heu ... notre but est de le résoudre. C'est comme une enquête policière, c'est la base, ce n'est pas à nous de leur apporter des problèmes, c'est à eux de nous les exposer.

Oké, alors pour toi que signifie : prendre en charge un patient dans sa globalité ?

Alors c'est le prendre en charge aussi bien sur le plan somatique que psychologique, c'est-à-dire que dans toute pathologie somatique il y a une part de psychologie, comment dire... (silence): il y a surtout une souffrance et celle-ci peut-être aussi bien physique que psychologique, alors après cela dépend de la pathologie en question mais annoncer à quelqu'un qu'il a une maladie quelle qu'elle soit, cela modifie sa psychologie et il faut être amené à écouter aussi, heu... voilà à le prendre en charge de ce côté là aussi, sur le plan psychologique.

Donc effectivement tu me parles de la dimension psychologique à explorer chez le patient, quelle place tu donnes à la dimension sociale, à l'entourage ?

Ah oui il y a aussi ça, elle est au même titre que la dimension psychologique et somatique en fait, effectivement le patient doit être considéré dans son milieu familial, dans son travail, il faut qu'on élargisse notre point de vue. Cela ne se s'arrête pas à un corps, ça ne s'arrête pas à une machine.

Et le côté culturel, est ce que cela compte dans tes prises en charge ?

Ah oui énormément, oh là, oh oui oui ça c'est sûr ! Quelqu'un qui va avoir une culture différente, ne va pas avoir les mêmes perspectives.

Cela va nous faire reculer un petit peu dans nos retranchements, il faut s'adapter à la personne.

C'est pour ça qu'on dit que la médecine est un art, parce que c'est bien joli de lire dans les bouquins et compagnie mais bon, l'empathie et heu heu... je ne sais pas il faut un minimum réfléchir, c'est bien joli effectivement, on ne peut pas traiter toutes les personnes de la même façon, on ne peut pas faire de médecine à la chaîne voilà.

Je suis d'accord avec toi.

3/ Alors justement selon toi, quelle sont les compétences professionnelles nécessaires pour prendre en compte les préoccupations du patient et l'aider à les livrer ? As-tu cette notion de compétence professionnelle ?

Alors, moi j'ai du mal avec cette notion de compétence professionnelle, moi j'ai notion qu'on ne nous a jamais vraiment appris à parler aux gens que c'est profondément personnel. C'est-à-dire, bein oui moi je n'ai vraiment pas l'impression d'avoir fait un diplôme universitaire de communication comme il pourrait y avoir dans d'autres professions comme commercial. Les commerciaux eux, on les habitue à nous manipuler, (rires) à nous orienter à savoir comment parler pour qu'on puisse clairement acheter leurs produits, nous c'est pas du tout ça je trouve. Déjà quand on décide de faire médecine, le fait d'avoir un concours en première année nous sélectionne, on est tous plus ou moins pareils, quand on communique ensemble on retrouve les mêmes traits de caractère, les mêmes façons de faire les choses et je pense que ce qui caractérise le plus notre façon de faire c'est l'empathie. Pour moi un bon médecin c'est un médecin qui est avant tout empathique. Il faut se servir de cette empathie pour essayer de sonder au maximum la personne, mais tout en restant détaché, pour garder la tête froide et ça ce n'est pas évident. Je ne sais pas si je réponds bien à la question mais...

La première chose effectivement c'est que la notion de compétence professionnelle elle n'est pas claire alors que le DES de médecine générale enseigne aux internes par compétences

Moi je pense qu'elle est avant tout personnel. Chaque individu s'adresse à un patient à sa manière propre.

En tout cas tu m'as parlé d'une compétence primordiale c'est la communication, pour toi elle a une part importante mais qu'est-ce que tu entends par : « savoir écouter le patient ? »

Alors, écouter le patient, ce n'est pas toujours facile, c'est déjà lui prêter une oreille attentive mais ça ne suffit pas. Certains patients vont nous dire d'emblée leur problématique, d'autres ne vont pas savoir l'exprimer, ils vont passer par des chemins détournés, donc une façon aussi d'observer le patient, il y a des gestes, une attitude qui prouve qu'il y a quelque chose, qu'il y a « anguille sous roche », une façon de s'exprimer qui est bizarre, et là aussi on va nous demander à nous d'essayer de creuser, de poser des questions pour essayer de faire ressortir le problème voire même carrément de leur demander concrètement « qu'est-ce que je peux faire pour vous » ? « Qu'est-ce que vous attendez de moi ? » Parce que le problème était tellement compliqué à comprendre qu'au bout d'un moment heu ... enfin on est quelque part des spécialistes de la médecine donc s'ils ne peuvent pas se confier à nous, ils ne pourront se confier à personne d'autre.

Donc c'est quelque chose d'important pour toi, et tu parlais d'empathie. Qu'est-ce que tu penses finalement de la relation médecin-patient actuelle ?

Alors, la relation médecin-malade actuelle est horizontale et je suis « à fond là-dedans ». C'est pas toujours quelque chose de facile à faire, surtout qu'on a beaucoup de décisions à prendre par nous-même mais clairement, il faut que pour qu'un traitement soit efficace, il faut que le patient soit au centre de l'action, il faut que Lui comprenne que c'est pour lui qu'on fait tout ça, nous on s'en fiche hein, enfin non, on est toujours content de bien soigner quelqu'un, sinon on n'aurait pas fait médecine mais, heu...

Il faut qu'il comprenne que si on se creuse la tête, si on lui propose des solutions, c'est avant tout pour Lui. Si lui ne sait pas nous exposer son problème hé bien forcément ce traitement sera voué à l'échec et s'il n'est pas d'accord avec nous, hé bien on pourra essayer de lui faire faire tout ce qu'on veut, de toute façon ça ne marchera pas ! Il faut que dans notre manière de présenter les choses, et de comprendre les choses, il faut qu'on l'inclut dans la démarche en fait. C'est plus comme à l'époque où le médecin était le savant, parole de la bible, après il faut connaître ses limites parce que, ça m'est arrivé ça aussi, les gens maintenant avec internet, ils ont tous l'impression de pouvoir se soigner eux même, en gros ils arrivent, ils veulent tel examen, tel médicament, parce que le voisin il prend ça pour la tension, ça a l'air de bien fonctionner sur lui, j'aimerais la même chose. Attends mon gars, c'est moi le spécialiste, ce n'est pas toi ! Je pense que le maître mot dans tout ça c'est l'éducation. Il faut savoir les éduquer. De toute façon si on veut qu'ils participent à notre travail, qu'ils participent au traitement, il faut qu'ils comprennent le traitement, pourquoi on le fait, quelles sont les alternatives, enfin vraiment il faut qu'on les recentre et qu'on n'hésite pas à bien leur expliquer notre point de vue, il ne faut pas hésiter à parler.

Oui à communiquer, on en revient à cette compétence.

4/ Alors justement au cours de tes études, comment on t'a sensibilisée à cette aptitude à prendre en compte les préoccupations du patient ? Comment on te l'a enseigné en théorie et en pratique ?

Moi je n'ai pas l'impression qu'on nous l'a enseigné ! J'ai aucun souvenir d'avoir eu un cours sur la communication. Le seul cours qui me paraît se rapprocher de cette définition c'est quand on a parlé de l'annonce d'un diagnostic difficile en cancérologie, la consultation d'annonce. Et encore, c'était extrêmement théorique, et je trouve que dans la pratique c'est extrêmement difficile d'annoncer à quelqu'un qu'il a une maladie grave.

Et tout ce qui est « approche globale centrée sur la personne », là on parle de plus large que la communication, est-ce que tu te rappelles de cours ? Ou autre ?

Non il n'y a clairement pas eu de cours, mais pour moi cet apprentissage s'est basé sur beaucoup de stages, je pense que plus on est confronté à la patientèle, plus on intègre notre travail. Au début, je me souviens en troisième année, à mon premier stage, je ne savais même pas examiner un patient, donc il a fallu commencer par-là, apprendre à dire bonjour, à rentrer dans une chambre sans avoir peur, à passer au-delà de sa timidité pour faire parler les gens de leur problématique, ça s'affine à la longue. Et ça dépend énormément des professeurs qui nous ont formé, je pense que chacun y est allé de sa petite réflexion, de sa petite expérience, certains n'apportent absolument rien, on est tous tombés sur des « sales cons », et puis d'autres, heu... il y a des moments, ... c'est des bribes de phrases, des réflexions, mais jamais de cours directs. Je me souviens par exemple, un jour on faisait la visite en chirurgie digestive avec le chef de service qui n'était autre que le doyen de notre faculté, donc on était tous un petit peu « raides », mais très gentil, on avait un doyen à Limoges qui était topissime, et on est rentrés dans une chambre voir une dame, je ne sais plus ce qu'elle avait comme pathologie enfin bref, elle avait eu une laparotomie, et on a discuté un petit peu avec la dame, elle avait l'air d'aller mieux, même si elle se plaignait de telle ou telle douleur, la reprise de l'alimentation qui était difficile.

Puis une fois qu'on est sortis, le doyen nous dit : « vous voyez cette dame, on a l'impression d'après son discours qu'elle a toujours mal, qu'il n'y a pas d'amélioration, sauf que quand on la regarde bien, elle a mis ses lunettes, et elle s'est maquillée, et vous voyez ça, quand quelqu'un a vraiment mal, il ne prend pas la peine de le faire » donc clairement, même si dans son discours, c'est toujours pareil, il y a quand même eu un net progrès, parce qu'il n'y a pas que de la communication verbale, il y a aussi la communication gestuelle, l'image que renvoie les patients, et voilà, c'est comme ça qu'on apprend au final. L'occasion de voir des patients et de voir un prof qui nous dit comment aborder la situation. Plus on en fait, plus on apprend.

D'accord alors là tu me parles de ce qu'on appelle « le modèle de rôle », comment les chefs nous apprennent en situation réelle à exercer la médecine, c'était ma question suivante : est-ce que tu te souvenais d'une situation clinique qui t'as marquée en positif.

Et a contrario as-tu déjà été témoin d'une situation dans laquelle les préoccupations du patient n'ont pas été prises en compte, qu'en as-tu appris, en quoi cela a modifié ta façon de pratiquer la médecine ?

Alors il y en a eu plein où j'ai eu le sentiment qu'on n'a pas creusé assez ! Ça m'a laissé une sensation d'échec, souvent ce n'était pas que de mon fait propre, soit c'était le patient qui ne voulait pas aller plus loin pour des raisons X ou Y, un blocage ou quelque chose qui fait qu'on n'arrivait pas à avancer, soit c'était à cause des chefs, avec un chef comme Dr X, qui s'en contre fichait. Et ça commence par peu de choses, ça commence par simplement, rentrer dans une chambre sans frapper sans dire bonjour, les gens sont quasiment à poil en train de s'habiller, on rentre comme ça, comme si c'était chez nous, ou alors on ne leur demande pas si on peut les examiner, parce qu'après tout ils ont le droit de ne pas vouloir qu'on les examine, et on leur enlève les vêtements sans leur demander et sans les connaître ni d'Eve ni d'Adam, parce qu'après tout ils ne sont pas obligés de nous connaître. On leur enlève la couverture, on soulève la chemise de nuit, et on les examine, rien que ça, sans parler médecine, c'est un échec de communication complet, ça veut dire que les patients sont des objets, comme des machines qui sont abîmées et qu'il va falloir retaper mais comme on s'adresserait à une voiture. Ça c'est le début mais après il y a plusieurs autres situations purement médicales où j'ai eu un sentiment d'échec, après ça peut venir du patient, de la personne qui nous accompagne, de certains spécialistes autour qui ne veulent pas participer, et on a le sentiment de se retrouver tous seuls, ça en médecine générale ça arrive souvent je trouve, on finit par se retrouver tout seul avec le sentiment qu'on n'est pas allé au bout des choses mais qu'aucun spécialiste ne nous aide.

Ce n'est pas facile. Et puis il y a des moments où ça m'est arrivé de reconvoquer des gens, à une semaine d'intervalle, parce que j'avais eu le sentiment que je n'avais pas été à l'écoute à ce moment-là, parce que j'avais eu un problème, parce que j'avais envie de pisser, parce que j'en avais marre, parce que c'était la fin de la journée et que j'en pouvais plus, voilà l'impression d'avoir raté une étape, de ne pas avoir été à l'écoute, et donc j'ai reconvoqué des gens.

Là tu as distingué le modèle hospitalier et le modèle ambulatoire, selon toi à l'hôpital les gens sont un peu plus dépersonnalisés, voilà on ne se présente pas, on soigne la maladie, en ambulatoire ça ne te semble pas être la même chose, comment tu le ressens ? Les patients sont-ils considérés de la même façon ?

Je n'en n'ai pas l'impression. Il y a un fossé entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière. Déjà on a beaucoup de mal à communiquer entre médecins, je trouve que c'est rare.

Alors ça dépend quels hôpitaux et ça dépend quels médecins. De toute façon on est des humains !

Notre patientèle est à notre image quoiqu'il arrive que ce soit en ambulatoire ou en hospitalier, enfin en hospitalier ce n'est pas vraiment la patientèle mais c'est la façon de pratiquer la médecine et effectivement au CHU j'ai trouvé que c'était impersonnel. Ils attendent, ils sont dans l'attente, au lit, voilà, on vient changer les poches d'hydratation, on rentre on sort des chambres, mais bon est ce qu'on pourrait modifier cela, je ne sais pas. Mais en libéral ce n'est pas pareil, les gens quand ils viennent nous voir, ils sont debout, c'est eux qui font la démarche de venir, ils ne sont pas venus là par urgence, ni les pieds devant. Certes il y a toujours un bureau entre nous mais c'est pas pareil quand même. Alors qu'à l'hôpital ils sont allongés.

Donc relation horizontale...

Ah oui c'est vachement important, et ça se ressent quand nous on se retrouve dans la situation de patient, on est très mal à l'aise, allongé comme ça..., à regarder à quelle sauce on va se faire manger, alors le pire c'est les enfants, eux ils se sentent encore plus diminués, les bébés quand on les met tous nus, on sent encore plus la crainte et l'angoisse parce que ... les pauvres ... ils sont à « notre Merci » quelque part, et si on ne fait pas les choses avec un peu d'empathie, et de souplesse, cela peut très vite être très traumatisant voire atteindre la maltraitance.

Oui ce n'est pas un climat favorable à ce que la personne soit à l'aise et exprime ce qu'elle ressent, ou nous contredise éventuellement.

Si on en revient à la formation, tu me disais que tu penses avoir évolué au cours de tes études avec l'expérience, on parle surtout d'écouter le patient, mais toi, t'es-tu sentie écoutée pendant ta formation par tes chefs ? Pour bien apprendre à l'autre il faut déjà montrer l'exemple...

Oui ça m'est arrivé, c'est pas toujours facile, parfois tu as beau asséner des vérités à tes chefs, le temps qu'ils percutent, c'est pas évident...

D'accord, donc cela dépend des stages quoi...

Oui et puis ça dépend des chefs tout simplement, certains sont beaucoup plus empathiques que d'autres. Je me souviens d'une situation qui m'avait laissée très perplexe, c'est une dame quand j'étais en stage au CHU chez qui il y avait eu une suspicion de maltraitance de la part de son mari, il y avait un problème qui était physique, cette dame elle avait une sorte de fistule rectale, j'ai jamais compris l'histoire, elle était mutique donc pour moi il y avait un problème psychiatrique, personne n'a cherché à creuser, et puis le social c'était le merdier, mais personne ne m'a aidée, alors l'assistante sociale niet, Dr X, niet, il a fait appel au système juridique pour la classer en sorties difficiles, je me suis dit là on va peut-être voir arriver des gens compétents, un avocat, des assistantes sociales plus percutantes, personne n'est jamais venu, et on nous a dit en gros « débarrassez-vous d'elle », donc moi je me suis retrouvée toute seule comme interne, à devoir gérer le mari, les filles, la dame, avec aucun chef, personne de l'administration, enfin tout le monde s'en foutait, ça a été la charnière avec le changement de stage et j'ai le sentiment d'avoir fui cette situation. Je suis partie en courant, je n'ai même pas dit au revoir, je suis partie. Je trouve que dans tous les domaines, personne n'a fait son boulot, dans tous les domaines ; sur le plan physique, l'hospitalisation n'a servi à rien, sur le plan psychologique, j'ai réussi à faire passer le psychiatre qui m'a dit « elle est mutique, je ne peux rien en faire ».

Oui donc tu ne t'es pas sentie écoutée en tout cas...

Ah pas du tout, j'ai fui, j'ai le sentiment d'avoir fait un « sale boulot » et si je croise les deux filles dans la rue, elles vont me tomber dessus, elles vont me lyncher.

Pauvre médecin généraliste qui a dû rattraper la situation !

Si on revient à la prise en compte des préoccupations du patient, as-tu déjà été évaluée là-dessus lors de ta formation d'internat ?

Oui, lors de l'évaluation de fin de stage, on m'a dit que j'avais une bonne communication. Ça faisait partie de la grille d'évaluation. Je ne sais pas trop comment ils se débrouillaient pour savoir ça mais bon je pense que c'est l'expérience aussi qui fait que, ils devaient poser des questions autour d'eux, parce que clairement quand on fait la visite c'est rare qu'ils nous laissent faire et quand on fait la visite seul, hé bien par définition on est seul donc ils ne nous voient pas faire mais bon...

Ils ont dû demander aux infirmières, aux patients...

L'évaluation qui m'a semblée la plus déterminante cela a été pendant le stage en médecine générale, parce que là ils étaient avec nous, c'était l'évaluation la plus précise de tous mes stages.

D'accord, et justement, te sens tu à l'aise avec cette aptitude, et penses-tu avoir évolué au cours de tes études ?

Oui, je suis plutôt à l'aise, et l'expérience et les situations rencontrées et observées ont fait que j'ai vachement évolué durant mes études de médecine.

Alors j'en viens à te demander, quels outils connais-tu pour progresser dans cette aptitude à écouter et prendre en compte les préoccupations du patient ?

Aucun, j'ai vaguement entendu parlé de l'entretien motivationnel par une co-interne qui se résume à essayer de recentrer le patient dans sa problématique, essayer de lui faire exprimer son problème et comment je peux l'aider dans sa démarche pour améliorer les choses et c'est pas toujours facile.

Je ne connais que ça, il faudrait qu'on y soit formé en tout cas.

Et que penses-tu des GAAP ?

Ah oui, c'est très intéressant pour avoir des idées autres pour aborder au mieux la situation et se remettre en cause.

Alors on continue,

5/ Selon toi, qu'est-ce qui t'influences positivement ou au contraire négativement au cours d'une consultation à écouter les préoccupations du patient ? De ton côté et du côté du patient ?

Ce n'est pas toujours évident, je pense qu'on est des êtres humains avant tout, quelque chose qui peut fortement influencer c'est l'état d'esprit dans lequel on est au moment de la consultation. Je veux dire par là que nous aussi on a des problèmes comme tout le monde, et il arrive des moments dans la vie où on a une écoute qui est beaucoup moins percutante. Quand on est heureux dans notre vie on a plus envie de prêter l'oreille pour aider les gens, à l'inverse quand on a des soucis on a très envie de leur dire « écoutez, moi aussi j'ai des problèmes, allez voir ailleurs si j'y suis », ça m'est arrivé hein, franchement. Et puis c'est pareil, le matin moi je sais que j'ai un peu plus d'écoute que le soir, ça commence à me gonfler, j'ai envie de rentrer chez moi, au vingt-cinquième patient j'en peu plus, trois consultations sur le stress à la suite, hé bien à la troisième on est beaucoup moins efficace. Et pareil un patient qui va nous stresser dans la journée pour un problème, une sorte de fil rouge, ça va nous tracasser, et on aura une oreille beaucoup moins attentive.

Peut-être que l'expérience améliore les choses, mais on n'est pas des machines et ça il faut que les patients le comprennent, on est des êtres humains comme eux, et si on n'y est pas arrivé une première fois il ne faut pas hésiter à revenir parce qu'ils ont senti que le médecin n'était pas à l'écoute, ça arrive il faut être indulgent. Moi je le dis aux patients.

Tu parlais d'expérience alors pour toi le fait d'avoir moins de connaissances médicales en tant qu'interne peut-il faire que tu vas moins écouter la personne, moins creuser car par exemple elle risque de te poser d'autres questions ?

Ah oui mais pas dans ce sens-là parce que je pense que les connaissances on les a, et elles sont accessibles maintenant avec internet donc moi je leur dis quand ils posent une question trop pointue, et que j'en sais rien, je leur dis « écoutez là vous me posez une colle, je ne sais pas, je vais chercher » et soit je cherche devant eux, soit je leur dis « écoutez je vais poser la question à mes collègues et je vous tiens au courant ». On n'est pas censé tout savoir, et des fois ils nous posent des questions tellement bizarres, donc on fait comme on peut. Il faut avant tout être honnête. Ça doit être une communication très claire. Je dirais plutôt là où c'est difficile quand on n'a pas beaucoup d'expérience, c'est dans la façon d'organiser le soin à domicile c'est-à-dire : est-ce que j'hospitalise ou pas, et si non qu'est-ce que j'en fais ? Les choses à mettre en place en libéral sont parfois compliquées, il faudrait être vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec le patient mais ce n'est pas possible. C'est difficile en pratique en libéral mais à l'hôpital c'est beaucoup plus simple.

D'où l'intérêt de prendre en compte le patient en globalité, son mode de vie, le coté social, l'entourage sur lequel on pourrait s'appuyer ...

Et tu coté du patient y a-t-il des facteurs qui influencent ta qualité d'écoute ?

Moi ce qui me braque c'est la violence, un patient qui commence la consultation en m'agressant verbalement hein, je ne me suis pas prise de tarte, alors qu'on ne se connaît ni d'Eve ni d'Adam, heu.... Enfin ...ça me fou hors de moi. Il va falloir que je travaille là-dessus d'ailleurs. Je pense que ça ne sert à rien d'attiser la flamme de la colère et qu'elle signifie peut-être beaucoup de choses, mais qu'est-ce que ça m'énerve. Je trouve ça irrespectueux qu'on m'agresse pour rien. Il vient me voir pour un problème, oké mais qu'il me le dise calmement ! Ça me braque complètement moi !

Bon c'est pas arrivé souvent mais bon ...

Les gens exigeants aussi ça m'énerve, ils veulent tels examens, tels traitements, parce que c'est comme ça, parce qu'ils l'ont décidé, alors là je leur dirais bien, « écoutez dans ce cas, faites médecine, vous n'avez pas besoin de moi », enfin je veux dire, on est diplômé, ils viennent demander un avis d'expert, en plus ils ont l'illusion que tout est gratuit, et j'ai l'impression qu'ils en profitent et ça y participe. « Moi je veux, moi je veux.... moi je..... » là qu'est-ce que tu veux discuter ! Ils estiment qu'ils en savent plus que toi !

Je pense que c'est l'éducation des patients qu'il faut qu'on fasse pour diminuer ces comportements.

Un médecin me disait : « les gens qui te mettent trop en difficulté, il faut les faire partir », parce que c'est eux qui vont apporter les problèmes. Il n'y a pas de relation de confiance.

6/ Dernière question, si tu devais évaluer la façon dont ton externe prend en compte les préoccupations du patient, comment procéderais-tu ?

C'est pas facile de se mettre dans la position de l'examineur, heu (silence)

Pour moi tous les gestes sont importants, c'est-à-dire, la façon dont il rentre dans la chambre du patient, s'il frappe à la porte, s'il se présente, si je le sens à l'aise ou au contraire crispé et craintif,

la façon dont il interroge les gens, c'est à dire s'il reste avec des questions fermées, ou plutôt ouvertes mais bon, on a tous commencé comme ça, c'est pas évident, moi ça m'est arrivé souvent, je posais les questions devant le patient, je perdais tous mes mots, mes moyens au début, j'allais écrire mon observation et je me rendais compte que j'avais oublié des trucs, donc je revenais voir les gens, et à force de revenir les voir, les langues se délient, et on finissait par parler et j'avais accès à d'autres choses.

Aussi quelque chose qui me paraît important c'est de se rendre Accessible aux gens, c'est-à-dire que quand ils sont allongés, moi cela ne m'a jamais choqué qu'un médecin s'assoit à côté de lui, plutôt que de rester debout à les regarder de haut.
Oui il y a la façon de parler, le questionnement et la façon d'être.

Et que penses-tu de l'examen clinique ? Est-il important pour permettre à un patient d'exprimer ses préoccupations ?

Oui il est primordial, il faut respecter la dignité de la personne, comme je te disais tout à l'heure, ne pas déshabiller un patient sans lui demander son accord et le lui en expliquer la raison.

Être doux bien sûr. Enfin voilà, pour moi cela paraît logique.

Merci beaucoup pour ta participation.

ENTRETIEN N°2 : le 7/03/2018 à 12h30 chez elle, durée 58 minutes.

1/ Qui es-tu ?

Alors je suis une femme célibataire, interne médecine générale en cinquième semestre, mon premier stage était la pédiatrie et j'ai trouvé ça génial de commencer par ce stage, parce que ça apprend un contact tout en douceur, et ça moi à la base j'étais pas du tout douce, je disais au patient « ça c'est mal, ça c'est bien », j'étais directive, je les engueulais s'ils ne faisaient pas comme je le voulais, je pensais être un médecin comme cela plus tard, mais en fait, le fait d'avoir commencé par la pédiatrie déjà ça a aboli tout ça, et ça m'a fait acquérir la douceur et du coup après les patients croyaient que j'étais douce. Après c'était les urgences, du travail à la chaîne, mais ce que j'ai trouvé génial c'est que des fois il y avait une « mini étincelle » qui faisait que j'étais trop contente d'être là et que je savais que j'avais fait du bien au patient aussi, même si cela ne durait pas longtemps en fait. Après c'était le stage chez le praticien, où j'ai eu une formation à l'entretien motivationnel avec Dr X, et là ça a fait un gros tournant parce que, au départ je gardais quand même mes idées d'être assez directive et tout et, bon je peux pas dire que j'ai appris vraiment parce qu'on nous avait déjà parlé de l'empathie en cours de déontologie mais là j'ai pu expérimenter vraiment ce que c'était, et comprendre de l'intérieur parce que j'ai appris à exercer comme j'avais eu une vague idée, mais c'était quelque chose de lointain alors que là c'était du concret. Après j'ai fait médecine polyvalente, là c'était super parce que j'avais surtout un chef qui aimait bien la gériatrie, et du coup ce chef-là il m'a laissée m'épanouir comme j'avais envie avec les patients, et avec lui j'osais être comme je voudrais être plus tard avec les patients et en milieu de stage je lui ai demandé une petite évaluation de stage parce que je ne voulais pas me tromper de direction, et il m'a dit : « tout n'est pas parfait, mais tu as un super contact avec les patients » et ça m'a fait trop plaisir parce que je me suis dit bon c'est quand même un gros point positif. Actuellement je suis en neurologie, alors j'avoue que je laisse de côté tous mes « idéaux », parce que là c'est plutôt la visite très carrée, des fois on fait gaffe au patient mais franchement souvent j'ai un peu honte, parce qu'on parle du patient à la troisième personne dans la chambre, pour commenter son IRM, pour commenter tout ça et moi des fois je ne sais pas où me mettre, je me dis mais c'est une personne comme nous dans la chambre et pas un objet ! Certes les médecins ce sont des super spécialistes mais le côté « contact avec le patient » laisse vraiment à désirer !

Qu'est-ce que tu envisages plus tard ?

Pour le prochain stage j'aimerais bien encore de l'hospitalier, pour profiter à fond des connaissances hospitalières théoriques, dans quel service je ne sais pas exactement, et après des remplacements avant de trouver le coin parfait pour m'installer, plutôt en campagne.

D'accord, alors on entre dans le vif du sujet, 2/Comment comprends-tu la recommandation de s'intéresser aux préoccupations réelles du patient ?

Alors, je dirais que c'est... (silence) On part du patient, et de la raison première pour laquelle il vient, plutôt que de plaquer ce que nous on pense être le mieux pour le patient qui nous semble parfois évident. Par exemple le patient, il voudrait perdre deux kilos alors qu'il fume deux paquets de cigarettes par jour, nous notre priorité ça va être qu'il arrête de fumer, et lui ça va être de perdre ses kilos et bien, il faut qu'on parte de sa préoccupation pour arriver à un résultat efficace parce que de toute façon si on lui impose quelque chose, on n'arrivera à rien.

Alors pour toi justement, que signifie « prendre en charge un patient dans sa globalité » ?

Je dirais que c'est ne pas prendre en compte que sa santé, parce que lui il vient chez le médecin pour sa santé mais il vient avec son caractère, avec son vécu, avec sa vie actuelle, avec quelque chose d'hyper important qui est son travail, et pour illustrer cela, j'ai un exemple typique en neurologie : j'ai eu un patient chauffeur routier qui a fait une crise d'épilepsie et on lui dit qu'il ne peut pas conduire pendant un an, il ne va pas du tout avoir le même point de vue que nous, nous ça va être la santé point barre et puis lui c'est sa vie qui va s'effondrer, donc prendre le patient dans sa globalité c'est voir tous les aspects pour pouvoir l'accompagner au mieux dans n'importe quel type de souci de santé, et n'importe quelle raison qui l'amène à consulter.

Donc que sa maladie s'intègre dans tout ce qu'il est de façon générale, dans toutes les dimensions de sa vie. Justement tu m'as évoquée la dimension biologique, psychologique et sociale du patient. Selon toi, toutes ces dimensions sont-elles à considérer de façon égale ? Comment tu intègres tous ces aspects à ta consultation ?

Alors le social, pour la classe moyenne ce n'est pas bien important mais pour tous les « petits milieux défavorisés », les personnes isolées, alors là le problème social va être majeur. Parfois il prend plus de place que la maladie, ça on le voit très souvent en hospitalisation je trouve chez les personnes âgées ou les gens défavorisés, on voit qu'on ne peut avancer à rien parce qu'il y a le problème social qui bouche complètement la vision des choses.

Donc en fonction des personnes parfois une dimension prend plus de place.

Pour toi l'entourage est-il important ?

Oui, par exemple une personne âgée isolée ou une personne âgée bien entourée, avec les mêmes pathologies, ne vont pas évoluer de la même façon, soit possibilité de rester à domicile avec le moral qui tiendra la coup, soit obligation d'institutionnalisation avec parfois syndrome de glissement et dépression. Ça change vraiment du tout au tout ! Sans compter que ça change bien justement son aspect psychologique à elle parce qu'une personne isolée va plus déprimer donc effet domino, quand il y a une pièce qui tombe, hé bien toutes les pièces finissent par tomber, donc si une personne est mal entourée, cela va se répercuter sur la maladie, sur le psychologique, il y a tout qui est lié. Une personne jeune mal entourée c'est la même chose.

Finalement la maladie c'est presque le dernier truc qu'il faudrait regarder, on en parle en introduction mais finalement c'est le tout qui nous fait arriver au but final. Je trouve que l'interrogatoire du patient il est un peu dans ce sens-là.

D'accord, alors on passe à la troisième question,

3/ Quelles sont les compétences professionnelles nécessaires à acquérir afin de permettre au patient de livrer ses préoccupations ?

Alors je dirais qu'il y en a deux principales, je ne sais pas si c'est bien dans le sujet mais bon, alors c'est le côté relationnel, il ne faut pas être un bloc de marbre car sinon les patients n'osent pas nous en dire plus, et en même temps il faut avoir les connaissances pour permettre au patient d'avoir confiance en nous. Par exemple lors de mon stage chez le praticien, Dr X était assez froid, mais hyper carré avec des connaissances pointues et moi j'ai trouvé que c'était hyper rassurant pour les patients, ça a un côté « enveloppant », alors de Dr Y, c'est plutôt l'inverse, ça parlait dans tous les sens, mais il mettait très à l'aise les patients avec l'humour etc, et ceux-ci se confiaient beaucoup plus !

Qu'est-ce que cela t'évoque la notion de compétence professionnelle ? En as-tu une définition ?

Oui, ça me parle par rapport au portfolio, cela a permis de structurer les choses.

Avant je pensais qu'il fallait faire comme à l'ECN, acquérir beaucoup de choses et c'est comme ça qu'on devenait un bon médecin. Sauf que c'est déprimant et horrible parce que c'est pas possible !

Du coup, « compétence professionnelle » pour moi c'est savoir mettre en route des connaissances que l'on a pour pouvoir l'organiser cette connaissance et la mettre à profit même si elle est petite, savoir aller rechercher les informations là où il faut.

Connais-tu la marguerite des compétences ?

Oui ça on nous en a parlé.

Alors tu m'as évoqué la relation médecin-patient qui est primordiale et qui se situe au centre de la marguerite, ainsi que l'approche centrée sur le patient.

Il y a aussi une compétence indispensable qui est celle de la communication, qu'en penses-tu ?

J'avoue que pour moi toutes ces compétences sont liées. Moi ça m'évoque l'échange et la communication appropriée d'informations si le patient le souhaite.

Alors justement que penses-tu de la relation médecin-patient actuelle ?

Alors c'est le gros décalage entre le paternalisme d'il y a quelques dizaines d'années et le principe d'autonomie que je trouve un peu poussé à outrance et un petit peu utopique aussi. En réalité le patient n'est pas si autonome que cela, et heureusement parce que la décision médicale des fois il faut qu'elle s'impose et c'est ça qui fait qu'on est des bons médecins, c'est aussi quand on sait prendre une décision qui parfois pourrait être trop lourde à prendre pour l'entourage et pour le patient. Je le vois surtout dans les fins de vie, par exemple on a eu un cas d'une patiente, on lui parlait de son père, on lui a dit qu'on allait arrêter les soins pour éviter l'acharnement thérapeutique, et elle nous a dit « vous n'allez quand même pas me demander de choisir s'il faut arrêter ou pas les soins ! », et on lui a dit, hé bien non, ne vous inquiétez pas, c'est une décision médicale Madame, on l'a soulagée de ce poids ! Je trouve que parfois on dit trop au patient : « c'est vous qui choisissez », alors qu'en réalité ce n'est pas vrai parce qu'on donne notre version des choses et ... Je trouve que c'est hypocrite cette théorie du « tout autonome ». Mais en même temps, l'autonomie c'est comme cela que le patient adhère à sa santé et à la démarche active...

Quand j'étais externe j'ai fait un petit stage chez le praticien, et lui disait « c'est moi qui décide ici ! », et moi ça m'a choquée, c'était un vieux médecin paternaliste proche de la retraite. Et à côté de ça faire semblant qu'on éclaire le patient en lui donnant des tas de détails qui ne servent à rien parce que nous on ne sait pas choisir, hé bien là je trouve que c'est de l'hypocrisie.

Si je comprends ce que tu me dis, cela dépend aussi de l'importance de la décision ?

Oui, il faut donner une information adaptée au contexte et à la personne, une information « claire, loyale et appropriée ».

Que signifie pour toi savoir écouter ?

Alors le premier mot qui me vient c'est l'empathie. Ça on nous en a parlé dès le début de notre cursus et c'était un peu mystérieux, c'était un peu comprendre sans ressentir les émotions au fond de nos entrailles quoi ! C'est ce qui nous permet à la fois de vraiment comprendre profondément ce que dit le patient, tout en gardant la bonne distance et notre intégrité, il ne faut pas se désintégrer ni se mettre à pleurer avec le patient, du coup on garde notre force, ce qui est hyper important pour notre épanouissement personnel, et ce qui est hyper important aussi pour le patient, parce que je pense qu'il attend d'avoir une force à côté de lui plutôt que quelqu'un qui s'apitoie trop et qui du coup perd de sa capacité à consoler après.

4/ Comment t'as-tu enseigné à prendre en compte les préoccupations du patient, en théorie et en pratique ?

Alors en théorie on nous a appris les sciences humaines et la déontologie en première et deuxième année. On a levé mes illusions quand j'ai travaillé ma thèse, je pensais que tout le monde écoutait ces cours parce que moi ça m'a vraiment « imbibé », mais en fait quand j'en parle autour de moi, les autres internes, cela ne les a pas du tout marqués !

Cela a permis de mettre une première couche de peinture sur la deuxième qui a été l'internat en pratique, comme je te disais le fait d'avoir commencé par la pédiatrie c'était pédagogiquement génial.

J'ai aussi eu une formation à l'entretien motivationnel qui a permis de me donner une méthode et des outils de communication parce qu'on n'est pas tous automatiquement très forts en communication, et d'ailleurs moi personnellement je pense être très nulle car je suis plutôt de caractère introverti, du coup je ne suis pas vraiment tournée vers la communication par définition. Du coup cette méthode m'a beaucoup aidée à m'épanouir et à prendre les outils que je voulais.

Et justement de façon pratique, comment tes maîtres de stage ont pu t'aider à développer ça ?

Y a-t-il eu des façons de faire qui ne t'ont pas donné envie ? Et inversement ? Te rappelleras-tu d'une situation clinique qui t'as marquée ?

Pas plus tard que cette nuit, un patient de psychiatrie complètement paumé, qui était en hébergement temporaire dans une Ehpad, et qui se retrouve aux urgences car la directrice ne veut plus de lui parce qu'il est « ingérable », et du coup moi je pensais qu'il fallait absolument un avis psychiatrique et qu'il ne soit pas lâché dans la nature comme ça et mon chef qui me dit « non mais tu ne discutes même pas, il rentre à l'Ehpad », et du coup j'ai lutté pour qu'il soit vu.

Alors c'est vrai que ça c'est typique aux urgences, c'est pas de leur faute mais le fait est que c'est trop souvent comme ça.

Pareil l'exemple de tout à l'heure avec le chauffeur routier épileptique, ma chef qui lui a dit de but en blanc, « vous ne pouvez plus conduire » et qui est partie, elle ne se rendait pas compte qu'elle était en train de lui démolir sa vie, du coup moi je suis retournée dans sa chambre juste après.

J'avais rien de plus à lui dire mais je voulais juste qu'il puisse un peu s'épancher, et parler. Je me disais, on lui démolit sa vie et on part comme ça, au revoir Monsieur ! Pour moi c'était pas possible quoi ! (silence)

A contrario as-tu déjà eu un cas où justement comprendre les préoccupations réelles du patient a permis d'expliquer des symptômes non expliqués par tous les examens réalisés ?

Oui il y en a eu plein, par exemple dans le service de médecine trois, c'était une fin de vie, le patient était hyper douloureux, il avait une spondylodiscite qu'on avait commencé à traiter en curatif puis il est rapidement passé en palliatif, et on a essayé l'HAD parce qu'il n'en pouvait plus d'être hospitalisé, la famille petait un plomb, au bout d'une semaine d'HAD, il revient, il demande la sédation terminale. Ce jour arrive et le Monsieur complètement paniqué disait « je sais plus, je sais plus », puis sa famille lui dit « mais papa tu n'es pas obligé enfin ! », et du coup on n'a pas fait la sédation terminale, et c'était de nouveau stressant pour son épouse car elle lui avait juré d'accomplir toutes ses volontés, qu'elle ne le laisserait pas « crever comme un chien » et là il se retrouvait à nouveau complètement dégradé, donc il y avait des tas de facteurs à prendre en compte et finalement ça s'est terminé en douceur, le patient n'a pas eu sa sédation terminale mais il est mort entouré de sa famille, les soignants étaient tous au clair avec ce patient et tout le monde a progressé, ses désirs ont vraiment été pris en compte par toute l'équipe.

On a tous pris le temps.

Le patient est-il considéré de la même façon en hospitalier et en ambulatoire ?

En ambulatoire, on est dans l'environnement du patient, on fait partie de ses lieux de vie, il passe devant chez le médecin comme il passe devant la boulangerie, tandis qu'en hospitalier c'est notre territoire à nous, on fait ce qu'on veut et eux ils sont hyper vulnérables. C'est dur pour eux, c'est vraiment très rare les patients qui finissent par se sentir chez eux, et d'ailleurs c'est souvent mauvais signe.

Te sens-tu à l'aise avec cette aptitude à permettre aux patients d'exprimer leurs préoccupations ?

Maintenant oui, aussi pour une autre raison, je ne me mets plus la pression à me dire « il faut que je sois parfaite pendant la consultation », parce qu'au début je me disais « il ne faut pas qu'ils voient si je ne sais pas telle ou telle chose », ou si j'ai oublié tel élément de l'examen, tandis que maintenant je suis plutôt nature, je dis « ah il faut que j'aille chercher l'otoscope parce que j'ai oublié de vous regarder les oreilles », ou « je sais plus attendez je vérifie sur internet », j'ai plus aucun complexe et du coup finalement je vois que les patients ils s'en fichent en fait, ce qui compte c'est qu'ils comprennent ce qu'on fait et qu'on soit aimable et pas surfait et dominateur.

Penses-tu avoir évolué au cours de tes études ?

Oui, je pense...

As-tu déjà été évaluée dans cette aptitude ?

Alors en pédiatrie on ne m'a jamais parlé de l'aspect relationnel par contre il y a des mamans qui m'ont dit que je ferais une super pédiatre par exemple, parce que je savais m'y prendre avec les enfants. Donc je jugeais que c'était une bonne évaluation ! Aux urgences on m'a plus parlé de l'approche diagnostique plutôt que de l'approche relationnelle, chez le praticien, au cours de ma formation à l'entretien motivationnel c'était vraiment clair que j'ai évolué car je partais au départ d'une approche directive pour finir avec une approche participative du patient, c'est lui qui gère sa consultation. Cette compétence s'apprend par mimétisme la plupart du temps, on considère un peu que c'est de l'inné !

Par exemple en médecine trois je suis tombée sur un chef qui adorait la gériatrie, et pour qui l'approche relationnelle était très importante, mais il y en a d'autres qui s'en fichent à moitié, c'est vraiment médecin dépendant finalement.

Je suis d'accord avec toi, et connaîtrais-tu des outils pour progresser dans cette compétence ?

(silence) Bein franchement, à part l'entretien motivationnel je n'en connais pas et d'ailleurs heureusement que j'ai eu ce stage chez le praticien grâce à qui j'ai découvert cet outil super, c'est d'ailleurs regrettable que cela ne fasse pas partie de notre formation obligatoire.

5/ Qu'est-ce qui t'influence positivement ou négativement à écouter un patient ? De ton côté et de celui du patient ?

Le premier critère c'est le temps, ne pas se sentir stressé, après je dirais que si on fait vraiment un effort on peut faire abstraction du temps et puis se dire quelque part « tant pis », mais c'est quand même beaucoup plus dur !

D'un point de vue personnel, une bonne hygiène de vie c'est important, ne pas être fatigué, ne pas avoir hyper faim... donc plutôt le début de journée c'est plus facile d'écouter que la fin de journée.

Et puis. ...être « zen », afin que les patients ressentent un calme en venant à la consultation, pour refléter en quelque sorte sur eux.

Et qu'est-ce qui pourrait t'influencer venant des patients ?

En fait c'est pas vraiment le type de patient, c'est plutôt, là je parle surtout en hospitalier, quand j'entends tout le monde critiquer un patient, je vais avoir tendance à prendre sa défense parce que, j'essaie toujours de trouver le positif mais parfois je me laisse avoir à participer, à critiquer aussi le patient, à dire « de toute façon celui-là, il n'y a rien à faire », par exemple une dame diabétique dernier degré, qui ne suit pas du tout son traitement parce qu'elle vient d'un milieu très défavorisé, et intellectuellement ça ne suivait pas non plus et tout le monde se moquait d'elle et l'interne de diabétologie il la laissait dans son coin parce qu'il n'y aurait rien à faire d'elle et du coup, là, j'avais du mal à ne pas me laisser influencer par ça.

Sinon en cabinet... je ne sais pas honnêtement parce que tous les patients sont géniaux par un aspect auquel on ne pensera pas au début. Il faut être indulgent, on a tous nos faiblesses.

6/ Si tu devais évaluer la façon dont ton externe prend en compte les préoccupations du patient, comment procéderais-tu ?

Alors c'est pas facile, parce qu'un externe se sent forcément évalué, alors que finalement ce qu'il y a de plus important c'est d'être naturel et de rester soi-même bien que l'on soit médecin !

Je pense que je lui dirais ça en premier déjà, je le mettrais à l'aise. Il faut qu'il soit lui-même, et que médecin ce n'est pas une cape qu'on met par-dessus mais il faut que cela fasse partie de nous-même pour pouvoir apporter au patient ce qu'on est et ne pas faire de tri.

Si je devais évaluer des critères objectifs, je regarderais l'aspect jugement ou non jugement. Je pense qu'il faut éviter de catégoriser les patients par telle ou telle question, par exemple « combien d'alcool consommez-vous par jour ? » il y en a certains, à partir du moment où ils disent quatre verres par jours, ils vont être étiquetés « alcooliques » et après « c'est moins intéressant tout de suite ».

Et dans le déroulement de la consultation que relèverais-tu ?

Alors je regarderais l'engagement, on laisse au patient exposer sa version des faits, pourquoi il vient, pourquoi il en est arrivé à tel ou tel problème, lui poser des questions ouvertes et lui laisser le temps de parler.

Il ne faut pas se laisser dominer par le patient, et le dominer non plus, il ne faut pas le suivre, il faut le guider.

L'examen clinique est-il important pour permettre au patient de livrer ses préoccupations ?

Oui, par exemple lorsque j'écoute les poumons d'un patient, automatiquement, je n'en fais même pas exprès, je lui pose la main sur l'épaule, je n'ai aucune idée de ce que cela fait au patient mais je sais que cela n'est pas anodin !

C'est important également de respecter le patient lors de l'examen clinique, ne pas le déshabiller n'importe comment, lui expliquer ce que l'on fait, ce que l'on cherche...

Merci pour ta participation.

ENTRETIEN N°3 : le 7/3/18 à 15h chez elle, durée 43 minutes.

1/ Qui es-tu ?

Je suis une femme de vingt-huit ans en couple sans enfants, interne en dernier semestre de médecine générale, j'ai fait mon premier stage d'interne aux urgences, ensuite service d'infectiologie, puis les stages ambulatoires de premier niveau chez les praticiens, ensuite gynéco-pédiatrie au CHU, puis médecine polyvalente, et actuellement je suis en stage de SASPAS dans le calvados.

Je participe à un diplôme inter universitaire de gynéco-obstétrique formation complémentaire pour les médecins généralistes.

Plus tard je compte faire de la médecine libérale, d'abord en remplacement et puis à moyen terme une installation en libéral.

Oké, sacré parcours et bien complet ! Alors ma deuxième question est la suivante :

2/ Comment est-ce que tu comprends la recommandation de s'intéresser aux préoccupations réelles du patient ?

Heuuu...(silence) la prise en charge des préoccupations du patient en médecine générale je pense que c'est un élément important de la consultation, d'ailleurs un des premiers éléments qui vient lors de la consultation et de la rencontre avec le patient.

Heuuuu... recommandation ? Pour moi c'est plutôt une chose normale que d'écouter et de répondre aux demandes et aux préoccupations du patient.

D'accord, donc c'est plutôt quelque chose d'inné selon toi, qu'on devrait tous avoir en tant que médecin ?

Bein en tout cas d'essayer de comprendre au mieux ce qui préoccupe le patient, quelle est sa demande de base, puisque s'il vient nous voir en consultation c'est qu'il a une demande particulière, qu'il cherche à avoir notre expertise par rapport à son problème, et afin de répondre au mieux à sa demande il faut avoir compris au mieux quelle est sa demande, ce qui n'est pas toujours facile.

**Comment tu comprends : « prendre en charge un patient dans sa globalité » ?
Y a-t-il plusieurs dimensions à explorer ?**

Il y a la dimension heu plutôt sanitaire par rapport à ses problèmes de santé, qui doivent être compris dans la globalité du patient, avec toujours ses antécédents médicaux mais aussi son vécu, ses envies, sa compréhension de son problème de santé, ses attentes, son entourage familial.

Pour toi c'est important l'entourage ?

Oui c'est une partie inhérente du patient, je pense que le patient ne se voit pas uniquement comme un objet à traiter mais comme une personne qui a un vécu, une profession, un entourage particulier et qu'il faut tenir compte de tout ça pour adapter au mieux la prise en charge.

Que penses-tu de la dimension psychologique du patient ? Faut-il la prendre en compte ?

Oui c'est aussi une dimension à prendre en compte dans le soin du patient, dans la proposition de la prise en charge, au même titre que son entourage social.

Ce sont des dimensions à explorer de la même façon ? Qui ont la même importance ?

Oui autant que possible.

3/ Quelles sont les compétences professionnelles nécessaires pour permettre au patient de livrer ses préoccupations ? As-tu une notion de compétences professionnelles ? Lesquelles seraient utiles ?

Oui je suis bien d'accord que notre profession se développe, un peu comme les pétales d'une fleur avec les différentes compétences à acquérir, heuuu j'ai plus en mémoire les intitulés exacts des différentes compétences.

Alors pour toi qu'est-ce qu'il faut savoir faire pour permettre au patient de se livrer ? Sans me citer l'intitulé exact des compétences.

Alors il faut avoir une capacité d'écoute, avoir de l'empathie, sans dévier vers la sympathie, savoir délivrer une information bien claire et précise au patient pour qu'il puisse nous exprimer ses demandes et éventuellement nous exprimer le « pourquoi il souhaite une prise en charge ou pourquoi non ».

Donc là tu me parles en résumé de « communication »

Oui voilà.

Ce que tu me disais, savoir lui laisser exprimer les choses, laisser des temps de pause...

Oui.

Que signifie pour toi « approche centrée sur le patient ? »

Pour moi ça reflète cette idée qu'il faut prendre en charge un patient non pas comme une maladie mais plus par le fait que la maladie concerne un patient qui a un vécu, une psychologie, des croyances particulières... pour moi c'est vraiment prendre en charge le patient dans sa globalité avec une écoute de ses attentes et ses demandes.

Comment définis-tu la relation médecin-malade actuelle ?

C'est une relation à trois, la troisième entité c'est la maladie qui s'intercale entre nous, le patient vient consulter un médecin parce qu'il demande son expertise et son avis concernant son problème de santé motivant sa consultation et je pense qu'à l'heure d'aujourd'hui il faut aller au-delà de la relation paternaliste qui existait auparavant où le médecin avait la décision unique et le patient n'avait pas son mot à dire.

Aujourd'hui le patient va sur internet pour connaître son problème et c'est simple d'avoir des réponses qu'elles soient bonnes ou mauvaises d'ailleurs et donc je pense qu'aujourd'hui la relation médecin-malade doit plus être un partenariat entre les deux protagonistes.

Et le concept d'autonomie du patient dans les décisions, qu'est-ce que tu en penses ?

Encore une fois je pense que c'est une relation de partenariat et qu'il faut écouter les attentes du patient, essayer de lui délivrer une information claire, précise et adaptée à sa compréhension, pour qu'il ait tous les éléments en main afin de prendre une décision éclairée sur sa prise en charge et si sa décision va à l'encontre de ce qu'on souhaiterait pour lui il faut, à l'aide des méthodes que l'on a, essayer de l'amener à l'autre décision pour lui faire comprendre son intérêt sur le plan de sa santé.

S'il y a une bonne communication entre les deux protagonistes il est probable que le patient suivra in fine les conseils de son médecin.

Que signifie pour toi « savoir écouter » ?

Alors, savoir écouter c'est pas facile. C'est à la fois inné et acquis et on s'améliore avec l'expérience. Si on sait écouter c'est qu'on est capable de déceler les préoccupations réelles du patient, parce que parfois en consultation il y a des motifs cachés, et du coup, savoir écouter c'est avoir la qualité de les comprendre ou de les deviner.

Au début de l'apprentissage il n'est pas toujours clair pour nous de comprendre qu'il y a d'autres demandes que le motif réel de la consultation, c'est plus complexe.

4/ Comment on t'a enseignée tout ça ? De façon théorique et pratique ?

En formation théorique je n'ai pas le souvenir d'avoir participé à des cours de communication que ce soit pendant l'externat ou pendant l'internat.

En revanche, de manière bénévole pendant mon internat, je participe depuis trois ans au groupe balint qui s'intéresse particulièrement à la relation médecin-patient, donc on échange au cours de ces différentes séances mensuelles sur des problèmes de relation médecin-patient et souvent le problème de base était une différence de communication et de compréhension entre les deux protagonistes.

Et de façon pratique, c'est l'expérience qui parle, pendant l'externat on voit nos premiers patients, parfois tout seul, parfois avec des médecins, le fait de voir aussi les seniors et les internes qui nous encadrent communiquer avec les patients, cela nous donnait une idée de la façon de communiquer, j'ai parfois pu voir des « bonnes » façons de communiquer et d'autres un peu « moins bonnes ».

Justement, te rappelles-tu une situation clinique dans laquelle les besoins du patient n'ont pas été pris en compte ? Comment cela t'as marquée et en quoi cela a modifié ta pratique?

Heuuu... j'essaie de me souvenir...

Ah si, ... j'avais en charge une patiente de soixante-dix ans, porteuse d'une prothèse totale de hanche gauche depuis son plus jeune âge suite à une infection ostéo articulaire dans l'enfance, donc elle avait été opérée à plusieurs reprises, puisque sa prothèse avait une durée de vie, et cette patiente avait eu un changement de prothèse trois ans auparavant qui s'était mal passée, la rééducation avait été plus dure. Et les six mois précédant l'hospitalisation, elle a présenté des épisodes fébriles avec une impotence fonctionnelle progressive et à chaque fois on la traitait sous antibiotiques, la douleur s'améliorait à chaque fois, mais elle réapparaissait de plus en plus vite et plus souvent. On suspectait une infection de prothèse de hanche sauf que la ponction articulaire était trop compliquée, revenue blanche sous scopie mais les examens para cliniques étaient en faveur d'une infection. Elle était hyperalgique sur sa prothèse, elle, ce qu'elle demandait c'était d'être soulagée quitte à ne plus pouvoir marcher... mais sa demande de ne plus avoir de douleur n'a été entendue que bien après. Et donc finalement elle a souffert super longtemps avant qu'on accepte finalement de lui retirer cette prothèse, donc sa demande n'a pas été entendue dès le départ comme elle aurait dû l'être. Elle a très mal vécu son hospitalisation.

Qu'en as-tu retiré ?

Au-delà du côté médical pur, peut-être qu'il aurait fallu écouter mieux les souhaits de la patiente, pour orienter la prise en charge au mieux et accélérer le processus.

Et à contrario, as-tu déjà eu un cas au travers duquel justement la prise en compte des préoccupations du patient a permis de comprendre des symptômes bio médicalement inexpliqués ?

(silence) Je n'en ai pas souvenir pour l'instant je te dirai si ça me revient au cours de l'entretien...

oké, c'est vrai qu'on se souvient plus des situations qui ont été difficiles à gérer.

Selon toi, le patient est-il considéré de la même façon à l'hôpital et en libéral ?

La relation d'un médecin généraliste avec son patient est très différente de celle d'un médecin hospitalier dans la mesure où je pense qu'un patient qui continue à voir son médecin généraliste, c'est son choix, autant que possible, en dehors des déserts médicaux, et c'est ce qui permet d'avoir une relation de confiance avec son patient, parce qu'on choisit, d'ailleurs de la part du patient comme de la part du médecin ! Si la relation de confiance ne s'installe pas, le médecin généraliste a le droit de l'adresser à un confrère, en lui donnant son dossier.

Donc si je comprends ce que tu me dis, c'est qu'à l'hôpital on n'a pas le choix ?

La plupart du temps non.

En plus le temps à consacrer au patient à l'hôpital est souvent réduit, mais en médecine générale c'est un temps court également à chaque consultation mais on les revoit plusieurs fois, donc explorer les côtés psychologique et social en ville c'est un peu plus facile ! Le médecin généraliste connaît mieux son patient, de part la fréquence des consultations, pour des patients qui ont un suivi chronique notamment.

D'accord, et de ton côté, dirais-tu que tu te sens à l'aise avec cette aptitude à permettre au patient d'exprimer ses émotions ?

Je ne me considère pas comme « à l'aise », je pense qu'il y a encore beaucoup de progrès à faire, probablement aussi de mon côté à prendre de la confiance en soi pour bien mener la consultation, parce que cela doit se ressentir au niveau du patient, il sera plus à l'aise !

Pourquoi la confiance ? Dis- m'en un peu plus...

Peut-être que je n'aurai pas les mots pour l'amener à exprimer sa demande réelle !

As-tu constaté une évolution de ton côté sur cette aptitude justement au cours de tes études d'internat ?

Oui, au début de l'internat tout était assez formel avec une conduite à tenir bien cadrée avec les arbres décisionnels, les conduites à tenir, les « pas mis zéro » de l'ECN qui ne mettent pas du tout en avant la relation médecin-patient, donc je pense que quand on débute sa carrière d'interne puis de futur médecin, on reste assez factuel et formel, et puis, avec l'expérience, on apprend à prendre en charge le patient dans sa globalité.

Et de ton côté, t-es-tu senti écoutée au cours de tes stages ? A-t-on abordé avec toi cette compétence pour progresser ?

Alors, non, on n'a pas vraiment abordé le sujet. Mais pendant mes stages, on ne m'a jamais fait de remarques négatives à propos de ma manière de communiquer avec les patients ou leur famille, j'ai toujours eu un bon contact avec eux. Finalement il n'y avait pas vraiment besoin d'en parler, c'était plutôt naturel.

Tu n'as jamais non plus été évaluée en fin de stage par rapport à ça ?

Lors de l'évaluation de chaque stage, je crois qu'il y a un item sur la communication, mais on ne m'en parlait pas plus que ça, je n'ai pas non plus eu de clés pour évoluer !

Connais-tu des outils, des ressources pour progresser ?

Alors il y a le groupe balint, après j'ai entendu parler de l'entretien motivationnel mais je n'ai aucune formation.

5/ Au cours d'une consultation ou d'une journée, qu'est-ce qui t'influence positivement ou négativement à écouter le patient ? De ton côté et de celui du patient ?

Alors déjà, l'écoute du patient ça demande du temps. Et effectivement si au cours d'une journée, je suis particulièrement à l'heure, qu'il n'y a pas eu d'urgence, je pense que je vais être plus enclin à écouter le patient, encore que, en général, j'essaie d'écouter quand même un minimum, mais peut-être d'aller creuser un peu plus ses interrogations et ses préoccupations. Il est vrai que si je vois que l'horloge tourne à vitesse grand V, puisque maintenant on a un peu la pression de voir un patient tous les quarts d'heure, c'est plus compliqué, on n'a pas envie de s'attarder sur des discussions à rallonge.

Et du côté du patient y a-t-il des choses qui pourraient t'influencer ?

(Silence) Alors, peut-être si, un patient qui n'est pas à l'écoute de ce qu'on peut lui dire, encore une fois c'est partenariat, donc s'il n'y a pas d'écoute mutuelle, ça peut me braquer aussi.

Les patients agressifs, exigeants, je coupe court également.

Si le patient nous ramène à notre vécu d'une situation similaire avec une expérience antérieure qui s'était mal passée, on aura plus de réticence...

D'accord, et dernière question...

6/ Alors maintenant, on est dans la situation où tu prends en charge ton externe et tu dois l'évaluer sur la façon dont il prend en compte les préoccupations du patient ? Comment ferais-tu ?

Alors, la première chose : frapper à la porte avant d'entrer dans la chambre, se diriger vers le patient, le saluer, et surtout se présenter, nom, prénom et titre d'externe pour que le patient puisse s'y retrouver parmi tout le personnel hospitalier, ce qui est parfois compliqué. Je vérifierais le comportement de l'étudiant, à savoir être sûr qu'il ait un visage ouvert, enclin à l'écoute. J'écouterais avec quelles questions il amène le patient à exprimer son problème et voir le temps qu'il laisse au patient à répondre, laisser des temps de pause, des silences, ne pas l'interrompre pour vraiment l'amener à pouvoir dire tout ce qu'il a à dire. Et préférer les questions ouvertes plutôt que fermées.

Alors tu as abordé l'interrogatoire, mais est-ce que pour toi l'examen physique est important et participe à la relation médecin-patient ?

Oui tout à fait, puisque c'est un contact physique, il faut qu'une relation de confiance se soit établie au moment de l'interrogatoire, et au moment de la présentation aussi puisque si la relation de confiance n'a pas pu être établie dans les premières minutes on va être un peu plus frileux à ce que quelqu'un nous examine, nous palpe dans tous les sens, c'est assez particulier donc heu...

Il faut montrer que la communication a été d'emblée possible entre le médecin et son patient, et puis, quand on examine un patient, c'est aussi le moment de reposer d'autres questions ; le fait d'être bienveillant avec le patient, ça peut amener le patient à exprimer des choses qu'il n'aurait pas évoqué au tout début.

Pour terminer la consultation, évalues-tu d'autres choses chez ton externe ?

Oui, à la fin de la consultation c'est bien de demander au patient s'il a des questions ? Ou d'autres choses à aborder ?

Merci beaucoup pour ta participation.

ENTRETIEN N° 4 : le 09/03/2018 à 15h chez elle, durée 47 minutes.

1/ Qui es-tu ?

Je suis une femme de vingt-cinq ans, en couple sans enfants, actuellement en troisième semestre d'internat de médecine générale, j'ai fait mon premier stage en médecine polyvalente, puis je suis allée aux urgences, et actuellement je fais mon stage chez le praticien de niveau un. J'envisage de m'installer dans la région en tant que médecin généraliste.

Actuellement dans mon stage je fais beaucoup d'addictologie, ce n'est pas le diplôme universitaire mais cela me permet de manipuler beaucoup de molécules et de connaître cette population qui est un peu particulière.

J'envisage également de faire de DIU de gynécologie et si possible le DIU de douleurs et soins palliatifs.

D'accord, contente de te connaître un peu mieux, maintenant entrons dans le vif du sujet,

2/ A ton avis, comment comprends-tu la recommandation de s'intéresser aux préoccupations réelles du patient ?

Je dirais, en gros c'est quand un patient arrive à ta consultation, il y a un motif de consultation exprimé, et pour nous c'est d'essayer de chercher s'il n'y a pas autre chose derrière, des sortes de motifs cachés. En fonction de la consultation j'essaie un peu de creuser.

Que signifie pour toi : prendre en charge un patient dans sa globalité ?

Vaste question ! Alors, bien connaître les gens, aussi bien dans leurs antécédents médicaux, la partie technique, que leur vie personnelle, leur environnement, leur famille, leur voisinage, parce que souvent dans les patientèles on arrive à faire des recoupements.

Leur environnement est primordial : le lieu de vie, leur degré de dépendance etc... et après pendant la consultation, s'occuper du problème aigu, sans oublier de rappeler le chronique : par exemple, un patient diabétique qui vient pour tout à fait autre chose, essayer de lui faire passer un petit message de prévention, ou un petit mot : « alors comment ça va les objectifs nutritionnels ?... », et aussi le psychisme, et la partie financière, ça c'est un truc qui m'a choqué durant mon stage de praticien, un jour il y a un patient qui est venu au cabinet et qui se plaignait d'une douleur thoracique typique, mais le patient n'a pas voulu aller aux urgences tant qu'on ne lui avait pas fait ses papiers d'arrêt de travail car financièrement il ne s'en sortait plus, en fait lui sa principale priorité ce n'était pas sa douleur thoracique mais c'était ses soucis financiers. Moi j'ai été choquée.

Et la dimension culturelle ?

C'est beaucoup moins évident à explorer

Quelle place donnes-tu à chaque dimension ? Y en a-t-il une à explorer en priorité ?

Je ne mettrais pas chaque dimension sur un même pied d'égalité, j'adapterai en fonction du patient.

Et ce qui est sûr c'est qu'on ne peut pas tout explorer au cours d'une consultation, d'où l'intérêt d'une prise en charge au long cours par le médecin généraliste, on a le temps avec nous.

Oké, troisième question,

3/ Quelles sont pour toi les compétences professionnelles nécessaires pour aider le patient à livrer ses préoccupations

Alors avec le portfolio, on nous a bien expliqué la marguerite des compétences, les six compétences du médecin généraliste, après je ne les connais pas toutes par cœur mais bon !

Alors la prise en charge globale est indispensable, si le patient voit qu'on s'intéresse à tous les aspects de sa vie, cela sera peut-être plus facile pour lui d'évoquer un problème financier, dans son couple, ou autre.

Ne pas être dans le jugement. Il faut aussi que le patient se sente écouté réellement.

Que penses-tu de la compétence « communication » ?

C'est primordial, mais moi je n'ai jamais été formée à cela. Par exemple mon copain qui est ingénieur, lui il a eu beaucoup de cours de management, comment gérer une réunion, comment gérer une équipe, comment faire passer des messages sans être trop direct... alors que moi je n'ai jamais été formée, j'ai appris sur le tas, surtout en oncologie fin de vie j'ai quand même eu un ou deux cours dans le cadre de fin de vie.

Oké, que penses-tu de la compétence « approche centrée sur le patient » ?

Bein comme je te disais tout à l'heure, c'est l'essence même de notre métier que d'explorer toutes les dimensions pour traiter une personne et pas juste une maladie

Oké et que penses-tu de la relation médecin-patient actuelle ?

Je vois bien la différence entre les praticiens chez qui je suis en stage actuellement, le dr X qui a soixante-trois ans et qui a une relation médecin-patient sur le modèle paternaliste et quand il explique quelque chose, les patients l'écoutent et ne remettent pas en cause sa parole, ses consultations sont courtes et il explique peu les choses, et ne cherche pas à prendre en compte les préoccupations du patient, alors que le Dr Y qui est jeune médecin, elle favorise l'autonomie du patient.

Et qu'en penses-tu ?

Alors évidemment on ne peut pas soigner un patient qui ne prend pas en main sa santé et qui ne participe pas au truc, mais parfois c'est vrai que des fois, on peut se dire « de toute façon il fera ce qu'il veut », il ne m'écouterait pas.

Mais parfois je pense qu'il faut être un peu plus directif pour certains patients. Ils ont besoin d'un cadre et c'est à nous de s'adapter.

Que signifie pour toi savoir écouter ?

Comme je te disais c'est écouter tout ce qu'il y a autour, tout ce qui englobe le patient. C'est savoir également regarder, voir des attitudes non verbales.

4/ Comment t'as-tu appris à prendre en compte les préoccupations du patient, de façon théorique et pratique ?

Alors je dirais, pour la partie théorique, pas grand-chose, à part peut-être les cours en cancérologie dont je te parlais.

De façon pratique, à l'externat, on ne nous l'a pas enseigné, à l'internat, il y a le portfolio et l'observation des maîtres de stages. En libéral c'était vraiment le meilleur stage, on doit toujours s'adapter tous les quarts d'heure à chaque personne devant soi.

Quels outils connais-tu ?

Le management, après on ne sait pas forcément ce qu'il y a derrière mais bon, savoir se comporter avec les gens, avoir des accroches « clés », des techniques d'approches face à un patient, agressif, opposant, au moins avoir des notions théoriques, c'est pas facile en plus, on nous demande de rentrer en lien en cinq minutes avec un patient, savoir le mettre à l'aise pour qu'il puisse se livrer. Je connais aussi l'entretien motivationnel.

As-tu été témoin d'une situation dans laquelle les besoins du patient n'ont pas été pris en compte ? En quoi cela t'a marqué ?

Oui, c'était un patient consommateur de cannabis, plusieurs fois hospitalisé en psychiatrie avec un gros traitement psy. Il ne consommait plus depuis trois ans, était un peu marginalisé mais avec un logement, il ne travaillait pas mais bon, on le voyait tous les mois pour son renouvellement et cette fois ci, il nous dit, j'ai recommencé à consommer du cannabis, je fais n'importe quoi avec mes médicaments, et un jour j'avalerai toutes les boîtes d'un coup et ce sera fini !

Là-dessus, on fait le renouvellement et on ne pose pas plus de questions, en disant, si un jour cela ne va pas, hé bien reprenez un rendez-vous parce que les quinze minutes étaient passées et on n'avait plus le temps. Moi je me suis sentie très frustrée, on n'a pas creusé, pourquoi il s'est remis à consommer ? On n'a pas non plus rebondi sur les idées noires et on lui a prescrites les traitements avec lesquels il envisage de se suicider, et aux mêmes doses ! On aurait dû chercher la demande cachée, c'était un SOS de sa part. Si c'était moi qui avais mené la consultation, je lui aurais posé un milliard de questions et j'aurais pris le temps, je lui aurais même peut-être proposé l'hospitalisation.

Ou un autre cas, une dame qui vient pour un motif banal et qui nous demande, « vous docteur, qu'en pensez-vous du champix ? »

Là aussi grande porte ouverte, et mon chef a juste répondu à cette question en disant non moi je n'en prescris pas, point ! Et elle repart.

Alors qu'il aurait pu lui demander, ah bon, vous envisagez d'arrêter de fumer ?

Là aussi c'était frustrant !

Te souviens-tu d'une situation dans laquelle justement, prendre en compte les préoccupations réelles du patient a permis d'expliquer des symptômes bio médicalement inexpliqués ?

Oui souvent. Par exemple les céphalées, tu en as plein qui sont dues à de l'angoisse, un terrain anxieux ou autre. Pareil pour les troubles fonctionnels intestinaux.

Quand tu arrives à leur faire prendre conscience, souvent cela va mieux après sans traitement.

OKé, maintenant une autre question toujours dans la même lignée, que penses-tu du modèle hospitalier et ambulatoire ? Le patient est-il considéré de la même façon ?

Cela dépend de l'œil qui le regarde. Si un spécialiste voit l'organe et pas le patient, ce n'est pas la même chose que la vision du médecin généraliste qui a aussi plus de temps.

Te sens-tu à l'aise avec cette aptitude ?

Oui et non, cela dépend des sujets et des situations. Les sujets que je maîtrise bien, je me sens plus à l'aise et je vais poser plus de questions.

Mais il y a des fois dans certains domaines où je suis moins à l'aise, si le patient me demande quelque chose, parfois je préfère ne pas l'entendre car je n'ai pas la réponse et cela me met mal à l'aise. Le manque de connaissances peut me freiner.

Mais de façon globale je suis à l'aise et j'ai évolué durant mon internat. Au début tu es très théorique sur les objectifs, hyper cadrés, arbres décisionnels mais finalement avec les années tu lâches du lest et tu t'adaptes à chaque patient.

Par exemple un patient diabétique qui mange n'importe quoi qui fait n'importe quoi et qui a une hémoglobine glyquée au plafond, là tu vois, l'objectif ce n'est pas l'Hb1c, c'est déjà qu'elle continue à venir en consultation. Il faut adapter l'objectif et ne pas vouloir aller trop vite et surtout ne pas réprimander.

Il faut qu'ils comprennent qu'ils sont acteurs de leur santé.

Peut-être que cela va prendre dix ans avant qu'on atteigne l'objectif mais il ne faut pas lâcher.

Durant ton internat, as-tu déjà été évaluée sur cette aptitude ?

Oui on m'en a déjà parlé. (Silence)

Oké donc tu n'as pas eu plus de détails ni d'explications sur la façon d'évaluer ?

Non pas du tout.

OKé, alors question suivante,

5/ Qu'est ce qui t'influence positivement ou négativement à écouter un patient et lui permettre d'exprimer ses préoccupations ?

De mon côté, si je suis fatiguée, que j'ai eu une mauvaise nouvelle ou que je suis stressée, forcément j'ai déjà mes problèmes personnels du coup je serai moins apte à l'écoute, il ne faut pas oublier qu'au cours d'une journée, les patients viennent tous se plaindre à toi donc cela peut paraître un peu long ! Et inversement, si tu es dans de bonnes dispositions, que c'est bientôt les vacances et que tu as eu une bonne nouvelle, tu vas plus les écouter.

Le moment de la journée également. Si tu as eu un patient hyper relou juste avant qui t'a soit énervé, soit posé cent milles questions, hé bien la consultation d'après peut être plus compliquée.

Pour les patients, je dirais, que tu ne peux pas t'entendre avec tout le monde c'est comme dans la vraie vie, il y a des personnes avec lesquelles tu accroches plus que d'autres. Il y a des patients où tu te dis « oh non pas lui encore ! » mais à un moment si cela devient trop il faut savoir déléguer et l'orienter vers un confrère si vraiment ça ne va plus.

Il y a toujours des patients exigeants ou qui te considèrent comme un petit médecin généraliste bien moins intelligent qu'un spécialiste ou qui arrivent avec une demande et tu n'es qu'un simple prescripteur, ils viennent avec leur liste ou leur diagnostic parce qu'ils ont regardé sur internet !

C'est insupportable. Là tu as moins envie de creuser ou d'écouter leurs demandes cachées. Le manque de connaissance peut aussi me freiner comme je te disais tout à l'heure.

6/ Si tu devais évaluer la façon dont ton externe prend en compte les préoccupations du patient, comment procéderais-tu ?

Alors déjà, s'il se présente, pour mettre à l'aise le patient. Donner sa fonction parce qu'à l'hôpital il y a plein de blouses blanches et le patient est souvent un peu perdu, il ne sait pas à qui il s'adresse.

Est-ce qu'il pose des questions ouvertes afin de permettre au patient de s'exprimer tout simplement.

Est-ce qu'il finit son interrogatoire par « est-ce qu'il y a encore quelque chose que vous voudriez me dire ? Ai-je répondu à vos questions ? » et laisser un temps de silence.

Il faut parler avec un langage adapté au patient pour délivrer une information claire et appropriée.

Et la place de l'examen clinique ?

C'est primordial. Il faut mettre la personne en confiance, expliquer qu'on va la déshabiller toujours avec respect.

Savoir observer la personne par exemple « vous avez perdu du poids ? » et on peut te répondre « hé bien oui, je mange pas bien parce que je suis déprimée, parce que je n'ai pas de sous, parce que je ne sais pas cuisiner... » bref il faut être un observateur attentionné et actif.

Par exemple un patient en manque d'hygiène, tu peux aussi rebondir dessus.

Merci beaucoup.

ENTRETIEN N° 5 : le 10/03/2018, à 10h chez elle, durée 40 minutes.

1/ Qui es-tu ?

Je suis une femme de vingt-huit ans, dernier semestre de médecine générale, en couple sans enfants. J'ai commencé par un stage aux urgences qui a été rude pour moi, ensuite pédiatrie puis stage chez le praticien de niveau un, puis le centre hospitalier régional et là je suis en SASPAS.

L'objectif est de remplacer par la suite en médecine générale et projet d'installation plus tard. Je n'ai pas fait de formations particulières, je me suis dit que j'attendrai de rentrer dans la vie professionnelle pour voir ce qu'il me manque surtout.

Oké, contente de te connaître un peu mieux, maintenant entrons dans le vif du sujet :

2/ Comment comprends-tu la recommandation de s'intéresser aux préoccupations réelles du patient ?

C'est quelque chose de compliqué parce qu'on a beaucoup de patients qui viennent pour un motif caché. Moi quand un patient arrive, je dis toujours « bonjour, qu'est-ce qui vous amène ? » Alors il y a des patients qui tout de suite vont dire : il y a plusieurs choses. Ils vont dire une première chose et ensuite il faut les relancer pour les faire parler du reste. Ensuite il y a d'autres patients qui viennent pour un motif caché mais c'est vraiment au feeling, tu sens qu'il y a autre chose qui les tracasse et ou si le moral ça va ou s'ils dorment bien et parfois ces phrases d'accroche nous permettent d'embrayer sur autre chose.

Je trouve qu'on le sent rapidement quand tout n'est pas dit, c'est peut-être dans la gestuelle du patient ou dans leur tenue mais on le sent.

Alors justement, que signifie pour toi prendre en charge un patient dans sa globalité ?

Alors il faut vraiment prendre la personne qui arrive, avec le problème qui l'amène, un problème organique, psychologique ou autre, il faut savoir rapidement l'état de ses connaissances sur la maladie, il y a pleins de gens maintenant qui cherchent des informations sur internet etc... il faut vite savoir aussi au niveau de la famille ce qui s'est passé, par exemple hier j'ai vu un patient de seize ans qui vient accompagné de son père pour des douleurs abdominales depuis deux ans, et en fait le père me dit, je suis tracassé parce que dans la famille de mon côté, une arrière cousine a une maladie de Cohn, donc pour lui, son fils, c'était dans les gênes, il y a une possibilité qu'il ait la maladie de Cohn. Il faut explorer leur expérience de la maladie et leurs peurs. Et le père disait en plus, moi je suis colopathe fonctionnel donc tu vois il était hyper stressé par tout ça et retransmettait cela à son fils, donc le côté psychologique joue beaucoup.

Tu m'as évoqué plusieurs dimensions à explorer pour prendre en charge un patient dans sa globalité, y a-t-il une dimension plus importante selon toi ?

Le psychologique prend une place énorme pour moi, alors il y a des praticiens qui me disent « tu n'es pas psychologue, une consultation c'est quinze minutes, point barre ».

Notamment pour des consultations de psychiatrie, il y a un médecin qui m'a dit « tu vois un syndrome dépressif, tu mets un traitement et c'est tout ». C'est pas ma conception de la

chose. Il traite que la maladie et pas la cause derrière.

Oké, alors question suivante,

3/ Quelles sont pour toi les compétences professionnelles nécessaires à l'expression et la prise en compte des préoccupations du patient ?

C'est un peu vague pour moi. C'est la marguerite c'est ça ? Je ne m'en rappelle plus.

Il faut de l'empathie, des connaissances médicales, mais j'ai un peu de mal à répondre à cette question-là.

Que penses-tu de la relation médecin-patient actuelle ?

Elle a beaucoup évolué. Je suis jeune médecin, je laisse beaucoup le patient s'exprimer contrairement à auparavant où l'on disait « bonjour, vous avez ça donc on va faire ça, point ».

Je ne me sens pas supérieure à lui, je peux être aussi un patient dans la vie de tous les jours, moi aussi je peux être malade, c'est une relation d'égal à égal, horizontale. Je me sens à son niveau et j'essaie d'expliquer avec des mots simples. Donc la communication est une compétence importante à maîtriser.

L'autonomie du patient est primordiale.

Par exemple hier j'ai une petite mamie qui est venue au cabinet qui a une artériopathie oblitérante des membres inférieurs évoluée, elle a quatre-vingt-treize ans et le cardiologue lui a dit « Madame il faut aller voir le chirurgien vasculaire » sauf que la mamie elle me dit « docteur j'ai quatre-vingt-treize ans j'ai pas envie de me faire opérer » et là je pense que c'est important de lui dire « on ne fera rien sans votre accord, c'est vous qui décidez, peut-être qu'il faudrait en discuter avec votre fille ou une autre personne de la famille » et vous revenez vers nous si vous avez changé de décision. C'est eux qui ont le dernier mot, c'est leur santé.

Que signifie pour toi savoir écouter un patient ?

C'est savoir, ne pas poser de questions, ne rien dire, laisser le patient s'exprimer, qu'il parle, qu'il parle qu'il parle et j'ai remarqué que parfois, quand je pose plus de questions, j'arrive moins à la finalité.

Des fois il faut se faire violence et ne pas « interroger » les patients. Il faut attendre, pour ne pas les orienter, et ne pas demander un truc trop vite.

4/ D'accord, alors comment on t'a enseigné de façon théorique et pratique cette aptitude à prendre en compte les préoccupations du patient ?

Théorique : zéro. Il n'y a pas eu de cours là-dessus.

Au niveau pratique c'est avec l'expérience. L'hospitalier pour moi n'est pas le meilleur exemple, c'est moins adapté à notre pratique, on ne rencontre pas les mêmes maladies, les patients sont allongés dans leur lit alors qu'en cabinet ils viennent quand même sur leurs jambes etc.... je pense que l'expérience est meilleure dans les stages chez le praticien.

Donc pour toi il existe une différence entre le modèle hospitalier et ambulatoire ?

Oui à l'hôpital il y a les visites avec les chefs, les externes les infirmières qui passent tout le temps, le patient est couché, perfusé, il ne peut pas se déplacer comme il le veut et tout, il est en quelque sorte dépersonnalisé.

Alors qu'en ambulatoire, le patient prend spécialement rendez-vous avec toi, il choisit.

Je pense qu'au final j'ai appris en observant mes maîtres de stage, je copie, j'expérimente.

Je pense qu'il y a des choses que j'ai bien aimé et je reproduis.

Maintenant, autre question, te souviens-tu d'une situation clinique dans laquelle les besoins du patient n'ont pas été pris en compte ? Qu'en as-tu retenu ? Cela a-t-il modifié ta pratique ?

Je t'en ai déjà donné deux tout à l'heure mais je n'en ai pas d'autres qui me viennent tout de suite.

A contrario, as-tu été témoin d'une situation dans laquelle prendre en compte les préoccupations du patient a permis d'expliquer une situation bio médicalement inexpliquée ?

Oui, hier, j'ai une dame de quarante-six ans qui est venue pour vertiges. Elle me dit « hier j'ai eu de gros vertiges, j'ai dû quitter le boulot et quand je me suis levée du lit, j'ai eu des bouffées de chaleur, ce matin ça va mieux mais je me sens toujours très fatiguée ». Moi je l'examine et mon examen clinique était normal. Et je lui demande comment ça se passe au boulot en ce moment ? Et là elle m'explique qu'au boulot ça se passe mal, elle commence à être épuisée, un supérieur la pousse à bout, il l'appelle dix fois par jour avec des réflexions ignobles. Elle dormait de moins en moins bien, elle essayait de rester hyper investie mais là elle n'en pouvait plus.

Je lui ai proposé un arrêt de travail mais elle l'a refusé. Elle a préféré s'en aller.

Au final je ne lui ai rien prescrit. Mais finalement j'ai trouvé la cause de ses vertiges.

Super, alors justement, te sens-tu à l'aise avec cette aptitude ?

(Silence) Heu...Oui de plus en plus, j'ai progressé je pense mais il me faut acquérir encore plus d'expérience.

As-tu été évaluée dans cette aptitude pendant ton internat ?

Alors oui en SASPAS tu as plusieurs petites cases où il faut noter si c'est une acquisition partielle ou totale. Et il y a plusieurs parties avec un côté relationnel je crois mais je n'en suis pas sûre.

En hospitalier on ne m'en a jamais parlé, on n'a jamais débriefé avec moi ni expliqué comment m'améliorer.

Connais-tu des outils pour progresser ?

Non pas vraiment. Après moi j'ai fait du Balint pour débriefer et ça m'a beaucoup aidé. C'est comme les groupes de Pair aussi.

5/ Oké, on continue sur un autre type de question : au cours d'une journée, qu'est ce qui t'influence positivement ou négativement à écouter un patient ?

Alors déjà il y a le retour positif et valorisant, quand tu sais que tu as pris du temps pour quelqu'un et qu'à la fin on te remercie c'est important. Je vais te donner l'exemple d'un papy que j'ai vu en consultation à neuf heures, il avait quatre-vingts ans, il n'avait pas le moral parce que sa femme avait des soucis de santé et il n'en pouvait plus ; il est président d'une association mais ne s'en sort plus, il est chargé émotionnellement, il a des petits fils qui ont eu un accident de voiture, bref pleins de trucs. Ce Monsieur là je l'ai écouté parler, parler, parler, poser des questions et je l'ai fait partir de ma consultation à neuf heures quarante et il m'a dit « merci docteur, c'est la première fois qu'un médecin m'écoute quand je parle, j'ai jamais rencontré quelqu'un qui m'a écouté comme ça » et je ne lui ai rien prescrit, et il m'a touché énormément. Là tu te dis, je n'ai pas fait médecine pour rien ! La reconnaissance c'est super important.

Et à contrario, qu'est ce qui pourrait t'influencer négativement à écouter un patient ?

Tu as des gens, physiquement tu ne peux vraiment pas les voir, par exemple, tu as déjà eu une première consultation, ça s'est mal passé et puis ils reviennent te voir et te font vraiment sentir qu'ils ne te font pas confiance, que tu ne sers à rien... Il y a une infirmière qui était venue me voir une fois, ça s'était mal passé, elle revient me voir une deuxième fois, elle veut un scanner des poumons et moi je ne veux pas lui donner, parce qu'il n'y a pas l'indication, elle me fait des réflexions sur la manière dont je prends la tension, et celle-ci, j'ai fini par craquer et je lui ai demandé « pourquoi vous revenez me voir moi ? Vous savez que cela s'était mal passé la dernière fois, alors pourquoi ? Il n'y a rien d'urgent » et cela l'a complètement désarçonnée, elle a bafouillé pour me répondre, elle ne savait plus où se mettre et je pense que je ne la reverrai plus cette dame. Donc les gens revendicateurs, exigeants, j'ai du mal et puis tu as des gens qui sont « particuliers » quand même, qui ont des soucis psychiatriques par exemple !

Autre chose, quand tu n'as pas dormi de la nuit, quand tu manques de temps, ou la fin de journée ce n'est pas évident.

Ça c'est clair, dernière question,

6/ Si tu devais évaluer la façon dont ton externe prend en compte les préoccupations du patient, comment procéderais-tu ?

Alors je regarderai la gestuelle, c'est hyper important, la façon dont il se positionne auprès du patient, est-ce qu'il se met à sa hauteur par exemple, est-ce qu'il prend une chaise. Va-t-il toucher le patient pour le rassurer. La manière de parler, il faut être doux, surtout pas agressif, demander au patient des banalités pour le mettre en confiance, comment le patient se sent, comment il a dormi... la tournure des questions également, plutôt questions ouvertes.

J'avoue que c'est compliqué d'enseigner ça, l'humour peut être une bonne arme également mais il faut que cela soit bien placé.

Les antécédents dans la famille aussi c'est important, ça intègre l'entourage en quelque sorte. Son mode de vie, tu peux y passer des heures, dans quel environnement il vit, qu'est-ce qui est important pour lui... Par exemple il y a des gens qui ont des animaux, et la durée d'hospitalisation cela peut leur poser problème, alors le médecin doit les rassurer et les aider à trouver des solutions, le médecin se transforme et a plusieurs casquettes (rires).

Pour toi, l'examen clinique est-il important ?

Oui, moi je fais un peu toujours de la même façon pour ne pas oublier des trucs, mais il faut le faire dans le respect !

Par exemple les examens gynéco c'est super important, toujours demander, est-ce que vous êtes prête ? Si vous avez mal, vous me le dites surtout...

A l'hôpital, il ne faut pas soulever le drap sans leur accord, ni les mettre nus, tu fais d'abord le haut puis le bas.

Je pense que parfois j'ai dû être maladroite et je l'ai senti et je progresse comme ça, mais on ne nous l'a pas réellement enseigné.

Merci pour ta participation.

ENTRETIEN N° 6 : le 10/03/2018 à 14h, chez elle, durée 42 minutes.

1/ Qui es-tu ?

Je suis une femme vingt-huit ans, en couple sans enfants, interne de médecine générale dernier trimestre

Premier semestre en gastroentérologie, puis urgences, puis stage praticien niveau un, puis médecine polyvalente puis pédiatrie et actuellement SASPAS. Je n'ai pas fait de formations complémentaires hormis le Balint à la faculté et je lis Prescrire.

Par la suite j'envisage de faire des remplacements quelques années avant de m'installer en libéral et faire quelques formations avec le DPC (développement professionnel continu).

Oké, contente de te connaître mieux, maintenant on part sur la deuxième question : 2/ Comment comprends-tu la recommandation de s'intéresser aux préoccupations réelles du patient ?

Cela permet de mieux prendre en charge de façon générale un patient dans sa globalité, de s'intéresser à son aspect psychologique, à sa place dans la famille, à sa profession, sur le plan social, pour lui proposer des alternatives en termes de soins qui colleraient plus à ses attentes. Cela permet aussi de mieux le cerner de mieux s'adapter à lui et de faire aussi plus de prévention.

Donc tu m'as évoqué les dimensions explorer, biologique, psychologique et sociale ; Y a-t-il une dimension selon toi plus importante à explorer ?

Oui pour moi il faut accorder plus d'importance au psychosocial et à l'entourage, car cela permet d'avoir une meilleure approche du patient, d'être plus efficace en termes de prise en charge, et peut-être d'avoir une meilleure alliance thérapeutique.

Le bio est moins important pour moi.

Très bien, on continue,

3/ Quelles sont pour toi les compétences professionnelles nécessaires pour aider le patient à livrer ses préoccupations

Il faut une relation de confiance médecin-patient, que celui-ci se sente compris et qu'il sente qu'on est disponible pour lui et qu'on le voit dans sa dimension autre que la maladie et plus comme un être avec une histoire, une famille... afin de comprendre d'où il vient et mieux le comprendre et le prendre en charge.

Tu viens de m'évoquer l'approche centrée sur le patient ainsi que la relation médecin-patient, comment définis-tu cette relation de nos jours ? Que penses-tu des concepts de « décision médicale partagée » et « d'autonomie » du patient ?

Alors déjà je n'ai pas la même relation avec tous mes patients, avec certains d'entre-eux cela ne colle pas, je n'ai peut-être pas l'expérience suffisante pour que cela colle, ça collera peut-être un jour.

Je sens bien que parfois j'ai une relation d'égal à égal avec certains patients et on peut travailler ensemble alors que parfois c'est tout l'inverse, parfois je guide le patient passif, une sorte de relation patriarcale pour les sujets âgées, les ados, les gens qui ne parlent pas bien le français, le médecin se substitue parfois à des figures sociales, etc...

Alors qu'avec certains patients c'est eux qui me mènent un peu par le bout du nez. En fonction des patients ce n'est pas du tout la même relation et pourtant je sens que malgré tout il y a un équilibre et chacun trouve son compte malgré tout.

Concernant le concept de décision médicale partagée et d'autonomie du patient, je l'intègre tous les jours surtout avec des patients jeunes adultes ou ceux qui sont vierges de toute prise en charge antérieure, je veux qu'ils soient acteurs de leur santé. En responsabilisant les patients, ils se prennent mieux en charge, ils se soignent mieux, un patient qui comprend mieux ce qui lui arrive forcément se soignera mieux !

Et même dans la gestion des biologiques, pour moi un patient qui fait une prise de sang, on n'a pas à le rappeler, c'est lui qui devrait le lire et nous rappeler, j'espère que dans ma pratique prochaine c'est eux qui devront me rappeler une fois qu'on les aura éduqués, comme sur les INR par exemple, on est là pour les aider et les accompagner mais on n'est pas là pour être leur béquille non plus !

Quelle place donnes-tu à la communication ?

Pour moi c'est une place énorme mais malheureusement on apprend sur le tas, avec l'expérience sans être réellement formé à ça, et parfois on peut être bien maladroit !

4/ Comment t'a-t-on sensibilisé à cette aptitude à prendre en compte les préoccupations du patient et comment te l'a-t-on enseigné de façon théorique et pratique ?

Alors théorique, sans hésiter c'est le Balint où à partir d'un cas on discute sur comment on aurait dû traiter l'attente du patient, qu'est-ce que voulait dire cette demande cachée etc... Mais hormis cela on n'a aucune formation, comme je te disais on apprend cela sur le tas en pratique et le traitement des attentes des patients se fait un peu par défaut, à l'hôpital on observe les chefs, les internes et un peu tout le monde et on se dit « avec un comportement comme ça, j'ai vu que le patient s'était complètement fermé au médecin » et c'est comme ça qu'on apprend. On prend le contre-pied, c'est un peu au feeling et avec l'expérience qu'on se dit qu'on gère de mieux en mieux mais pas encore de façon optimale les attentes des patients et parfois on se dit qu'on ne comprend pas ce qu'ils attendent les patients.

Hé bien justement, as-tu été témoin d'une situation clinique dans laquelle les besoins du patient n'ont pas été pris en compte ? Qu'en as-tu appris ? Comment cela t'a marqué et en quoi cela a modifié ta pratique ?

Oui, j'aurai plusieurs exemples qu'on avait exposés au Balint afin de faire une bulle de décompression, c'était un patient cancéreux, qui vivait dans une caravane, qui n'avait plus beaucoup de temps à vivre et peu d'argent. Et on lui a dit à l'hôpital qu'il fallait qu'il rentre chez lui, parce que le bilan de son cancer avait été fait et qu'il n'avait plus rien à faire à l'hôpital, il n'y avait pas d'urgence vitale immédiate. Il fallait qu'il mette en place les aides etc... et il a essayé de se dé perfuser pour essayer de rester plus longtemps hospitalisé sans pour autant l'exprimer. Il est mort quelques jours plus tard seul dans sa caravane. Donc voilà les attentes de ce patient-là n'ont pas été entendues, on n'a pas été assez attentifs à sa détresse et ses attentes non verbales, il aurait voulu être rassuré et mes chefs n'ont pas été bien sur ce coup-là ! Et la prise en charge sociale était inexistante et justement pour mes stages suivants, j'ai fait en sorte de m'assurer à chaque sortie de patient que la prise en charge sociale était un minimum engagée avant le retour à domicile, quitte à me faire parfois tirer les oreilles par mes chefs car j'étais amenée à allonger la durée de leur séjour par moment mais cela permettait aussi de ne pas laisser dans la panade les autres professionnels de santé, à savoir les médecins généralistes qui se récupèrent tout par la suite.

Que penses-tu du modèle hospitalier et ambulatoire ? Le patient est-il considéré de la même façon ?

Je pense que les attentes du patient sont mieux écoutées et entendues en libéral. A l'hôpital c'est une pyélonéphrite parmi tant d'autres, une insuffisance cardiaque parmi tant d'autres, on n'est pas forcément au courant de comment il vit parce qu'il va rester dans le service à peine cinq jours voire trois jours quand la DMS (durée moyenne de séjour) nous pousse un peu. Alors qu'en médecine générale, on a le temps, on est souvent en plus le médecin traitant de la génération d'avant et d'après donc on connaît l'entourage, on sait où il habite, dans quelles conditions parce qu'on est susceptible de faire des visites à domicile. On est son premier interlocuteur avant les spécialistes et l'hôpital et c'est pour ça qu'on a une meilleure approche du patient en médecine générale et j'espère qu'on prend bien en charge leurs attentes car on a toutes ces clés.

Te rappelles -tu une situation clinique dans laquelle la prise en compte des préoccupations du patient a été un moment clé et a permis de comprendre des symptômes bio médicalement inexpliqués ?

Oui cette semaine je suis partie en visite chez une patiente qui m'appelle car elle ne va pas bien, elle est nauséuse, cela dure depuis sept ans mais là ça ne va pas, il faut faire le point. Donc moi j'arrive, je reprends un peu le dossier et je vois qu'à chaque fois c'est le même motif de visite. Je me rends chez elle, je l'écoute, je l'examine et je comprends qu'elle est très angoissée car on lui a diagnostiqué très récemment une pemphigoïde bulleuse cutanée non grave avec un traitement qui marche bien et un bon suivi. Elle est persuadée que c'est dû au traitement qu'elle prend depuis.

Bon ça allait que c'était ma seule visite et que j'ai pu prendre quarante-cinq minutes avec elle et en fait elle m'explique qu'elle est parisienne à l'origine, qu'elle ne s'entend pas du tout avec ses voisins, qu'elle s'ennuie, que les somnifères n'y font rien et qu'elle ne veut pas être intoxiquée et donc il a fallu que je refasse le point sur tous ses médicaments, elle est angoissée de vieillir, elle a peur de sortir parce qu'elle marche mal etc... bref c'était une façon déguisée de me faire venir et juste le fait d'avoir discuté avec elle hé bien pendant quarante-cinq minutes ses nausées avaient disparues et du coup elle en a conclu qu'au final il fallait qu'elle sorte et que mes traitements elle n'allait pas les prendre parce que « je sais qu'ils vont marcher mais qu'au final le problème c'est pas ça c'est que je m'emmerde chez moi ! »

Sacrée histoire...

Alors justement, te sens-tu à l'aise avec cette aptitude à permettre au patient d'exprimer ses préoccupations ?

Oui, déjà pour parler je suis à l'aise et les patients ils n'ont pas forcément l'habitude qu'on leur laisse la place de s'exprimer parce qu'il y a quinze minutes de consultation et ça laisse peu de temps.

Parfois ça déborde trop et je leur demande de revenir me voir et je leur dis que parfois c'est plus salvateur de parler de ses préoccupations plutôt que d'instaurer d'emblée un traitement, parce que je ne les connais pas et que c'est mieux de partir d'un bon pied que de faire n'importe comment dès la première consultation.

Et penses-tu avoir évolué au cours de tes études d'internat ?

Oui surtout grâce au Balint parce qu'au début je n'avais pas de problème pour m'exprimer mais j'avais l'impression que cela n'aboutissait pas, je ne savais pas quoi en faire de toutes les informations qu'ils me fournissaient, après il y a peut-être aussi l'expérience tout court hein !

A un moment donné pour une préoccupation X on a plusieurs alternatives ou au moins de réponses et les patients ils l'ont déjà en eux la réponse mais ils veulent juste qu'on conforte leur choix !

As-tu déjà été évalué dans cette aptitude ?

Oui je sais que dans les grilles d'évaluation, la compétence communication a été notée après je ne sais pas sur quels critères ; le Portlio aussi, j'avais à remplir quelque chose sur le balint et via le balint j'ai rempli une compétence communication mais cela ne m'a rien apporté, cela ne m'a pas été expliqué, j'aurais eu une mauvaise note en communication, je n'aurais pas su pourquoi et la bonne note que j'ai eue je ne sais toujours pas pourquoi!

Quels autres outils ou ressources connais-tu pour progresser ?

J'ai entendu parler de l'entretien motivationnel mais je ne sais pas vraiment ce que c'est !

C'est dommage que la fac ne nous en parle pas, on n'a pas de formation à la communication, ni au management des patients alors que c'est primordial. Les patients âgés ne sont pas non plus habitués à ce qu'on leur laisse la place de s'exprimer.

Il y a beaucoup de patients qu'on voit qui me disent en tant que SASPAS, « avec vous les jeunes on peut un peu plus s'exprimer, on n'a pas la montre dans le ventre » ! Ils sont un peu désarçonnés parfois.

**C'est clair, alors on continue avec la prochaine question si tu es d'accord,
5/ Qu'est ce qui t'influence positivement au cours d'une consultation à écouter les préoccupations du patient ? Et à contrario quels en sont les obstacles ou difficultés ? De ton côté et du côté du patient ?**

Alors c'est très terre à terre. La première chose c'est le moment de la journée, il est sûr que quand on a eu une grosse journée avec beaucoup de psy etc...on est beaucoup moins réceptif à certains trucs.

Ensuite il y a la barrière de la langue, j'y ai été confrontée, une femme qui était des plateaux Balkans qui ne vivait pas en France et qui avait des troubles du sommeil suite à un accident de la voie publique et qui ne voulait pas prendre de médicaments hé bien je n'ai pas pu faire grand-chose.

Il y a aussi les situations qui peuvent me renvoyer à une histoire personnelle, quelqu'un qui me dit : je ne suis pas bien dans mon travail, un jeune qui n'est pas bien que tout capote autour de lui, que sa femme le quitte etc.... forcément ça me touche, on s'identifie un peu plus.

A contrario, quelqu'un qui est fermé, qui râle parce que j'ai du retard, qui s'imposerait sans prendre rendez-vous, ça me braque directement. Ou quelqu'un qui n'essaierait pas d'écouter les pistes que je pourrai lui donner, qui serait fermé.

Et la dernière question :

6/ Si tu devais évaluer la façon dont ton externe prend en compte les préoccupations du patient, comment procéderais-tu ?

Alors je lui donnerai comme conseil de s'asseoir sur le lit, de se présenter, d'être souriant, quand c'est des petits papys qui sont tristes au fond de leur lit, je leur prends la main par exemple.

Moi quelqu'un au fond de son lit, je n'ai pas envie de m'asseoir dans un coin et de le regarder les bras croisés, comme s'il y avait un rapport d'infériorité.

Et puis de lancer la conversation sur un sujet un peu banal, le temps, la nourriture etc... et puis lui dire « et vous comment ça va aujourd'hui ? » avec des questions ouvertes pour lui permettre de s'exprimer, avec des blancs aussi, car le patient réfléchit sur la situation, ce n'est pas toujours négatif !

La posture aussi est importante, quand on est externe on n'est pas armé de la même façon, mais au moins de donner l'impression au patient qu'on l'écoute et qu'on est là pour lui.

Savoir aussi rebondir, reformuler les choses et lui demander « vous dites ça, mais est-ce que cela veut dire ça ou plutôt ça ? » de façon à ce que la préoccupation soit bien cernée afin que le problème soit résolu au mieux et puis dire « je reviendrai », se rendre disponible à d'éventuelles questions ultérieures, sourire tout simplement.

Quelle est la place de l'examen physique dans la relation médecin-patient ?

Alors l'examen physique est là pour recentrer le patient à sa position de patient.

Ce temps doit être quasi silencieux pour qu'il comprenne qu'on l'examine bien et sérieusement parce que quelqu'un qui prend la tension en parlant de la pluie et du beau temps c'est quelqu'un qui n'est pas disponible cent pour cent intellectuellement pour son

patient, après moi ça m'arrive de palper l'abdomen du patient mais je ne vais pas lui parler de ses vacances, je vais lui demander s'il a des douleurs ou autre, toujours en rapport avec mon examen, il faut que cela reste logique, il faut être professionnel sans être froid, il faut de la cohérence.

En Balint on nous a appris, que lors d'une consultation le patient prend le dessus sur vous et vous avez du mal à tenir le fil de la conversation, vous dites « je vais vous examiner » même si c'est pour un truc psy, cela replace la position du patient à sa place, il est allongé et ça rétabli les rapports médecin-malade.

Je pense que l'examen clinique est important parce qu'un patient vient nous voir pas uniquement pour parler, il vient pour savoir s'il va bien, donc moi l'examen clinique je lui accorde une place primordiale.

S'ils ne voulaient que parler, ils n'iraient que chez le psychologue !

Il y a aussi le fait que j'ai du mal à demander vingt-cinq euros sans avoir examiné quelqu'un.

Merci pour ta participation.

ENTRETIEN N° 7 : le 10/03/2018 à 16h chez lui, durée 39 minutes.

1/ Qui es-tu ?

Je suis un homme de vingt-huit ans, en couple, sans enfants, interne de médecine générale actuellement en cinquième semestre, j'ai fait mon premier stage en pneumologie, deuxième stage aux urgences, troisième stage chez le praticien puis addictologie au CHU et je suis actuellement en SASPAS.

J'ai fait un master un de recherche en épidémiologie clinique, dans l'objectif d'envisager un poste de clinicien, et j'envisage plus tard de faire le diplôme universitaire d'addictologie et des formations complémentaires autour des entretiens TCC (thérapies cognitivo-comportementales) etc...

J'envisage de m'installer en libéral.

Ok, contente de te connaître un peu mieux, alors entrons dans le vif du sujet :

2/ Comment comprends-tu la recommandation de s'intéresser aux préoccupations réelles du patient ?

Les patients ne viennent pas toujours pour un motif annoncé, il y a parfois un motif caché. Même si c'est un symptôme ou une maladie qui les amène, il peut aussi y avoir une préoccupation derrière plus personnelle, ou en tout cas un retentissement sur leur qualité de vie ou sur leur autonomie qui peut les préoccuper au premier plan plus que la pathologie en elle-même, je comprends cela comme ça en tout cas.

Que signifie pour toi prendre en charge un patient dans sa globalité ?

La globalité justement c'est de ne pas s'arrêter au corporel, c'est de prendre aussi en compte les représentations du patient et ce qu'il a compris de sa maladie, de savoir s'il sait ce que cela va engendrer comme perte fonctionnelle ou contrainte. J'ai en tête l'exemple du diabète, ou cela va nécessiter l'adaptation du mode de vie pour pouvoir instaurer une activité physique ou programmer une surveillance dextro ou les injections d'insuline, donc cela bouleverse les habitudes de vie...

Donc il faut prendre en compte les bouleversements du quotidien, les angoisses par rapport à ce changement de vie, le côté psychologique est primordial.

Y a-t-il une dimension plus importante à explorer ?

J'ai tendance à privilégier l'exploration du côté maladie et le côté psychologique et un peu moins la dimension sociale parce que je m'y connais moins, j'ai moins de compétences dans ce domaine.

C'est primordial de savoir comment le patient perçoit sa maladie et comment cela retenti sur lui.

3/ Ok alors justement, quelles sont pour toi les compétences professionnelles nécessaires pour aider un patient à livrer ses préoccupations ?

Alors je connais la marguerite des compétences qu'on nous a enseigné à la fac, mais la notion de compétence reste encore pour moi assez vague et conceptuelle !

Il faut principalement la compétence de communication professionnelle, l'aptitude à savoir interroger le patient, c'est ce qu'on faisait beaucoup en addictologie, c'est la manière de s'intéresser à tout ce qui compose l'individu, savoir d'où il vient, dans quel milieu il vit, si l'entourage est présent ou non, particulièrement pour les personnes âgées, c'est primordial, savoir quel est son tissu social qui peut être notre relais.

Donc tu me décris la compétence « approche centrée sur le patient »

Oui

Que penses-tu de la relation médecin-patient actuelle ?

Alors il y a eu la loi Kouchner qui a fait en sorte que c'est un changement de paradigme pour le monde médical, elle a permis de passer de la médecine paternaliste à la médecine coopérative. Le patient n'est pas pris comme un enfant mais comme un partenaire, on devient un conseiller en santé plutôt qu'un instructeur de soins.

Je trouve que c'est plutôt positif mais cela nécessite d'être appréhendé, justement, il existe des techniques de communication parce que c'est plus facile de donner des ordres que de gérer la demande. Savoir trouver des conciliations entre le projet médical théorique et le projet du patient, trouver un terrain d'entente qui nécessite d'avoir une certaine habilité.

Et le concept d'autonomie du patient ? Qu'en penses-tu ?

Il faut s'adapter aux personnalités, c'est vrai qu'il y a des gens, même si on leur laisse le choix, ils sont perdus, il faut savoir passer d'un rôle à l'autre, il y a certaines personnes avec lesquelles il faut savoir être plus paternaliste.

Je ressens qu'il y a certaines personnes plus âgées, de l'ancienne génération, qui ont été habituées par leur médecin traitant à avoir ce mode de relation et qui sont dans cette attente.

J'ai testé au maximum des questions ouvertes chez certains patients âgés et j'ai bien vu que cela n'allait pas ! Ils ont tendance à fermer très vite la réponse

Par exemple, « comment vous allez ? » Bein bien, point ! Et puis je laisse un temps de silence pour voir s'ils enchaînent mais ils attendent, ils sont mal à l'aise.

Il y a aussi parfois l'excès de paternalisme mais aussi à l'inverse l'excès d'autonomie où on pourrait laisser toutes les responsabilités au patient et il faut être là pour l'accompagner.

Si on veut que le patient prenne une décision éclairée, c'est à nous de le guider, c'est notre rôle.

Que signifie pour toi savoir écouter un patient ?

C'est un peu ce que l'on disait tout à l'heure, c'est écouter toutes les dimensions et les demandes cachées

4/ Alors maintenant on va parler d'apprentissage, comment on t'a enseigné de façon théorique et pratique cette aptitude à prendre en compte les préoccupations du patient ?

En théorie rien. Typiquement l'entretien motivationnel en addictologie, on n'a jamais eu de cours, j'ai dû aller moi-même à une conférence parce qu'il y avait une affiche au pôle de

formation, organisé par le CSAPA (centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie) et c'est là que j'ai pu comprendre ces techniques et après j'ai beaucoup lu dessus.

Et de façon pratique, mes maîtres de stages étaient plutôt paternalistes de l'ancienne école, plutôt directifs avec les patients mais heureusement que je suis passé en addictologie avec une autre approche du patient.

Existe-t-il une différence entre le modèle hospitalier et ambulatoire ?

Cela dépend du médecin et de sa relation au patient en général.

L'hôpital de fait est centré sur l'aspect biologique et social pour renvoyer le patient chez lui, beaucoup moins voire pas du tout sur l'aspect psychologique.

En médecine générale on est plus dans la discussion avec le patient.

Pas plus tard qu'hier il y avait une dame qui est venue me voir, mercredi elle était partie voir son oncologue, jeudi elle a eu une hématémèse donc elle est partie aux urgences, et vendredi elle est venue me voir juste pour savoir ce qu'il s'était passé, et comprendre ce qu'il lui était arrivé en fait. Donc oui en médecine générale je pense qu'on a plus une approche psychologique du patient.

Autre question, as-tu été témoin d'une situation clinique dans laquelle les besoins du patient n'ont pas été pris en compte ? Qu'en as-tu appris ? Comment cela t'a marqué et en quoi cela a modifié ta pratique ?

Oui souvent mais je n'ai pas d'exemple qui me revient là tout de suite !

Heuuuu (silence). Un préado en surpoids, mon maître de stage lui a dit cash « tu veux qu'on t'appelle grasdouble ? » Donc pas du tout dans l'écoute mais vraiment dans le jugement et ça m'avait choqué !

Moi je ferai tout l'inverse !

Te rappelles-tu une situation clinique dans laquelle la prise en compte des préoccupations du patient a été un moment clé et a permis de comprendre des symptômes bio médicalement inexpliqués ?

Oui il y avait une patiente qui est venue me voir pour des céphalées chroniques, elle me dit qu'elle était sujette aux migraines donc je pars plutôt sur le côté biologique, migraines.... Elle me disait que les dolipranes, les anti-inflammatoires, les triptans, étaient mal supportés. J'ai fait un scanner qui est revenu normal et à mesure des différents interrogatoires, je me suis rendu compte que les migraines n'étaient pas si bien caractérisées, et finalement j'ai ouvert un peu plus le cadre en essayant de savoir comment elle dormait, quel était son mode de vie etc... et là j'ai appris que son mari était décédé brutalement dans un accident de moto il y a un an et demi, qu'elle s'est retrouvée toute seule à élever ses enfants en bas âge, que c'était dur à la maison, qu'elle était souvent triste, et donc cela expliquait pas mal de choses et après elle n'est pas revenue me voir pour traiter cela, je lui ai donné des conseils sur l'hygiène du sommeil et j'ai essayé d'apaiser son côté anxieux.

Super prise en charge, bravo !

Et justement, te sens-tu à l'aise avec cette aptitude à permettre au patient d'exprimer ses préoccupations ?

Depuis que je suis passé en addictologie oui, cela m'a permis d'être à l'aise avec les questions ouvertes, de savoir lesquelles poser, et d'être à l'aise avec cette écoute.

J'ai encore une grande marge de progression mais cela a vraiment changé mon approche de l'interrogatoire.

Quels outils ou ressources connais-tu pour progresser ?

L'entretien motivationnel, j'ai aussi entendu parler des attitudes de Porter et cela me semble être plus en complément de l'entretien motivationnel.

Il y a aussi les formations pratiques TCC pour apprendre comment prendre en charge différentes situations et savoir les gérer.

As-tu déjà été évalué dans cette aptitude

Pas vraiment non.

5/ On continue, qu'est-ce qui t'influence positivement au cours d'une consultation à écouter les préoccupations du patient ? Et à contrario quels en sont les obstacles ou difficultés ?

De ton côté ? Et du côté des patients ?

Je dirai forcément le temps, c'est à dire si je sais que j'ai un peu de retard, je vais plus cibler sur des questions fermées sauf si je vois que le motif est vraiment lié à un problème psychologique dans ce cas je prends le temps même si j'ai trois quarts d'heure de retard. Le motif en lui-même, l'interrogatoire, si c'est un motif de consultation somatique avec un interrogatoire et un examen clinique qui ne mènent nulle part dans ce cas je vais plus poser une question ouverte sur le mode de vie actuelle, l'état psychologique actuel.

Les gens avec qui je sens que cela peut être difficile de discuter, des gens qui ont du mal à s'exprimer, qui tournent autour du pot, qui sont très longs, j'ai plus de mal ! On est pris dans un flot des consultations, on ne peut pas toujours prendre le temps.

Il y a des gens qui viennent pour un symptôme qui disent une phrase et qui s'arrêtent, ils te laissent gérer la consultation, ils sont venus avec un motif et puis c'est à toi de travailler et puis quand tu les interrogés, ils ne savent pas décrire, ils répondent par oui/non, j'ai peut-être l'a priori de dire, ces gens-là cela ne les intéresse pas etc...

De mon côté la fatigue peut jouer aussi.

6/ Si tu devais évaluer la façon dont ton externe prend en compte les préoccupations du patient, comment procéderais-tu ?

Alors je regarderai en premier son langage non verbal c'est à dire la façon dont il rentre dans la chambre du patient, la façon dont il se présente et dont il se positionne par rapport au patient, sa posture.

Après je regarderai l'intonation, s'il parle rapidement, lentement, s'il hésite...

Tout ce qui est non verbal en plus du contenu.

Après le contenu verbal aussi forcément, cela va de soi.

Quelle est la place de l'examen physique dans la relation médecin-patient ? Y prêtes-tu une importance ?

Il faut veiller à ce que le patient soit à l'aise et ne se sente pas dans une position d'infériorité. A l'hôpital c'est surtout faire attention à ce que le patient soit bien vêtu, respecter sa dignité, ne pas le déshabiller sans lui demander son accord, si possible faire sortir le voisin d'à côté. Ensuite pour l'examen somatique c'est surtout bien respecter la nudité, avoir une approche prévenante, dire ce que l'on va faire et à quel moment, prévenir à chaque fois, instaurer une relation de confiance.

Merci beaucoup pour ta participation.

ENTRETIEN N° 8 : le 14/04/2018 chez lui, durée 49 minutes.

1/ Qui es-tu ?

Je suis un homme de vingt-neuf ans, en couple, interne de médecine générale en dernier semestre, j'ai fait mon externat dans un pays européen puis j'ai passé une thèse là-bas qui m' a permis d'accéder à la spécialité, puis j'ai décidé de venir en France pour motif personnel et professionnel, j'y avais fait une année d'Erasmus et j'ai bien adhéré au système français, je le trouve très stimulant, très engageant envers les jeunes médecins et du coup j'ai passé l'ECN en 2014 comme étudiant européen et j'ai choisi médecine générale à Caen car c'était bien réputé dans les guides des internes.

J'ai fait mon premier semestre en gynéco-pédiatrie, puis cardiologie, puis stage de niveau un chez le praticien puis quatrième semestre les urgences CHU, puis stage en addictologie au CHR puis j'ai pris six mois de disponibilité pour faire ma thèse puis j'ai fait mon dernier stage à nouveau au CHR en addictologie puis j'aurai un poste d'assistant au mois de mai, je serai à mi-temps donc plutôt un futur hospitalier mais un jour j'aimerais faire du mi-temps libéral et hospitalier. Mais je vais voir car le libéral ce n'est pas simple et encore moins la condition de remplaçant !

Oké, contente de te connaître un peu mieux, on va entrer dans le vif du sujet :

2/ Comment comprends-tu la recommandation de s'intéresser aux préoccupations réelles du patient ?

Il faut une prédisposition à l'écoute de la part du soignant, se mettre à la hauteur du patient et se mettre dans une position empathique et comme j'ai été formé à l'entretien motivationnel, c'est ça mon état d'esprit, celui d'être à l'écoute et d'essayer de me mettre au mieux à sa place pour pouvoir comprendre son problème et essayer de l'accompagner au mieux dans la résolution de celui-ci.

J'essaie de le faire sortir de la phase d'engagement de l'entretien motivationnel, c'est à dire, on fait connaissance et pendant cette phase j'essaie de lui faire exprimer ses préoccupations principales et en général je demande : « qu'est-ce que vous attendez de la consultation d'aujourd'hui ? Pourquoi vous venez ? » et à ce moment-là il sort le problème. Je pose toujours des questions ouvertes.

Que signifie pour toi prendre en charge un patient dans la globalité ?

C'est dans la définition de l'OMS, l'état de santé est lié à l'état psychophysique, la composante non organique, psychique et la composante plus organique. C'est ça la globalité.

Quelle place donnes-tu à la dimension sociale du patient ?

Elle est aussi très importante, mais cela va dépendre de la situation et du motif de venue, je ne l'explore pas toujours, pour moi les plus importantes sont les dimensions organiques et psychologiques sachant que le côté psychologique est en lien étroit avec le côté social.

En général le premier motif de consultation c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas, soit sur le plan organique, soit sur le plan psychique mais si la cause de tout cela est à déterminer sur le plan social, il faut s'y intéresser. En addictologie on le recherche souvent, si par exemple il y a des difficultés de logement, on a un suivi social qu'on va mettre en place pour essayer de changer de logement etc...

Le contexte familial aussi, on essaie d'avoir des consultations de famille, donc si on détecte que la composante sociale est importante on va agir dessus mais si on voit que l'organique ou le psychique sont la priorité, on essaie de soigner ces deux composantes.

Quelle place donnes-tu à la dimension culturelle du patient ?

Je n'ai pas cette habitude, je ne pose jamais la question sur le plan religieux, par contre sur

les croyances des patients concernant leur maladie, je demande toujours « et vous, vous en pensez quoi ? » et parfois c'est le patient lui-même qui fait son diagnostic ou parfois, ils enchaînent la conversation en disant « je ne vais pas bien au travail », donc ils nous avouent des motifs cachés d'eux-mêmes.

3/ Oké alors justement, quelles sont les compétences professionnelles nécessaires pour permettre au patient de livrer ses préoccupations ?

Je dirai la compétence médicale, le professionnalisme, car il faut savoir rassurer le patient pour le mettre à l'aise. Et des compétences humaines, l'empathie, il faut savoir que si l'on n'est pas sur le même plan, il n'arrivera pas à s'exprimer.

On avait aussi fait un portfolio et on nous avait parlé d'une marguerite mais je ne me souviens plus des intitulés.

Que signifie pour toi « savoir écouter le patient » ?

Hé bien déjà l'écouter, lui montrer qu'on l'écoute, et pouvoir être attentif à ses attentes, à ses questions et utiliser le sentiment d'empathie.

Savoir se mettre à sa place et approcher ses ressentis, ses émotions.

Comment définis-tu la relation médecin-malade actuelle ? Que penses-tu des concepts de « décision médicale partagée » et « d'autonomie » du patient ?

Il y avait à l'époque une relation verticale mais actuellement c'est plutôt horizontal et c'est super, je suis tout à fait d'accord ! Actuellement l'offre de soins est plus grande, et le patient a souvent plusieurs options.

C'est un principe déontologique également de respecter la liberté de la personne.

Le médecin doit proposer les meilleures stratégies thérapeutiques et orienter le patient.

C'est une collaboration avec le patient, il ne faut jamais imposer une seule option thérapeutique, cela doit être un choix libre et éclairé du patient.

Après bien sûr cela dépend du contexte et s'il s'agit d'une urgence, dans ce cas on applique notre rôle d'expert.

Quelle place donner à la communication ?

Comme je te disais tout à l'heure elle est primordiale, c'est la clef de tout.

4/ Maintenant on va parler d'apprentissage, comment t'a-t-on sensibilisé à cette aptitude à prendre en compte les préoccupations du patient et comment te l'a-t-on enseigné de façon théorique et pratique ?

Cela n'est jamais arrivé pendant mon externat malheureusement. Je l'ai découvert pendant mon internat, j'ai eu la chance de tomber sur un stage chez un praticien qui était ouvert à la collaboration médecin-malade et qui m'a formé à l'entretien motivationnel et cela m'a beaucoup aidé.

Il m'a aussi formé aux techniques de communication.

J'ai tout appris grâce à la pratique et à l'observation de mes chefs.

Pendant mon externat on ne m'a jamais dit que la relation avec le malade est primordiale, comment se positionner avec le patient, qu'il y avait des modèles de psycho interaction avec les patients etc...

Que penses-tu du modèle hospitalier et ambulatoire ? Le patient est-il considéré de la même façon ?

Non car à l'hôpital on ne connaît pas assez bien le patient pour le prendre en charge en globalité. A l'hôpital on essaie de soigner plutôt la maladie, le motif pour lequel il est venu plutôt que d'essayer de résoudre la cause de sa maladie, le terrain qu'il y a derrière, la prise en charge psychologique.

Heureusement que le médecin généraliste est là pour faire la synthèse et explorer ces composantes qui peuvent expliquer la maladie et essayer de les prendre en charge mais c'est un long travail.

A l'hôpital on manque de temps, moi j'ai la chance d'être en addictologie et je peux faire des consultations d'une heure, et on est en lien avec les psychologues, les psychiatres et tous ensemble, on peut creuser pour avancer.

A l'hôpital on résout l'organique et on espère que le médecin traitant prendra en charge la suite avec notre lettre qu'on lui adresse.

Il y a effectivement une différence de prise en charge entre les deux.

As-tu été témoin d'une situation clinique dans laquelle les besoins du patient n'ont pas été pris en compte ? Qu'en as-tu appris ? Comment cela t'a marqué et en quoi cela a modifié ta pratique ?

Attends, je réfléchis ... (silence) Ah ça y est : hier j'ai eu une patiente de cinquante ans, troisième hospitalisation pour des problèmes d'alcool, lors de la dernière hospitalisation on a fait le sevrage d'alcool, mise sous benzodiazépines, c'était une patiente peu compliant qui n'était pas du tout dans le changement, on lui a un peu forcé la main en lui expliquant que le sevrage se faisait comme cela, point. Elle ne voulait pas se débarrasser des benzodiazépines mais nous on lui a forcé la main en faisant la décroissance rapide. Au final elle est sortie contre avis avec un protocole de sevrage benzodiazépines et alcoolisation à domicile et cette abstinence n'a duré que quatre jours et rapidement elle a perdu le contrôle de ses consommations d'alcool et son fils de seize ans, tellement déçu de l'énième rechute de sa mère a coupé tous les ponts avec elle, alors qu'il était son seul levier qui la motivait à arrêter de boire.

Le médecin traitant nous l'a ré adressée et je pense qu'à la première hospitalisation on n'a pas su reconnaître ses besoins et ses exigences alors que probablement le lien qu'elle a avec son fils c'est le peu de chose qui la maintien encore en vie.

Elle a déjà un lourd passif de tentatives de suicides et je pense qu'il faut utiliser ce levier, cette valeur famille pour qu'elle accepte d'adhérer aux soins et la première fois on est passé à côté.

Sa réelle demande c'est que son fils soit fier d'elle et de retrouver sa relation mère-fils et pour cela, ça passe par l'abstinence d'alcool mais elle ne se sent pas prête pour l'abstinence de benzodiazépines je pense.

Te rappelles-tu une situation clinique dans laquelle la prise en compte des préoccupations du patient a été un moment clé et a permis de comprendre des symptômes bio médicalement inexpliqués ?

J'en ai pleins, surtout en posant la question « et selon vous cela peut-être quoi ? », cela m'a sauvé plusieurs fois la vie, au final c'est le patient qui m'a donné le diagnostic quand j'étais bloqué.

J'ai souvent eu des somatisations, des douleurs ou autres liées à des difficultés au travail par exemple.

C'était une patiente en addictologie qui a commencé à mésuser l'alcool depuis deux ans dans un contexte de surmenage au boulot, elle l'utilisait à visée anxiolytique mais je ne comprenais pas précisément le facteur déclenchant alors je lui ai demandé clairement « qu'est-ce qui selon vous a déclenché tout cela en 2012 ? »

Elle m'a dit que c'était un contexte de surmenage, dépression, son mari était loin, donc un manque de réconfort, donc elle a trouvé en l'alcool un compagnon pour lui permettre de passer le cap.

C'est important de trouver un point de départ pour fixer les règles avec le patient : « à partir de ce moment tout a basculé, mais pourquoi ? » et cela les aide à rationaliser et on a les explications et du coup les solutions sont plus faciles.

Te sens-tu à l'aise avec cette aptitude à permettre au patient d'exprimer ses préoccupations ?

Je me sens plus à l'aise. Au début de l'internat, je ne l'étais pas du tout ; avec l'entretien motivationnel, je me sens beaucoup plus à l'aise ; j'ai appris à explorer, à conduire, à les faire parler.

J'avais des moments où regarder les patients dans les yeux c'était très compliqué alors que maintenant je sais me poser, respecter les moments de silence, les regarder dans les yeux, attendre leur réponse, et c'est génial parce que pendant ces moments de silence c'est le patient qui réfléchit et qui continue à travailler, à faire son parcours, je me sens beaucoup plus à l'aise.

Tant mieux, et as-tu déjà été évalué dans cette aptitude ?

Alors le tableau d'évaluation de fin de stage, il y a sept ou huit compétences à prouver : il y a la relation avec le patient. Probablement ils ont quelques retours de la part des patients ou des secrétaires, des infirmières, parce qu'au final j'ai eu des surprises, on m'a dit souvent : « ton relationnel avec le patient est très bien » et moi je me disais « il ne m'a jamais vu avec le patient, comment il peut savoir ? » A mon avis les chefs parlent entre eux et avec les infirmières qui suivent la visite et qui leurs donnent des retours, mais au niveau de la communication spécifiquement on n'a jamais été évalué mais la relation avec les patients oui. Mais cela reste assez vague, on ne me dit pas comment progresser ou comment mieux faire dans tel ou tel domaine.

Et justement, de ton côté connais-tu des outils pour progresser ?

Je ne connais que l'entretien motivationnel, et heureusement que j'ai rencontré mon maître de stage qui m'y a formé ; on devrait tous être formés aux techniques de communication en tant qu'interne, je trouve que c'est primordial !

D'accord, alors on passe à la question suivante,

5/ Qu'est ce qui t'influence positivement au cours d'une consultation à écouter les préoccupations du patient ? Et à contrario quels en sont les obstacles ou difficultés ? De ton côté et du côté du patient ?

Alors déjà mon humeur pendant la journée, le contexte de surmenage au niveau du travail. Logiquement si je suis fatigué, stressé, j'ai mal dormi, mon humeur sera basse. Ça prédispose ou pas à l'écoute du patient. C'est la condition du Burn out, on ne fait plus attention à nous, on n'est plus à l'écoute des autres, on est facilement irritable et on le transmet au patient.

Du côté du patient, quand il est agressif, résistant, dissonant dans ses propos c'est plus compliqué.

C'est difficile à appréhender parce qu'il faut mettre son ego de côté, mais j'essaie toujours de comprendre les raisons de son agressivité. La plupart du temps on arrive à discuter mais parfois non, et on se demande toujours si ce n'est pas de notre faute, qu'on n'a pas été capable de le comprendre ? Ou Parfois c'est leur nature d'être désagréable, résistant, revendicateur.

Souvent je leur dis « oké, je reviens dans cinq minutes, vous vous calmez et peut-être qu'on va pouvoir discuter ».

6/ Si tu devais évaluer la façon dont ton externe prend en compte les préoccupations du patient, comment procéderais-tu ?

La façon de poser les questions, sa manière d'écouter comme faire des reflets, répéter ce que le patient a dit c'est important et la façon de poser les questions.

Quelle place donnes-tu à l'examen clinique ?

Il est très important surtout si on a devant nous un patient qui est dubitatif et qui a besoin de réassurance, on rétablit les rôles et on lui dit que l'on s'occupe de lui. Donc c'est très important.

Et voilà, le questionnaire est terminé, merci beaucoup pour ta participation.

ENTRETIEN N° 9 : le 15/04/2018 à 11h chez lui, durée 58 minutes.

1/ Qui es-tu ?

Je suis un homme de vingt-huit ans, célibataire, j'ai un parcours assez atypique, j'ai fait deux années de biologie avant de me réorienter vers la médecine, je me suis rendu compte que l'homme m'intéressait un peu plus que les animaux, voilà, donc du coup j'ai choisi médecine pour faire médecine générale. Actuellement je suis en troisième semestre de médecine actuellement en stage chez le praticien de niveau un, j'ai fait mon premier stage aux urgences et mon deuxième stage en médecine polyvalente.

Mon prochain stage, j'envisage gynéco-pédiatrie.

J'envisage par la suite de faire un DIU de médecine du sport car je souhaiterai faire ma thèse dans ce domaine, après je ne compte pas m'installer tout de suite, je compte faire des remplacements dans les départements d'outre-mer. Et peut-être faire de l'humanitaire par la suite.

Très bien, contente de te connaître un peu mieux, alors maintenant on entre dans le vif du sujet :

2/ Comment comprends-tu la recommandation de s'intéresser aux préoccupations réelles du patient ?

Alors c'est un peu tu sais les trois cercles qui se recoupent, tu sais entre ce que nous on a comme connaissances théoriques sur un patient, enfin ce que nous on sait de ce qui est bon pour lui, mais aussi prendre en compte ses attentes pour adapter notre réponse, par rapport à ce que lui il attend du médecin. Je ne sais pas si cela répond à la question ?

Si si, les trois cercles, tu me parles du modèle bio-psycho-social de Engel c'est ça ?

Oui c'est ça, je ne me souvenais plus du nom de ce modèle, mais c'est bien celui-là.

Que signifie pour toi prendre en charge un patient dans la globalité ?

C'est le prendre en charge dans tous ses aspects, à la fois médicaux, ce n'est pas juste le cœur ou les reins, c'est aussi prendre en compte l'aspect social, tu vois une même maladie chez un sans domicile fixe ou s'il est aisé, cela ne va pas être la même prise en charge.

De la même façon, un patient qui a peur de la mort ou a contrario quelqu'un pour qui la mort ne lui fait pas peur, on ne va pas avoir la même délivrance d'information. C'est ça la globalité, c'est prendre en compte tout ce qu'il est en tant que personne.

Le côté psychologique est indispensable aussi

Et selon toi, y a-t-il une dimension plus importante à explorer ?

Cela dépend des patients, je m'adapte, cela dépend aussi du problème, sur une urgence, le côté croyance on va moins le prendre en compte.

A contrario dans le cadre de l'éducation thérapeutique, se baser sur les croyances et les attentes du patient, son côté psychologique et social, c'est juste primordial. Tu vois faire de l'éducation thérapeutique sur du diabète chez quelqu'un qui adore manger, tu vois il faut absolument prendre ça en compte, si on lui met des interdits, cela ne va pas marcher

Et la place de l'entourage ?

Si cela rentre dans le cadre de la prise en charge, oui il faut s'y attarder.

Quelle place donnes-tu à la dimension culturelle du patient ?

Quand on s'intéresse à la dimension culturelle c'est souvent sur des questions assez précises ; ce n'est pas sur une prise en charge d'un rhume en général qu'on va demander ça, mais souvent, on va demander au patient en quoi il croit, la peur de la mort...

Ou parfois on demande au patient, « qu'est-ce qu'il s'imagine ? », et après, il y a des choses qu'on voit aussi, chez un patient, gens du voyage, il y a aussi des choses qui sont sous entendues, et même parfois on peut se planter.

Il y a aussi nos croyances à nous, il faut être prudent.

Ça c'est certain, alors maintenant on va s'intéresser à la notion de compétence, 3/ Quelles sont les compétences professionnelles nécessaires pour permettre au patient de livrer ses préoccupations ?

L'empathie, la capacité d'écoute et la capacité d'analyse des dires et sous-entendus du patient. Il y a aussi les connaissances théoriques, malheureusement on a aucune formation en psychologie du patient, et si on avait appris cela, il y a des informations qu'on ne louperait pas.

Il y a aussi le temps et la patience, cela peut être une des choses dont on manque parfois

Quelle place donner à la communication ? Et que signifie pour toi « savoir écouter »

Déjà c'est lui laisser le temps de parler, écouter ses attentes à lui et les confronter aux nôtres, il faut trouver une direction à prendre ensemble.

Là tu me parles de décision médicale partagée et justement que penses-tu de la relation médecin-patient actuelle ?

Alors, c'est assez variable, on a un peu de tout, il y a certains patients, même jeunes qui aiment encore la médecine paternaliste, qui aiment qu'on soit décisionnaire, « bon bein c'est vous le médecin ».

On a des patients qui sont entre les deux, dans le paradigme actuel, c'est à dire qu'ils décident un peu mais qui restent quand même à l'écoute de la décision finale du médecin.

Avec eux on leur propose plusieurs options, on leur explique et on décide ensemble.

Mais il y a de plus en plus de patients qui viennent avec leur demande assez précise, et qui viennent avec des connaissances parfois pas toujours bonnes et il y a une relation de plus en plus de « défiance ». Alors nous en médecine générale, je pensais qu'on l'aurait plus, mais actuellement chez mon stage chez le praticien, il n'y en a pas, par contre à l'hôpital, il y a une forme de défiance des patients vis à vis de la médecine, car ils ont plus accès aux infos, il y a des polémiques et il y a une perte de confiance, les vaccins obligatoires etc.... et cela modifie la relation de confiance avec les patients, il faut apporter plus de preuves et cela gêne le soin.

On a cette donnée à apporter en plus, ce qui était moins vrai il y a trente ans.

D'accord, alors prochaine question concerne la pédagogie et l'apprentissage :

4/ Comment t'a-t-on sensibilisé à cette aptitude à prendre en compte les préoccupations du patient et comment te l'a-t-on enseigné de façon théorique et pratique ?

Alors dès la première année de médecine on nous en parle mais c'est un peu n'importe quoi.

Il y a ce côté théorique où les gens qui nous en parlent ne l'appliquent même pas vis à vis de nous ! Ce sont des médecins, qui lorsque l'on se retrouve dans leur service c'est « fait ce que je dis, pas ce que je fais » !

Je pense que de toute façon les gens qui font médecine ont déjà la fibre empathique et humaine et ce n'est pas la faculté qui nous l'a appris !

D'un point de vue théorique il y a peut-être deux- trois choses intéressantes, comme les trois cercles, cela théorise juste des choses qu'on aurait fait par nous-même intuitivement.

Moi mon sentiment c'est que ce n'est pas la faculté qui m'a appris à me comporter avec les patients en tout cas !

Sur la pratique, c'est surtout en stage mais cela dépend beaucoup des stages, moi dans mon parcours, ce n'est certainement pas le CHU qui nous l'a appris, je dirai là où j'ai beaucoup appris c'est lors de mon stage aux urgences psychiatriques de Tours, d'ailleurs c'est plus auprès des internes qu'auprès des chefs qu'on apprend le plus parce que c'est pas lors de la visite à dix qu'on apprend.

Le principe des groupes Balint aussi est génial, car on débrief des situations et il y a toujours des choses à améliorer même dans les situations simples. Une virose banale, on peut améliorer la prise en charge, notamment sur le plan relationnel. Cela permet de prendre du recul sur nous-même.

J'ai aussi appris l'entretien motivationnel en psychiatrie, j'ai une ou deux bases que j'utilise parfois.

Que penses-tu du modèle hospitalier et ambulatoire ? Le patient est-il considéré de la même façon ?

C'est très service-dépendant et hôpital-dépendant. A l'hôpital le patient est dans un lit et affaibli, et la relation est profondément modifiée et cela ne me plaît pas, on n'est pas d'égal à égal, le médecin est physiquement « supérieur et vertical », et au niveau des traitements, on prescrit sans même en parler au patient, il faut quand même que le patient ait une grosse force de caractère pour refuser un traitement à l'hôpital. Alors qu'en médecine générale, quand tu prescrites, une fois sur deux il ne va même pas aller en pharmacie donc voilà.

Je trouve que la relation est fondamentalement différente déjà par le fait qu'à l'hôpital le patient n'a pas toujours le choix d'être là, il n'a pas choisi son médecin.

D'accord, autre question, as-tu été témoin d'une situation clinique dans laquelle les besoins du patient n'ont pas été pris en compte ? Qu'en as-tu appris ? Comment cela t'a marqué et en quoi cela a modifié ta pratique ?

C'était aux urgences, une patiente âgée en perte d'autonomie avec le motif d'hospitalisation de maintien à domicile difficile sauf que c'était en pleine épidémie de grippe, tous les lits de débordement étaient sortis dans les étages, il n'y avait plus de place, donc le contexte était un peu particulier.

J'avais vu avec mon sénior, il fallait absolument la faire rentrer avec si possible une augmentation des aides, mais c'est moi qui ai dû parler avec la famille qui me disait « mais comment on va faire ? », moi j'étais embêté, j'avais quand même envie de laisser à la famille le temps de s'organiser, au moins la mettre en unité d'hospitalisation de courte durée.

Alors mon chef m'a dit : « tu la renvoies quand même chez elle mais tu fais en sorte que le médecin généraliste la revoie dans la semaine », moi dans ma tête je me dis que c'est pas mal !

Je vais revoir la famille, mais ils me disent « le médecin généraliste est en vacances et personne ne le remplace » alors là je ne savais plus trop quoi dire !

Mon sénior m'a obligé à la renvoyer à la maison et là du coup la demande de la patiente et de la famille qui était une perte d'autonomie on ne s'en est pas du tout occupé. Je me suis senti inutile et je me suis dit que ce n'est pas comme ça que j'envisage la médecine, ce n'est pas du soin ! Là c'était un peu, « je me mets des œillères et c'est pas mon problème ».

C'est vrai qu'on ne peut pas sauver toute la misère du monde mais je pense qu'il y a un « entre deux », même dans la façon d'apporter la réponse, mon sénior aurait pu m'accompagner, là j'ai dû assumer une réponse qui n'était pas la mienne, c'était contre mes principes et ça c'était dur !

On aurait pu par exemple donner le numéro de l'assistante sociale ou apporter une réponse, là j'ai eu l'impression de l'abandonner chez elle sans rien.

Pas facile comme situation à gérer pour toi ! Et maintenant partons sur du positif, te rappelles-tu une situation clinique dans laquelle la prise en compte des préoccupations du patient a été un moment clé et a permis de comprendre des symptômes bio médicalement inexpliqués ?

Oui, il s'agissait d'une patiente de vingt-deux ans, très propre sur elle, c'est tout bête mais la façon dont la personne est habillée cela modifie quand même notre perception !

Elle venait pour douleurs abdominales, c'était la deuxième fois qu'elle venait au cabinet, elle avait déclaré en médecin traitant mon maître de stage mais elle ne l'avait jamais vu, au final elle avait vu mon collègue qui avait prescrit une bio avec beta HCG. Sa bio était normale, elle revient me voir avec des douleurs atypiques, cela pouvait faire biliaire, je lui explique ma prise en charge, qu'on allait refaire une prise de sang mais j'allais rajouter une échographie. Et pendant que je l'examine, je ne sais pas pourquoi, je lui demande comment elle allait moralement, et là elle me dit qu'au travail cela ne va pas bien du tout et la consultation se prolonge, elle me raconte qu'elle est aide-soignante dans une EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et que cela ne correspond pas à ses valeurs, elle va au travail à reculons, elle commence à s'en foutre des résidents, qu'elle en a marre de ne pas prendre soin d'eux, en gros elle décrivait le Burn out.

Je la force à se mettre en arrêt alors qu'elle ne voulait pas et je lui redonne rendez-vous la semaine prochaine et je lui dis que ses douleurs peuvent être d'origine psychogène.

Et la semaine d'après elle me dit qu'elle va démissionner, qu'effectivement elle n'a pas eu mal au ventre de la semaine et que la veille de reprendre elle a eu à nouveau les douleurs et elle était contente d'avoir été écoutée.

Et bien sûr la bio et l'échographie étaient normales.

Là je pense que sa vraie demande était implicite même pour elle en fait, elle ne s'était même pas rendu compte qu'elle était en Burn out !

Wow, merci pour ce bel exemple. Et dirais-tu que tu te sens à l'aise avec cette aptitude à permettre au patient d'exprimer ses préoccupations ?

Oui carrément.

Penses-tu avoir évolué au cours de tes études d'internat ?

Oui surtout pendant le stage praticien.

As-tu déjà été évalué dans cette aptitude ?

Oui j'ai beaucoup débrieffé avec mes praticiens.

Connais-tu des outils pour progresser ?

J'ai des notions d'entretien motivationnel comme je te disais, on nous en a parlé lors de mon stage d'externat en psychiatrie, et il y a aussi les groupes Balint mais je ne m'y suis pas inscrit. Sinon je n'ai pas d'autres idées.

Oké, alors question suivante,

5/ Qu'est ce qui t'influence positivement au cours d'une consultation à écouter les préoccupations du patient ? Et à contrario quels en sont les obstacles ou difficultés ? De ton côté ? Du côté des patients ?

De mon côté, aller bien en tant que personne cela permet d'écouter les autres
Aller bien physiquement, moralement, niveau fatigue aussi : dédicace pour les gardes (rires) !

Et du côté du patient, c'est la façon dont il se présente, le respect qu'il a, parce que forcément un patient qui est plus respectueux, on a plus envie de l'écouter que quelqu'un qui nous envoie balader !

Il y a une étude qui a été faite sur les patients « chiants » et qui montre qu'il y a plus d'erreurs de diagnostique chez eux, cela veut tout dire.
Le temps aussi cela joue, si on sait qu'on a un retard de trente minutes, on est moins enclin à écouter !

C'est certain, et enfin dernière question,

6/Si tu devais évaluer la façon dont ton externe prend en compte les préoccupations du patient. comment procéderais-tu ?

Je ne l'évaluerai pas sur une seule prise en charge, s'il se sent jugé, cela sera biaisé.
Les retours des patients aussi sont importants, s'ils se sentent rassurés, mais c'est pareil, pas sur un seul patient !

A la fois quand on l'observe directement sans le lui dire qu'on l'observe.

Il y a le comportement verbal et non verbal, la façon dont il se présente au patient, et toujours laisser le temps au patient de s'exprimer

L'examen clinique participe-t-il à la relation ?

Oui, cela montre aussi qu'on est médecin et pas uniquement psychologue, cela recadre la relation, j'utilise cette astuce quand un interrogatoire se prolonge trop, je passe à l'examen pour cadrer la situation. Alors autant être face à face derrière à bureau ça évoque une relation d'égal à égal, autant parfois l'examen clinique donne une position au patient où parfois il se livre plus facilement, comme ma patiente avec ses douleurs abdominales, elle s'est livrée lors de l'examen clinique, lorsqu'elle était allongée.

Il m'arrive aussi de ne pas examiner le patient dans des consultations psy, mais il faut être sûr de soi, il y a des patients qui nous demandent parfois « mais vous ne me prenez pas la tension ? ». Pour eux cela veut dire qu'on est médecin ! Mais des fois la tension on n'en n'a rien à cirer !

Bref voilà cela permet de recadrer et de montrer que tu es le médecin, cela permet de donner un tempo à la consultation.

Merci pour ta participation.

ENTRETIEN N° 10 : le 15/04/2018 à 19h chez elle, durée 48 minutes.

1/ Qui es-tu ?

Je suis une femme de vingt-sept ans, en couple, sans enfants, interne en médecine générale cinquième semestre actuellement en stage de SASPAS. Mon premier stage c'était gynéco-pédiatrie puis médecine polyvalente puis stage praticien de niveau un puis urgences au CHU et là le SASPAS.

Par la suite j'envisage de m'installer en libéral, et j'ai fait le DIU d'ostéopathie donc j'aimerais l'ajouter à mon panel.

Oké, déjà un beau parcours ! Alors entrons dans le vif du sujet :

2/ A ton avis, comment comprends-tu la recommandation de s'intéresser aux préoccupations réelles du patient ?

S'intéresser aux préoccupations réelles du patient c'est tout d'abord le laisser parler, écouter tout son blabla et réussir à en ressortir ce qui l'inquiète vraiment. Parfois c'est du caché, du non-dit, du coup ce serait à moi de lui reposer la question « qu'est-ce qui vous inquiète réellement, maintenant ? »

Donc reformuler quand le patient tourne autour du pot, quand on ne comprend rien et qu'il nous déballe pleins de symptômes, donc sa préoccupation soit c'est physique ou mental mais les deux sont souvent liées.

Je pose toujours une question ouverte, du moins j'essaie.

D'accord, et que signifie pour toi prendre en charge un patient dans la globalité ?

C'est autant sur le plan physique, médical que sur le plan psychologique et environnemental, où il travaille, où il vit, ce qu'il mange, son entourage etc...

Et parmi ces trois dimensions que tu m'as citées, y en a-t-il une que tu considères plus importante à explorer ?

J'aurai du mal à mettre un ordre parmi ces trois points là, cela dépend du motif et c'est le patient qui va se diriger lui-même sur la catégorie qui est la plus importante, son motif de consultation et j'essaie de m'adapter en fonction.

Par exemple, s'il vient pour une rhino-pharyngite, je resterai sur la bio, si c'est une demande de sevrage, là ce sera plus du psychologique et l'environnement enfin voilà c'est logique.

Quelle place donnes-tu à l'entourage ?

Elle est très importante, je prends l'exemple de la demande de sevrage tabagique, soit il demande de lui-même « je voudrai arrêter de fumer » et je demande « qu'est-ce que cela vous apporterait ? » et parfois il cite de lui-même sa famille « j'aimerais ne plus intoxiquer mes enfants et vivre longtemps pour eux » ou soit il dit « c'est pour ma propre santé » et dans ce cas j'essaie d'amener l'entourage. C'est vrai que j'y accorde une grande importance. Je cherche toujours à savoir s'il est marié, avec enfants ou pas etc...

Oké, alors question suivante,

3/ Quelles sont pour toi les compétences professionnelles nécessaires pour aider le patient à livrer ses préoccupations ?

(Silence) Laisse-moi réfléchir, alors on vient de passer le portfolio, et on nous a parlé de la marguerite des compétences, je ne m'en souviens plus par cœur mais il y avait six compétences à remplir selon eux pour devenir un bon médecin. Il y a la prise en charge du patient dans sa globalité, la compétence urgence, la compétence professionnalisme avec le secret médical, répondre à l'attente de la société, civile, administrative, sociale, etc...

Alors pour moi la compétence la plus importante c'est la communication, elle est primordiale.

Et justement, comment définis-tu la relation médecin-malade actuelle ? Que penses-tu des concepts de « décision médicale partagée » et « d'autonomie » du patient ?

Alors pour moi, c'est un partenariat avec le patient c'est ce qu'il demande, ce n'est plus l'ancien modèle paternaliste.

Ils sont plus dans la demande et le service qu'avant, donc j'essaie de prendre la décision avec lui et qu'il soit mon partenaire dans le traitement.

De nos jours les médecins sont notés via les applications, sur internet et les patients sont de plus en plus exigeants, et ils peuvent changer d'un médecin à l'autre. Quand ils viennent nous voir ce n'est pas « je suis malade, sauvez-moi etc... » mais c'est plutôt « voilà j'ai ça et ça, j'ai lu sur internet que cela pouvait être ça aussi, qu'est-ce que vous en pensez ? » et après ils te regardent et te jugent.

Je suis plutôt sur la relation partenaire.

On est dans une société où les patients ont envie d'avoir tout, tout de suite et on doit s'adapter.

Après ça dépend aussi des tranches d'âges, les personnes âgées il t'écoutent plus facilement et parfois préfèrent le côté paternaliste, alors que les plus jeunes c'est différent.

Quelle place donner à la communication ?

Comme je te disais tout à l'heure, pour obtenir un partenariat il faut savoir bien expliquer les options, être bon communicant afin que le patient prenne une décision libre et éclairée.

Que signifie pour toi savoir écouter ?

Alors c'est savoir déceler les demandes cachées et leur montrer qu'ils ont toute notre attention.

Que signifie pour toi approche centrée sur le patient ?

Bein comme je te disais tout à l'heure c'est le considérer comme une personne à part entière et pas seulement une maladie et explorer toutes les dimensions en fonction du motif de consultation, et pour cela, il faut savoir être empathique, savoir écouter donc lui montrer qu'on est attentif à lui, laisser des silences pour lui permettre de s'exprimer. Je ne sais pas si j'ai bien répondu à la question ?

Si, si, super ! Alors on va aller sur le versant pédagogie et apprentissage maintenant, 4/ Comment t'a-t-on sensibilisé à cette aptitude à prendre en compte les préoccupations du patient et comment te l'a-t-on enseigné de façon théorique et pratique ?

Alors de façon théorique c'est assez pauvre, pour l'ECN c'est écoute empathique, ce mot déjà est mal définit, mais de façon pratique on apprend énormément. A l'hôpital on prend exemple sur les chefs, les infirmiers, toute l'équipe, ils ont une écoute active, l'assistante sociale, le cadre de santé. Et même le médecin par exemple aux urgences, parfois tout le monde en a marre, tu appelles ton chef et il prend le temps de se poser pour écouter le patient, et moi je dis « WOAW ».

Après à la fac en tant qu'interne il y a les groupes de GAAP et c'est une très bonne chose de discuter autour d'un cas clinique, on en parle entre internes et avec des médecins généralistes et là c'est enrichissant parce que les pensées des autres aident à avancer. Il y a aussi les groupes Balint mais je ne m'y suis pas inscrite.

En GAAP on a aussi parlé de l'entretien motivationnel à savoir poser des questions ouvertes centrées sur le patient, bref ce sont des grandes lignes mais j'aurai bien aimé avoir une formation dessus.

Que penses-tu du modèle hospitalier et ambulatoire ? Le patient est-il considéré de la même façon ?

Globalement non, à l'hôpital ils sont plus sur une situation aiguë grave et ils suivent et respectent ce que le médecin dit, donc on n'est pas trop dans une relation de partenariat négociation, c'est plutôt le médecin qui dit « voilà il faut faire la fibroscopie parce que nanana », et encore parfois il ne prévient pas ni n'explique même pas la raison.

A la limite le patient n'a pas le choix, il se sent en danger et plus en situation de faiblesse. En ville c'est eux qui viennent te voir et ils ont droit de se retirer, parfois ils te demandent juste un avis et ils ne sont pas obligés d'y adhérer.

As-tu été témoin d'une situation clinique dans laquelle les besoins du patient n'ont pas été pris en compte ? Qu'en as-tu appris ? Comment cela t'a marqué et en quoi cela a modifié ta pratique ?

Là tout de suite ça ne me vient pas...

Te rappelles-tu une situation clinique dans laquelle la prise en compte des préoccupations du patient a été un moment clé et a permis de comprendre des symptômes bio médicalement inexpliqués ?

J'étais aux urgences gynécologie, je commençais l'ostéopathie et il y a une femme de quarante ans qui vient consulter aux urgences pour un dyspareunie et douleur pelvienne intense par moments. Elle a fait échographie, examens bio, urinaires, rien. Elle a vu pleins de gynéco, Ras, mais elle consulte aux urgences parce qu'elle n'en pouvait plus. J'ai creusé un peu plus en lui demandant « qu'est-ce qui vous gêne le plus ? » du coup elle me parle de

dyspareunies profondes au moment de l'acte lorsqu'elle est à cheval sur son partenaire. Je me suis dit c'est peut-être plutôt mécanique. A l'examen j'ai retrouvé des grosses contractures du psoas et je lui ai fait du myotensif pendant une heure. Elle a continué le travail avec un ostéopathe en ville.

Elle m'a dit qu'elle avait l'impression d'avoir été écoutée et entendue.

Une semaine plus tard je l'ai rappelée et elle se sentait beaucoup mieux, elle m'a remerciée. J'ai écouté sa détresse, sa colère et exploré d'autres choses que le côté gynéco.

Super diagnostic en tout cas !

Dirais-tu que tu te sens à l'aise avec cette aptitude à permettre au patient d'exprimer ses préoccupations ?

Pour le moment oui ça va, avec le SASPAS surtout, de voir des gens qui ne te connaissent pas et qui te disent « ça ne va pas dans ma vie » et qui pleurent, hé bien au départ je ne savais pas trop quoi dire, j'étais un peu perturbée, mais maintenant j'arrive mieux à prendre de la distance, je ne me sens pas mal à l'aise.

Penses-tu avoir évolué au cours de tes études d'internat ?

Oui beaucoup, on est dans le réel et on n'a pas le choix, « tu es tout seul, décide ! »

As-tu déjà été évalué dans cette aptitude ?

Oui, lors de mon SASPAS, les praticiens débriefent avec moi en fin de journée et ça c'est génial, sans me juger, c'est plutôt bienveillant.

Ils me disent aussi les choses bien que j'ai faites.

Et connais-tu des outils pour progresser ?

Très peu, à part les GAAP et le Balint, j'en connais pas d'autres.

D'accord, alors on continue,

5/ Qu'est ce qui t'influence positivement au cours d'une consultation à écouter les préoccupations du patient ? Et à contrario quels en sont les obstacles ou difficultés ? De ton côté ? Du côté du patient ?

Alors de mon côté, si j'ai bien dormi c'est important, quand je suis crevée j'ai moins envie d'écouter, donc ma santé, puis le temps, si je manque de temps, j'aurai moins envie d'écouter aussi mais je prendrai le temps s'il le faut.

Par contre si le patient vient pour plusieurs plaintes articulaires musculaires et que je vois dans le dossier noté « fibromyalgie » et que j'ai une heure de retard, à ce moment-là je ne m'attarde pas de trop !

Je peux être influencée par les antécédents du patient. Si je vois par exemple noté patient dépressif majeur, je ferai un peu plus attention à mes mots.

Du côté du patient, certaines personnalités, on ne peut pas aimer tout le monde et tout le monde ne peut pas nous aimer.

Les patients paranoïaques, hypocondriaques, ils sont persuadés d'avoir telle maladie, parce qu'ils ont cherchés sur internet, ça m'irrite mais j'essaie de les rassurer.

A la fin de ce genre de consultation, j'ai envie de décharger, ça me fatigue.

Il y a aussi les patients agressifs, mais j'essaie de comprendre la raison, j'essaie d'ouvrir un peu le champ de la consultation, « comment ça va le travail ? Etc.... »

Dernière question,

6/ Si tu devais évaluer la façon dont ton externe prend en compte les préoccupations du patient, comment procédera-tu ?

Alors moi je n'ai eu des externes qu'au CHU aux urgences, mais ce que je regardais, et c'est là que tu vois que tu as évolué, c'est que l'externe est tellement stressé qu'il est uniquement

centré sur l'examen clinique plutôt que dans la communication. Il a tendance à fuir le regard du patient et ça je le vois.

Donc je regarde la façon dont il se présente, est-ce que quand il pose des questions il regarde le patient ou alors il regarde sa feuille ?

Et ensuite quand il mène son examen clinique, je regarde si ses gestes sont adaptés au patient, si c'est un patient fragile qui a du mal à se lever, ça ne sert à rien de lui demander de se mettre debout et de faire le test de Romberg, enfin voilà. L'adaptabilité au patient.

Donc pour toi l'examen clinique participe à la relation médecin patient ?

Oui le contact verbal et non verbal.

Comment il touche le patient, est-ce qu'il réchauffe son stéthoscope avant de le poser sur le patient ?

Tous ces petits gestes sont importants.

Approche douce.

Merci pour ta participation.

Annexe 5 : Marguerite des compétences en médecine générale



COMPETENCE : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT

Définition : Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • Accepte l'idée qu'il doit entrer en relation avec le patient pour exercer la médecine générale • Connait quelques fondements théoriques de la communication, la différence entre relation et communication • Connaît les caractéristiques fondamentales de la relation médecin malade. • Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doivent faire l'objet d'une formation. • Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « bio médicale », y perçoit des limites en termes de perception et de compréhension de la situation clinique. • Utilise principalement une communication verbale • Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient • Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient. • Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle • Dans l'analyse d'une consultation, peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions. • Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient. • Accepte l'idée que l'on ne peut tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation • Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles • Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical • Met en œuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et

	médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> . En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier. . Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux. . Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient . Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci . Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause. . Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage. . Met en œuvre avec les intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient.

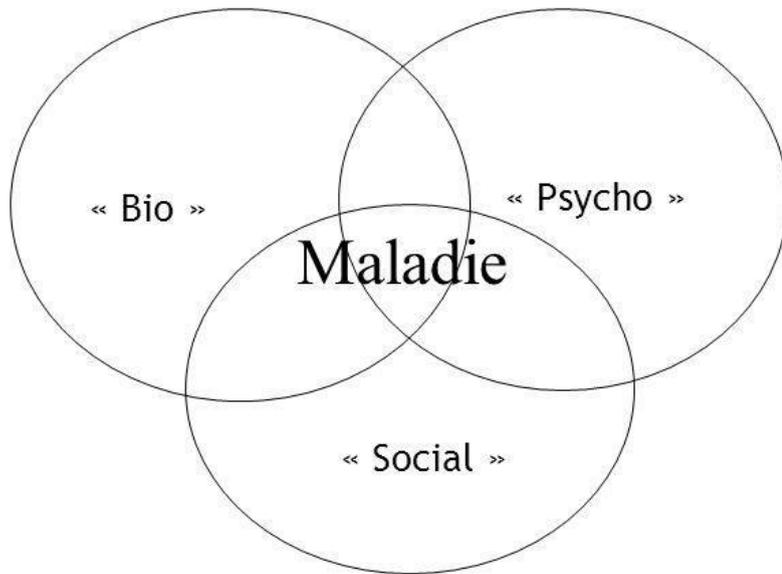
APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE

Définition : Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect bio médical aux dépens des aspects psychosociaux. • Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement bio médicales. • Entrevoit qu'il existe des données psychosociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte. • Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui. • Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation.

Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • A conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique. • Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (voir le référentiel métier compétence). • Lors d'une consultation il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier • Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion. • Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin. • A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient). • Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait, prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle.
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient. • Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser. • Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant. • Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient. • En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture. • Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient • Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle

Modèle bio-psycho-social de Engel*



*Engel GL. *The biopsychosocial model and medical education*. N Engl J Med. 1982, 306 : 802-5

Annexe 7 : Calendrier des enseignements théoriques 2018-2019 du troisième cycle de médecine générale à Caen

CALENDRIER ENSEIGNEMENTS THEORIQUES 2018-2019 3ème cycle de médecine générale

DATES	HORAIRES	TCEM 1	TCEM 2	TCEM 3
Judi 11/10/2018 à Caen (PFRS)	À partir de 18h00	Réunion d'accueil des nouveaux internes toutes spécialités confondues suivie d'un pot d'accueil Amphi Hippocrate		
Vendredi 12/10/2018 à Caen (PFRS)	À partir de 9h30	Réunion d'accueil des nouveaux internes par le SIMBAN Amphi 206		
	À 11h30	CHOIX DES POSTES NOUVEAUX INTERNES (1er et 2ème semestres) pour les internes de médecine générale Amphi Marie Curie		
Mercredi 17/10/2018 à Caen (PFRS)	9h30/12h30			Accueil Portfolio
	13h30/16h00		CHOIX DES POSTES DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE SEMESTRE DU 4 NOVEMBRE 2018 AU 1er MAI 2019 AUDITORIUM à 14h30 pour les 4ème et 3ème semestres	à 13h30 pour les 6ème et 5ème semestres
Mercredi 07/11/2018 à Caen (PFRS)	9h00/17h00	Présentation générale du DES de médecine générale	Ouverture du cours en ligne "Aspects médico- légaux et éthiques"	
Mercredi 14/11/2018 à Caen (PFRS)	10h00/12h00		Permanence d'aide accès ressources en ligne pour le cours "Aspects médico-légaux et éthiques" PS4-020	
Mercredi 28/11/2018 à Caen (PFRS)	9h30/12h30	Séminaire Portfolio et tutorat		
	14h00/17h30		Séminaire Portfolio et tutorat	
Mercredi 05/12/2018 à Caen (PFRS)	9h00/10h00		Ouverture du questionnaire vrai/faux du cours en ligne "Aspects médico-légaux et éthiques" jusqu'au 16 janvier 2019	Présentation des GAAP
	10h00/12h00	INITIATION BALINT 1		GAAP 1
	13h00/14h00	Présentation des GAAP		
	14h00/16h00	GAAP 1		
	16h15/18h15		INITIATION BALINT 1	INITIATION BALINT 1
Mercredi 12/12/2018 à Caen (PFRS)	9h30/12h30	Séminaire d'introduction au travail scientifique et d'informations générales concernant la thèse d'exercice	Initiation à la recherche Journée 1 (optionnel)	
Mercredi 19/12/2018 à Caen (PFRS)	9h00/17h00		Maladies chroniques et éducation thérapeutique	

Mercredi 09/01/2019 (DELOCALISÉ)	10h00/12h00			GAAP 2
	14h00/16h00	GAAP 2		
Mercredi 16/01/2019 à Caen (PFRS)	10h00/12h00	INITIATION BALINT 2	Fermeture du questionnaire vrai/faux et ouverture de la phase de dépôt des questions de réflexion du cours en ligne "Aspects médico-légaux et éthiques" jusqu'au 27 février 2019	
	16h15/18h15		INITIATION BALINT 2	INITIATION BALINT 2
Mercredi 23/01/2019 à Caen (PFRS)	9h30/12h30	Séminaire CPAM	Séminaire CPAM	
	13h30/17h30			
Judi 24/01/2019 à Caen (PFRS)	9h30/12h30	Séminaire CPAM	Séminaire CPAM	
	13h30/17h30			
Mercredi 30/01/2019 à Caen (PFRS)	10h00/12h00	INITIATION BALINT 3		INITIATION BALINT 3
	16h15/18h15		INITIATION BALINT 3	INITIATION BALINT 3
Mercredi 06/02/2019 (DELOCALISÉ)	10h00/12h00			GAAP 3
	14h00/16h00	GAAP 3		
Samedi 09/02/2019	ZONE B	DEBUT VACANCES SCOLAIRES D'HIVER CAEN : ZONE B		
Mercredi 13/02/2019 à Caen (PFRS)	9h00/17h00		Séminaire Prévention de suicide	
Mercredi 20/02/2019 à Caen (PFRS)	9h30/12h30	Initiation à la recherche Journée 2 (optionnel)		
Dimanche 24/02/2019	ZONE B	FIN VACANCES SCOLAIRES D'HIVER CAEN : ZONE B		
Mercredi 27/02/2019			Fermeture de la phase de dépôt des questions de réflexion et ouverture de la phase de relecture du cours en ligne "Aspects médico-légaux et éthiques" jusqu'au 27 mars 2019	Ouverture des dépôts des portfolios jusqu'au 13 mars 2019
	9h00/17h00 à l'IRTS		Inégalités sociales de santé et déterminants de la santé au travers de la maladie chronique	

Mercredi 06/03/2019 à Caen (PFRS)	10h00/12h00	INITIATION BALINT 4		GAAP 4
	14h00/16h00	GAAP 4		
	16h15/18h15		INITIATION BALINT 4	INITIATION BALINT 4
Mercredi 13/03/2019 à Caen (Bât. ex pharmacie salle 027)	9h30/12h30	Simulation en cabinet expérimental (optionnel)	Simulation en cabinet expérimental (optionnel)	<u>Fermeture des dépôts des portfolios</u>
	13h30/17h00			
Mercredi 20/03/2019 à Caen (PFRS)	9h30/12h30		Se documenter pour exercer, démarche décisionnelle et gestion du risque en médecine générale	
	14h00/17h00			
Mercredi 27/03/2019 (DELOCALISÉ)	10h00/12h00		<u>Fermeture de la phase de relecture croisée et ouverture de la phase d'évaluation de l'enseignement du cours en ligne "Aspects médico-légaux et éthiques" jusqu'au 30 avril 2019</u>	GAAP 5
	14h00/16h00	GAAP 5		
Mercredi 03/04/2018 à Caen (PFRS)	10h00/12h00	INITIATION BALINT 5		
	16h15/18h15		INITIATION BALINT 5	INITIATION BALINT 5
Samedi 06/04/2019 Lundi 22/04/2019	ZONE B	VACANCES SCOLAIRES DE PRINTEMPS CAEN : ZONE B		
Mercredi 24/04/2019 (DELOCALISÉ)	10h00/12h00			GAAP 6
	14h00/16h00	GAAP 6		
Mercredi 15/05/2018 à Caen (PFRS)	10h00/12h00	INITIATION BALINT 6	Echanges pour le cours en ligne Aspects médico- légaux et éthiques (non obligatoire) 9h00/12h00	
	16h15/18h15		INITIATION BALINT 6	INITIATION BALINT 6
Mercredi 22/05/2019 à Caen (PFRS)	9h30/17h00	Gestes pratiques et ateliers (une participation obligatoire durant l'internat soit en TCEM 1 en TCEM 2 ou en TCEM 3)		
Mercredi 29/05/2019 (DELOCALISÉ)	10h00/12h00			GAAP 7
	14h00/16h00	GAAP 7		
Mercredi 05/06/2019 à Caen (PFRS)	9h30/12h30	Initiation à la recherche Journée 3 (optionnel)		
	14h00/16h00	INITIATION BALINT 7	Convocation des étudiants multi-échouants pour le rattrapage du cours en ligne "Aspects médico-légaux et éthiques" PS1-080	
	16h15/18h15		INITIATION BALINT 7	INITIATION BALINT 7
Mercredi 12/06/2019 à Caen (PFRS)	9h00/17h00	Séminaire de formation à l'exercice ambulatoire, à l'exercice libéral et à l'installation (une participation obligatoire durant l'internat soit en TCEM 1 en TCEM 2 ou en TCEM 3)		
Mercredi 19/06/2019 à Caen (PFRS)	10h00/12h00	INITIATION BALINT 8		GAAP 8
	14h00/16h00	GAAP 8		
	16h15/18h15		INITIATION BALINT 8	INITIATION BALINT 8

Annexe 8 : grilles d'évaluation de fin de stage

-Stage chez le praticien

RAPPORT SEMESTRIEL N° 3

Internat de Médecine Générale

Nom :

Prénom :

STAGE CHEZ LE PRATICIEN

MAITRISE DE STAGE 1^{er} NIVEAU



Stage du

Nom du praticien coordonnateur :

CRITERES	ÉVALUATION			
	<i>Insuffisant</i>	<i>Satisfaisant</i>	<i>Bon</i>	<i>Excellent</i>
1 Connaissances médicales				
2 Aptitudes pratiques				
3 Efficacité en cas d'urgence				
4 Sens des responsabilités				
5 Discipline/Assiduité				
6 Relation avec les malades				
7 Respect de la déontologie				
8 Aptitudes à être en autonomie (SASPAS)				
Réalisation de travaux scientifiques et/ou pédagogiques				

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES (à remplir par le praticien coordonnateur) :

Congés annuels..... jours

Autres absences..... Maladie / Maternité

Proposition de validation : **STAGE VALIDÉ** / **STAGE NON VALIDÉ** (cocher la proposition)

Date :

Signature du praticien coordonnateur

Signature de l'interne

-Stage SASPAS

RAPPORT SEMESTRIEL N° 6

Internat de Médecine Générale

Nom :

Prénom :

STAGE SASPAS

MAITRISE DE STAGE 2^{ème} NIVEAU

Stage du

Nom du directeur d'enseignement clinique :

CRITERES	ÉVALUATION			
	Insuffisant	Satisfaisant	Bon	Excellent
<i>A. Critères généraux</i>				
1 Connaissances médicales				
2 Aptitudes pratiques				
3 Efficacité en cas d'urgence				
4 Relation avec les patients				
5 Respect de la déontologie				
<i>B. Critères plus spécifiques au SASPAS</i>				
6 Aptitude au travail en autonomie				
7 Aptitude au travail en réseau				
8 Capacité d'adaptation aux différentes patientèles				
9 Capacité de créer ou d'intégrer un cabinet médical				
<i>C. Réalisation de travaux scientifiques et/ou pédagogiques</i>				

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES (à remplir par le praticien coordonnateur) :

Congés annuels..... jours

Autres absences..... Maladie / Maternité

Proposition de validation : **STAGE VALIDÉ** / **STAGE NON VALIDÉ** (cocher la proposition)

Date :

Signature du praticien coordonnateur

Signature de l'interne

-Stage hospitalier

RAPPORT SEMESTRIEL N°
Internat de Médecine Générale

Nom :

Prénom :

FORMATION PRATIQUE : STAGE HOSPITALIER

Stage du 2 Mai au 4 Novembre 2018

Établissement :

Libellé du service :

Chef du service :

CRITERES	ÉVALUATION			
	Insuffisant	Satisfaisant	Bon	Excellent
1 Connaissances médicales				
2 Aptitudes pratiques				
3 Efficacité en cas d'urgence				
4 Sens des responsabilités				
5 Discipline/Assiduité				
6 Relation avec les malades				
7 Respect de la déontologie				
8 Aptitudes à être en autonomie (SASPAS)				
Réalisation de travaux scientifiques et/ou pédagogiques				

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES (à remplir par le chef de service) :

Congés annuelsjours

Autres absences Maladie / Maternité

Proposition de validation : STAGE VALIDÉ / STAGE NON VALIDÉ (cocher

la

proposition)

Date :

Signature du CHEF DE SERVICE

Signature de l'interne



« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

Christian MARCELLI


VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : HOARAU Jennifer

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Comment les internes de médecine générale acquièrent les aptitudes nécessaires à l'expression et la prise en compte des préoccupations du patient ?

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

CONTEXTE : A travers le concept de démocratie sanitaire, les patients demandent à leur médecin d'être compétent en particulier dans la dimension relationnelle. En ce sens, le Collège National des Généralistes Enseignants a mis en place une nouvelle maquette du DES de médecine générale visant un apprentissage par compétences en vue de la certification des étudiants.

OBJECTIF : Comprendre comment les internes de médecine générale apprennent un savoir-faire et un savoir-être dans le domaine de la relation-communication-approche centrée sur le patient.

METHODE : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés menés auprès de dix internes de médecine générale de Basse Normandie ayant une expérience hospitalière et ambulatoire.

RESULTATS : Les internes avaient une approche globale biopsychosociale du patient et relevaient l'importance d'établir une relation médecin-patient de qualité. Ils ont acquis par expérience des habiletés relationnelles et techniques. Ils ont tous considéré avoir progressé pendant l'internat mais ont déploré le manque de formation à la communication, le défaut de clarté dans les grilles d'évaluation de fin de stage et l'absence de pistes pour s'améliorer. Ils ont relevé une différence entre l'approche hospitalière et ambulatoire du patient et plusieurs éléments influençant leur qualité d'écoute.

CONCLUSION : L'étude a révélé que l'acquisition des compétences nécessaires pour permettre à un patient de s'exprimer se faisait par expérience. La mise en place d'outils théoriques clairs et la formation à la communication sont apparus indispensables. L'évolution du DES de médecine générale avec une certification par compétences est un premier pas vers ce changement.

MOTS-CLÉS :

Relation, Communication, Biopsychosocial, Compétences, Internes

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

How do general medical interns acquire the necessary skills to express and take into account the patient's concerns ?

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS

CONTEXT : With the health democracy concept, patients ask their doctor to be competent, more particularly in terms of relations. In that sense, the National College of Generalist Teachers has established a new model of general medical SDS (Specialized Diploma of Study) aiming at a competency-based learning for the certification of students.

OBJECT : Understand how general medical interns learn know-how and social skills related to relationship-communication and patient-centered approach.

METHOD : Qualitative study by semi-structured interviews conducted with ten general medical interns in Basse Normandie who had hospital and ambulatory experience.

RESULTS : The interns had a global biopsychosocial approach with patients and noticed the importance of establishing a quality doctor-patient relationship. They have acquired relational and technical skills through their experience. They all considered that they had made progress during their internships but deplored the lack of communication training, the lack of clarity in the end of internships evaluation grids and the lack of ways given to them to improve. They noticed a difference between hospital and ambulatory patient's approach and several factors influencing their listening ability.

CONCLUSION : The study revealed that the necessary skills to allow a patient to express himself was acquired by experience. The setup of clear theoretical tools and training in communication appeared to be essential. The evolution of the General Medical SDS with a competency-based certification is a first step towards that change.

KEY WORDS : Relationship, Communication, Biopsychosocial, skills, interns